

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

SORAYA BAIÃO MARAGNO

**ADESÃO DE MULHERES IDOSAS AOS CUIDADOS E
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

SORAYA BAIÃO MARAGNO

**ADESÃO DE MULHERES IDOSAS AOS CUIDADOS E
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

M298a Maragno, Soraya Baião

Adesão de mulheres idosas aos cuidados e tratamento do diabetes mellitus [dissertação] / Soraya Baião Maragno ; orientadora, Maria de Fátima Mota Zampieri. - Florianópolis, SC, 2011.

166 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Idosos - Mulheres. 3. Diabetes Mellitus. 4. Educação em saúde. 5. Pacientes - Educação. I. Silva, Alcione Leite da. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

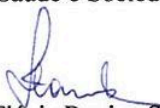
SORAYA BAIÃO MARAGNO

**ADESÃO DE MULHERES IDOSAS AOS CUIDADOS E
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS**

Esta Dissertação foi submetida ao processo e avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

E aprovada em 16 de dezembro de 2011, atendendo as normas de legislação vigente na Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:



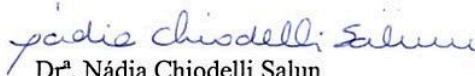
Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri
Presidente



Dra. Ângela Maria Alvarez
Membro



Dra. Denise M^a G. V. da Silva
Membro



Dr.ª Nádia Chiodelli Salun
Membro

AGRADECIMENTOS

É com alegria imensa que me dirijo a todas as pessoas, e foram inúmeras, que me acompanharam nesta caminhada. Descobri que não existem barreiras intransponíveis quando temos um objetivo traçado e uma meta a alcançar. Nós somos responsáveis pelo nosso destino e escolhas.

Inicialmente, agradeço à Deus, que me concedeu a vida e a possibilidade de estar vivenciando este momento.

Às mulheres idosas que participaram das oficinas, pelo seu carinho, alegria e por permitirem o compartilhar de suas experiências, suas vidas com as pessoas do grupo possibilitando a realização deste estudo.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional do Departamento de Enfermagem especialmente as doutoras Nádia, Francine e Eliane pelo seu empenho para que este se tornasse realidade.

À minha orientadora Dra. Maria de Fátima Zampieri pelo empenho, paciência, disponibilidade dividindo comigo seu conhecimento e sua experiência e sempre respeitando meu tempo, muito obrigado!

Às colegas membros da Banca Dra. Nádia Chiodelli Salun, Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva, Dra. Ângela Alvarez, Dra. Jordelina Schier e doutoranda Juliana Lessmann por aceitarem prontamente meu convite e permitirem através de seu conhecimento contribuir com minha caminhada.

Aos meus colegas do curso de mestrado. Vou lembrar sempre com muito carinho da nossa convivência, voltar a freqüentar o banco da escola sempre tem o mesmo sabor independente da idade.

Aos meus pais Saul e Sônia pelos valores que me ensinaram através dos seus exemplos e amor incondicional que sempre demonstraram.

À minha irmã Sara pelo apoio e pelo exemplo na vida de que tudo é possível, sempre! É preciso ter força, coragem e acreditar!

À minha família, meu marido Edison pela compreensão nas

minhas ausências durante este tempo; às minhas filhas Valéria e Luiza pela ajuda, carinho e por serem a razão da minha vida!

Aos colegas e amigos do NIPEG, Dr. Vanir, Rosilda, Ana Helena e Zilda pelo carinho a mim dispensado e apoio irrestrito.

À Thaty pela amizade, auxílio e apoio logístico no desenvolvimento das oficinas e transcrição do material.

Às colegas e amigas, Marisa e Rita por acreditarem que seria possível, dividindo comigo suas experiências, pelo estímulo e apoio em todos os momentos.

À Nina, Tânia, Sabrina e Soraia por atenderem pronta e rapidamente meus chamados quando pedi material e auxílio nas bases de dados.

À Salete, Gorete e Cláudia auxiliando sempre nos momentos difíceis com muita paciência no mundo dos trabalhos acadêmicos.

As minhas amigas sempre presentes na minha vida, Pinga, Ilza, Xinha, Tere, Vina, Patrícia, Raquel, pelo apoio, palavras de incentivo e por fazerem parte da minha vida!

Às meninas, recepcionistas da área B, Gerusa Cláudia e Suzana pelo auxílio no dia das oficinas.

Se me esqueci de elencar alguém, saiba que todos que de alguma maneira contribuíram para a concretização deste estudo estão gravados na minha memória e meu coração!

... acho que a vida é um processo... É como subir uma montanha. Mesmo que no fim não se esteja tão forte fisicamente, a paisagem visualizada é melhor.

Lya Luft

MARAGNO, Soraya Baião. **Adesão de mulheres idosas aos cuidados e tratamento do diabetes mellitus**. 2011.166 p. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Fátima Mota Zampieri

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

Pesquisa qualitativa, descritiva na modalidade convergente-assistencial. Objetivou construir com mulheres idosas com diabetes estratégias que favorecessem a aderência ao tratamento e cuidados a partir das suas dificuldades. A população alvo constituiu-se de onze mulheres idosas, entre 60 e 70 anos de idade, com diabetes do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, atendidas no mínimo em três consultas de enfermagem. Utilizaram-se como técnicas para coleta de dados a entrevista e os depoimentos, oriundos de quatro oficinas realizadas em 2010. Nelas desenvolveu-se o processo educativo em saúde, construído dialogicamente entre os participantes, direcionadas a esta faixa etária a partir dos dados da entrevista. Este constou de quatro etapas propostas por Zampieri em consonância com o pensamento de Freire: a) descobrindo-se, que consistiu da apresentação dos participantes e proposta de pesquisa; b) desvelando a situação, na qual se identificou as dificuldades e facilidades para adesão ao tratamento; c) tematizando, problematizando e agindo, que permitiu trabalhar a situação desvelada, teorizando-a; d) revendo e redirecionando que incluiu a avaliação do processo. Os dados foram gravados e registrados mediante consentimento prévio e analisados seguindo as etapas de Trentini e Paim: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os dados foram organizados e analisados surgindo as categorias: a) limitações para adesão aos cuidados e tratamento com as subcategorias: limitações no âmbito pessoal interpessoal e institucional e b) caminhos para melhor adesão. A principal dificuldade foi a não aceitação da doença, devido principalmente a restrição alimentar. A questão de gênero tem influência na não adesão, já que o preparo dos alimentos ainda fica ao encargo das mulheres. Surgiram outras

limitações como a questão financeira, déficit cognitivo, de memória e conhecimento, falta de apoio familiar e de acesso aos serviços de saúde, exames e equipamentos, despreparo dos profissionais e preconceito social. Entre as estratégias sugeridas, destacaram-se: rede de apoio constituída de familiares, amigos e profissionais, participação em grupos educativos, subsídio financeiro para compra de medicamentos e alimentos, capacitação dos profissionais e divulgação de informações sobre o diabetes. No processo educativo foram desenvolvidas atividades lúdicas, jogos, colagens, confecção de cartazes, que possibilitaram a problematização dos quatro temas elencados pelo grupo: processo de viver o diabetes, alimentação, atividade física e medicação. O estudo evidenciou a importância do processo educativo como espaço dialógico e estratégia para pessoas idosas com diabetes expressarem sentimentos, discutirem entre iguais sobre suas necessidades de saúde em conjunto com os profissionais e proporem caminhos para melhorar a adesão ao tratamento, sendo considerado estratégia para o ser humano fortalecer sua autonomia e protagonismo para conduzir a sua vida e decidir sobre sua saúde. Deu “voz” aos portadores de diabetes, trazendo a tona significativas contribuições para adesão aos cuidados e tratamento. Reforçou a necessidade de uma escuta atenta por parte dos profissionais em relação às necessidades daqueles que vivenciam o diabetes e juntos se corresponsabilizarem pelo planejamento e operacionalização dos cuidados. A pesquisa ampliou o estudo da arte, o que pode subsidiar a assistência e gerar mudanças nas práticas.

Palavras-Chave: Idoso, diabetes, educação em saúde, adesão do paciente, enfermagem.

MARAGNO, Soraya Baião. **Adhesion of elderly women to diabetes mellitus care and treatment.** 2011. 166 p. Dissertation (Professional Master's Care Management Professional Master's Care Management in Nursing Care) – Nursing Post-Graduation Programme, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011

Advisor: Prof^ª Dr^ª Maria de Fátima Mota Zampieri

Research Line: Care and the process of living, being healthy and falling ill

ABSTRACT

Qualitative research supported by the assistential convergent modality. The study aimed at building strategies, together with elderly diabetic women, to favour their adherence to treatment and care according to their difficulties. The target population was formed by eleven elderly women, with ages varying between 60 and 70 years, with diabetes, from the Interdisciplinary Research, Teaching and Assistance Geronto-Geriatric Nucleus (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Assistência e Extensão Geronto-Geriátrico - NIPEG), of the Hospital Universitário (HU), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), having had at least three consultations. Interviews and testimonies obtained in four workshops conducted in 2010 were the techniques used for data collection. The educational process in health, which focused on this age group according to data from the interviews, was developed and built with the participants. This process entailed four stages, proposed by Zampieri in accordance with Freire's ideas: a) discovering oneself, which consisted of the presentation of the participants and the research's proposal; b) unveiling the situation, where the difficulties and facilities for adhesion to treatment; c) proposing a theme, acknowledging its problems and acting on them, which allowed for work with the situation, and its theorization; d) reviewing and redirecting, which included an evaluation of the process. The data was recorded and registered with prior consent and analysed according to Trentini and Paim stages: apprehension, synthesis, theorization and transfer. The data were organized and analysed and the following categories arose: a) limitations for the adhesion to care and treatment, with the following sub-categories: limitations within the personal, interpersonal and institutional scopes; and b) pathways for better adhesion. The main difficulty was the non-acceptance of the disease, especially because of alimentary restrictions. The issue of gender influences non-adhesion,

since food preparation is still a woman's responsibility. Other limitations which arose were: financial matters, cognitive, memory and knowledge deficits, lack of family support and lack of access to health services, examinations and equipment, lack of preparation on the part of the health professionals and social prejudice. Among the strategies suggested, the most important are: support network formed by family, friends and professionals, participation in educational groups, financial support for the purchase of medication and food, training of professionals and publication of information on diabetes. During the educational process, ludic activities, games, collage, and poster making were developed, which permitted the problematization of the four themes listed by the group: the process of living diabetes, feeding, physical activity and medication. The study has pointed to the importance of the educational process as a dialogical space and strategy for elderly people with diabetes to express their feelings, discuss their health needs among peers, along with professionals, and propose ways to better adherence to the treatment, being considered a strategy for the human being to strengthen his autonomy and protagonism in order to be in charge of his life and decide on his health. It gave diabetes patients a "voice" with which significant contributions to the adherence to care and treatment are revealed. The need for attentive and careful listening by the health professionals was reinforced, in relation to the needs of those who experience diabetes, so that they can become co-responsible for the planning and operationalization of care. The research has widened the study of the art, which can support assistance and generate changes in practices.

Key words: Elderly, diabetes, health education, patient adherence, nursing

MARAGNO, Soraya Baião. **Adhesión de mujeres viejas a los cuidados y tratamieneto del diabetes mellitus**. 2011. 166 p. Disertación (Maestrazgo Profesional – Gestión del Cuidado en Enfermería) - Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Fátima Mota Zampieri

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y adolecer

RESUMEN

Investigación cualitativa, descriptiva en la modalidad convergente-asistencial. Objetivó construir juntamente con mujeres viejas estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento y cuidados a partir de sus dificultades. La población blanco fue constituida por once mujeres viejas, entre 60 y 70 años de edad, con diabetes, del Núcleo Interdisciplinar de Investigación, Asistencia y Extensión Geronto-Geriátrico del Hospital Universitário de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), atendidas en no mínimo tres consultas de enfermería. Se utilizaran como técnicas para cosecha de datos la entrevista y las deposiciones oriundas de cuatro oficinas realizadas en 2010. En estas se desarrolló el proceso educativo en salud, construido dialógicamente entre los participantes dirigidas a este grupo de edad a partir de los datos de la entrevista. Ese constó de cuatro etapas propuestas por Zampieri en consonancia con el pensamiento de Freire: a) descubierta, que consistió de la presentación de los participantes y propuesta de investigación; b) desvelar la situación, en la cual fueron identificadas las dificultades y facilidades para adhesión al tratamiento; c) tematización, problematización y actuación, que permitió trabajar la situación desvelada, teorizando-la; d) revisión y redireccionamiento que incluyó la evaluación del proceso. Los datos fueron grabados y registrados mediante consentimiento anterior y analizados según las etapas de Trentitni y Paim: aprehensión, síntesis, teorización y transferencia. Los datos fueron organizados y analizados, y las siguientes categorías surgieron: a) limitaciones para la adhesión a los cuidados y tratamiento, con las subcategorías: limitaciones en el ámbito personal interpersonal e institucional; b) caminos para mejor adhesión. La principal dificultad fue la no aceptación de la enfermedad, principalmente debido a la restricción alimentar. La cuestión de género tiene influencia en la no adhesión, una vez que el preparo de los alimentos sigue como

responsabilidad de las mujeres. Surgieron otras limitaciones como la cuestión financiera, déficit cognitivo, de memoria y conocimiento, falta de apoyo familiar y de acceso a los servicios de salud, exámenes y equipamientos, falta de preparo de los profesionales y prejuicio social. Entre las estrategias sugeridas, destacáranse: red de apoyo constituida de familiares, amigos y profesionales, participación en grupos educativos, subsidio financiero para compra de medicamentos y alimentos, capacitación de los profesionales y divulgación de informaciones sobre el diabetes. En el proceso educativo fueron desarrolladas actividades lúdicas, juegos, collage, confección de carteles, que posibilitaran la problematización de los cuatro temas listados por el grupo: proceso de vivir el diabetes, alimentación, actividad física y medicación. El estudio evidenció la importancia del proceso educativo como espacio dialógico y estrategia para que personas viejas con diabetes expresaran sentimientos, discutieran entre iguales sobre sus necesidades de salud en conjunto con los profesionales y propongieran caminos para mejorar la adhesión al tratamiento, considerando como estrategia para el ser humano fortalecer su autonomía y protagonismo para conducir su vida y decidir sobre su salud. Dio “voz” a los portadores de diabetes, poniendo en claro significativas contribuciones para la adhesión a los cuidados y tratamiento. Reforzó la necesidad de una escucha atenta por parte de los profesionales con relación a las necesidades de quienes tienen la vivencia de la diabetes y juntos sean corresponsables por el planeamiento y operacionalización de los cuidados. La investigación ha ampliado el estudio de la arte, lo que puede subsidiar la asistencia y generar cambios en las prácticas.

Palabras-clave: Viejo, diabetes, educación en salud, adhesión del paciente, enfermería

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AADE	American Association Diabetes Educators
ADA	American Diabetes Association
AGS	American Geriatrics Society
AVDS	Atividades da Vida Diária
CINAHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DESG	Diabetes Educators Study Group
EUA	Estados Unidos da América
GIG	Grupo Interdisciplinar de Gerontologia
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LADA	Latent Autoimmune Diabetes in Adults
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NIPEG	Núcleo Interdisciplinar de pesquisa, ensino e assistência geronto-geriátrica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicilio
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Plano Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PUBMED	US National Library of Medicina
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SEA	Serviço de Enfermagem Ambulatorial
SISREG	Sistema de Regulação on line
SPP	Serviço de Prontuário de Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

VIGITEL

Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e
Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis

WHO

World Health Organization

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	17
INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	31
3.1 DIABETES MELLITUS E IDOSO	31
3.2 O ENVELHECIMENTO E O DIABETES	35
3.3 ADESÃO, DIABETES E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	37
3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO.....	45
4 REFERENCIAL TEÓRICO	55
5 METODOLOGIA	63
5.1 TIPO DO ESTUDO.....	63
5.2 CENÁRIO DA PRÁTICA	64
5.3 PARTICIPANTES	66
5.4 COLETA DE DADOS.....	67
5.5 REGISTRO DAS INFORMAÇÕES	69
5.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	70
5.7 PRÁTICA ASSISTENCIAL: PROCESSO EDUCATIVO	71
5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	76
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	77
6.1 MANUSCRITO 1: ESTRÁTEGIAS PARA ADESÃO AOS CUIDADOS E TRATAMENTO NA VOZ DE IDOSAS COM DIABETES.....	77
6.2 MANUSCRITO 2: GRUPO EDUCATIVO COM PESSOAS IDOSAS COM DIABETES: TECNOLOGIA PARA ADERÊNCIA AOS CUIDADOS	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICES.....	153

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, universal, progressivo, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e de modo proporcional (BRASIL, 2010a). O formato tipicamente triangular da pirâmide populacional, com uma base alargada vem sendo, nos últimos anos, substituído por uma pirâmide populacional com base mais estreita e com vértice mais largo, característica de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento (BRASIL, 2010a). O grupo de idosos ocupa um espaço significativo na sociedade brasileira, sendo que no período de 1999 a 2009 as pessoas idosas (60 anos ou mais de idade) no conjunto da população passaram de 9,1% para 11,3% (BRASIL, 2010a, IBGE, 2010).

Segundo a Política Nacional do Idoso (PNI) e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), idoso é todo aquele que possui mais de 60 anos, classificando-os em muito idosos ou idosos em velhice avançada aqueles com mais de 80 anos de idade (BRASIL, 1994; BRASIL, 2006b).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que no Brasil, em 2009 viviam cerca de 21 milhões de pessoas idosas, totalizando 11,3% da população e em Santa Catarina 650.000 idosos (IBGE, 2010). As regiões Sudeste e Sul são as mais envelhecidas do país devido às sucessivas quedas de fecundidade apresentadas. (BRASIL, 2011). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. (IBGE, 2010; BRASIL, 2010a).

O envelhecimento é um fenômeno mundial que ocorreu de forma mais lenta e gradativa nos países desenvolvidos e que vem se instalando de maneira mais acentuada nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, onde existem muitas desigualdades sociais e falta de infraestrutura para atender estas alterações demográficas. As modificações na configuração da pirâmide etária são decorrentes do declínio dos níveis de fecundidade a partir da década de 60 e, em menor parte, da queda da mortalidade com início na década de 40. Deste modo, a proporção de pessoas idosas na população vem crescendo graças ao aumento da expectativa de vida, queda da mortalidade e da fecundidade. (IBGE, 2011).

O fato de acrescentarmos maior tempo à vida das pessoas, não

significa adicionar saúde e qualidade na mesma proporção. O envelhecer bem e com saúde, discurso comum da maioria dos seres humanos, é uma experiência diversificada entre os indivíduos e está relacionado a vários fatores: socioeconômicos, genéticos, pessoais, educacionais, culturais e emocionais, aos quais estão submetidas (ASSIS, 2005).

O envelhecimento é um processo heterogêneo, assim como os idosos que o estão vivenciando. Alguns podem vivê-lo com autonomia, desempenhando papéis importantes na família e na sociedade enquanto outros não conseguem lidar com as atividades básicas do cotidiano em função de vários tipos de dependência aliadas ou não a falta de renda própria. Portanto, os idosos constituem-se um grupo que possui características diferenciadas que precisam ser consideradas quando da discussão de aspectos relacionados à sua saúde (CAMARANO, 2004).

A maioria dos idosos foi socializada sem o hábito de cuidar da saúde preventivamente. Até bem pouco tempo as condições e concepções de saúde centravam-se mais na doença e não na promoção da saúde; o acesso aos serviços de saúde era mais difícil e as tecnologias de diagnóstico, tratamento e cuidado eram menos avançadas e acessíveis. Considerando que o idoso de hoje é fruto desta época, trabalhar com este na perspectiva da promoção da saúde e desenvolver um processo educativo com vistas a uma vida mais saudável é um processo em construção lento e gradativo. O idoso traz consigo toda uma história de vida, conceitos, crenças e preconceitos construídos ao longo desta trajetória. Maneiras próprias de se cuidar que precisam ser respeitadas e compreendidas, para que se estabeleça uma comunicação efetiva e dialógica entre profissional e idoso. Orientações e condutas a serem adotadas devem ser refletidas e estabelecidas em conjunto e a partir da realidade do idoso, permitindo construir possibilidades de uma vida mais saudável (DIABETES EDUCATION STUDY GROUP (DESG), 2007).

As mulheres constituem um percentual significativo desta parcela da população com tendência ao crescimento apresentando especificidades não apenas em relação à faixa etária, mas em relação ao gênero. No Brasil, em 2007 a perspectiva de vida era de 69 anos para os homens e 76,5 anos para as mulheres (IBGE 2008). Em 2009, a esperança média de vida ao nascer no Brasil passou para 69,4 anos e 77 anos respectivamente (IBGE, 2010). A diferença que se apresenta em relação aos sexos refere-se a questões comportamentais. Historicamente as mulheres procuram mais os serviços de saúde para os cuidados preventivos e educativos com a saúde (IBGE, 2009).

As mulheres idosas de hoje, que nasceram na década de trinta ou

quarenta, foram socializadas desde cedo no papel de cuidadoras, portanto reproduzem esta atividade como algo natural com atitudes já incorporadas ao seu cotidiano. Eram responsáveis pelo cuidado do marido, filhos, sempre se restringindo ao campo doméstico, sem oportunidades de estudar e trabalhar e aos homens era destinado o papel de provedor da família instituindo-se no campo social e político. Deste modo, aprenderam desde cedo a “cuidar” incluindo o seu autocuidado. Durante os vários ciclos da sua vida, entre eles, o período da gestação, as mulheres tiveram que procurar os serviços de saúde e seus profissionais, tornando esta prática frequente e rotineira. Este cuidado não se traduz apenas na busca dos serviços em função de doenças, mas estende-se a prevenção e promoção da saúde, sobretudo em relação à alimentação e atividade física. (ALVARENGA, 2005; FERNANDES, 2009).

Percebe-se, no entanto, que estas idosas ao adentrarem o período da velhice, procuram desfrutar de maior autonomia e liberdade numa tentativa de se desfazerem destes papéis definidos e opressores do passado, posicionando-se frente a algumas questões. Assim, elas têm tentado redefinir seus papéis na sociedade, saindo do campo doméstico, vislumbram novas possibilidades de realização, buscam um envelhecimento mais ativo, engajando-se em questões públicas e participando de grupos e associações. Além disso, questionam seus papéis, entre eles, o de cuidadoras, vivem este período de uma maneira diferente, tentando ressignificar os muitos anos que tem de vida (MAIA, 2010).

Isso significa dizer que ao entrar na terceira idade, o ser humano tem a perspectiva de viver ainda muitos anos e cabem aos profissionais de saúde contribuírem para que estes anos sejam bem vividos. A longevidade com qualidade de vida é uma premissa da promoção da saúde. Implica o idoso viver este período de forma saudável, mantendo a capacidade funcional e autonomia, mesmo na presença de patologia compreendendo o que constitui o *bom envelhecer*. Neste processo, o cuidado de si, a incorporação de conhecimentos sobre sua situação de saúde, seus direitos, suas condições de vida e novos hábitos são essenciais para o idoso viver bem essa fase da vida. (ASSIS, 2005).

O enfermeiro, nesta perspectiva, tem um papel fundamental na promoção, sobretudo na educação em saúde, compartilhando conhecimentos, estimulando comportamentos saudáveis, ampliando oportunidades para o resgate do bem-estar físico e emocional, que possam contribuir para mudanças no estilo de vida do idoso, aprendizagem de novas formas de cuidado, fortalecimento de seus

potenciais, e conseqüentemente ampliação da autonomia e participação na sua saúde.

É comum observar nos serviços de saúde, que alguns idosos de 60 anos de idade estão em condições mais delicadas de saúde do que um idoso com 80 anos. Já nesta idade muitos idosos apresentam doenças crônicas com complicações que diminuem a qualidade de vida e comprometem os anos futuros. Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. A variabilidade individual e ritmos diferenciados de envelhecimento modificam-se conforme as oportunidades e constrangimentos vividos em dadas condições sociais (ASSIS, 2005) e de escolhas e circunstâncias que se apresentaram em toda sua vida (BRASIL, 2006b).

As doenças crônicas atingem 75,5% dos idosos que consomem mais os serviços de saúde, em relação a outras faixas etárias. Isto se deve ao fato das internações hospitalares serem mais longas e mais frequentes em face da multiplicidade de patologias apresentadas (IBGE, 2009). As doenças crônicas tendem a aumentar com a idade, entre elas, destaca-se o diabetes *mellitus* (diabetes) com grande incidência nesta população.

A presença de diabetes no idoso está associada a um aumento da mortalidade, tendo como principais causas, a insuficiência renal, a amputação de membros inferiores, a cegueira e a doença cardiovascular, e conseqüente piora na qualidade de vida. Um bom controle glicêmico propicia redução nos sintomas físicos, boa disposição e um bem estar físico e psicológico que é muito importante para este grupo de pessoas (SEIDEL; ZAGURY, 2009).

As especificidades ou características da idade precisam ser reconhecidas para um atendimento adequado ao idoso com diabetes. Os sinais e sintomas muitas vezes não se apresentam de forma tão clara como em outras faixas etárias. Já quando o diagnóstico é estabelecido aos 60 anos, esta pessoa poderá ter tempo de vida para que se instale uma complicação. Por outro lado, se o diagnóstico for estabelecido aos 80 anos poderemos ser mais brandos em relação às metas estabelecidas para o cuidado, pois o tempo de convivência com a doença será menor podendo reduzir a ocorrência de complicações. Precisamos ainda considerar o tempo de diagnóstico que muitas vezes não é estabelecido com precisão, podendo apresentar complicações anteriores. De todo modo, seja qual for a etapa de vida do idoso em que se evidencie o diabetes, deve-se atuar para alcançar melhores condições de vida e prevenir complicações (BRASIL, 2007; LYRA; CAVALCANTI; MAZZA, 2009).

O processo de envelhecimento poderá acarretar outros problemas de saúde que, somados ao diabetes requerem uma correta avaliação e acompanhamento integral. Deste modo, o atendimento ao idoso deve ser realizado por um grupo multiprofissional. Através dos vários olhares será possível atender o idoso em toda sua complexidade (GARCIA et al, 2006) e de maneira global, conseguindo-se abordar os fatores psíquicos, físicos e sociais que influenciam a saúde do idoso (BRASIL,2006b). Percebe-se, no entanto, em alguns trabalhos e no cotidiano da atenção a saúde que alguns idosos aderem ao tratamento do diabetes e cuidados prescritos pela equipe de saúde e uma parcela deles não aderem integralmente ao que é indicado pelos profissionais, muitas vezes em função da relação vertical e imposição estabelecida entre profissional e paciente (WHO, 2003; REINNERS, 2008; CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008; TJIA et al., 2008).

A aderência muitas vezes é definida sob duas denominações *adherence* e *compliance* que na prática tem significados distintos. A primeira é caracterizada por uma manifestação espontânea em relação a seguir ou não as orientações construídas e discutidas com o profissional, a segunda pressupõe obediência pura e simples, sugerindo imposição. Considera-se que no momento em que ocorre a participação e discussão sobre as possibilidades do cuidado o sucesso do tratamento é maior (BRAWLEY; CULOS, 2000; WHO, 2003; LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Face às especificidades no tratamento e condução do idoso nos aspectos relacionados aos cuidados de saúde, à incidência do diabetes que aumenta com a idade e ao crescente contingente desta faixa etária em nossa população é imperioso desenvolver estratégias em conjunto com as pessoas idosas buscando a adesão deste grupo para o tratamento e formas para um viver melhor que partam sobretudo, daqueles que vivenciam esta situação de doença.

No Brasil, as pesquisas, principalmente na enfermagem, têm estudado a educação em saúde do idoso em grupos, consultas e com familiares, entretanto, com grupos de idosos na faixa etária dos 60 aos 70 anos e oportunizando a expressão desta parcela da população, as publicações são mais restritas.

Na literatura internacional, muitos estudos versam sobre questões epidemiológicas do diabetes e envelhecimento, sinalizando para o número crescente de idosos na população mundial e aspectos importantes a serem considerados na educação em saúde do idoso com diabetes (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2009; VISCHER et al., 2009).

Além deste quadro, que caracteriza o idoso com diabetes como

uma situação relevante, minha experiência ao longo dos anos também foi um dos fatores que motivou o desenvolvimento deste estudo.

Nos 24 anos de atuação como enfermeira no Hospital Universitário (HU), meu trabalho sempre esteve relacionado aos seres humanos com problemas crônicos de saúde. Iniciei em 1985 na unidade de Clínica Médica Feminina e durante onze anos que lá trabalhei, o diabetes evidenciou-se como um dos problemas de saúde e uma afecção de grande magnitude e incidência apresentado pelos doentes internados, que ao não ser tratada adequadamente gerava grandes complicações.

Neste período, pude perceber a importância da educação em saúde para os portadores de diabetes como instrumento para socializar conhecimentos, melhorar o autocuidado e conquistar autonomia. Além disso, constatei que o desconhecimento, a falta de recursos financeiros e de uma rede de apoio familiar e de profissionais interferiam no controle adequado da doença.

Por se tratar de um hospital público, o HU normalmente presta atendimentos a pessoas com menor poder aquisitivo, com dificuldade de acesso às informações e aos recursos tecnológicos, situação que de certo modo pode contribuir para o não controle e conhecimento dos níveis glicêmicos.

Em 1985 fui convidada a participar do primeiro grupo multidisciplinar de atendimento a pessoas com diabetes do HU. Este grupo era formado por profissionais médicos, enfermeiras e nutricionistas, os quais elaboraram um manual direcionado a pessoa com diabetes.

Através de reuniões semanais com todos os profissionais era realizada visita aos doentes internados, discussões de casos e encaminhamentos necessários, assim como a elaboração e implementação de normas de atendimento para pessoas com diabetes na Instituição, iniciando assim um cuidado multiprofissional específico para pessoas com diabetes visando um melhor controle e prevenção de complicações.

Em 2000 mudei de setor indo trabalhar no ambulatório e integrando-me como enfermeira do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrico (NIPEG), que atende pessoas a partir dos 60 anos de idade. Desde então, trabalho com um grupo interdisciplinar que sempre foi a tônica da atenção às pessoas idosas. No NIPEG realizo atividades coletivas e educativas em salas de espera e ações educativas individuais, abordando temas relativos ao diabetes, suas conseqüências, fatores de risco, cuidados preventivos, tratamento e seguimento. Nelas e nas consultas à pessoa com diabetes que realizo

trago a tona as vivências, as percepções, os sentimentos e as opiniões dos idosos com diabetes sobre sua saúde. Procurando entender e vivenciar desta maneira o problema, iniciei um trabalho educativo voltado à pessoa idosa com diabetes por meio de consultas de enfermagem, incluindo a solicitação de exames, avaliação dos pés, encaminhamentos a outros profissionais e ações educativas em grupo ou em sala de espera.

Para as consultas de enfermagem utilizo um histórico de enfermagem focado nas Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, referencial utilizado pela enfermagem da instituição, adaptado ao idoso. Neste instrumento diversos aspectos são salientados, quais sejam, grau de dependência, pessoas com quem reside, tipo de ajuda que recebe e a percepção que tem de si como idoso. Na dinâmica das consultas de enfermagem, a família e/ou acompanhante sempre estão incluídos. Considera-se, no entanto, o idoso como o sujeito principal da consulta. Nesta perspectiva, os questionamentos e orientações são dirigidos inicialmente a ele, acreditando que possa compreender o que está sendo dito e que seja capaz de decidir sobre as condutas a serem tomadas.

Durante minha trajetória no acompanhamento as pessoas idosas com diabetes no ambulatório pude observar as particularidades e singularidades de cada um e o modo único como cada um deles percebe o diabetes, caracterizado por diferenças no tempo e na resposta de adesão às orientações realizadas. Segundo Seidel e Zagury (2009), alguns fatores interferem de forma negativa neste processo de aceitação e convivência com diabetes, como o grau de dependência, a memória, os problemas visuais ou auditivos, as crenças, o uso de várias medicações, a depressão, as perdas e o isolamento social. Assim, o idoso precisa ser avaliado em seu contexto cultural, considerando sua história, seus relacionamentos sociais, familiares, rede de apoio, suas facilidades, suas limitações e até a sua faixa etária. Nas consultas de enfermagem tento respeitar e me aproximar da realidade do idoso, o contexto familiar onde está inserido, podendo deste modo construir com ele um plano de cuidados que atenda às suas necessidades. Neste processo percebi que é imprescindível respeitar o seu tempo para as mudanças, valorizar todas as “pequenas conquistas”, que para ele podem ser extremamente significativas.

Partindo desta premissa refleti sobre as práticas desenvolvidas em saúde junto às pessoas idosas com diabetes nos diversos níveis de atenção. Apesar de parecerem efetivas, percebia-se que no cotidiano alguns idosos ainda apresentavam dificuldades na adesão ao tratamento

e nas mudanças nos seus hábitos de saúde, o que me inquietou e me fez refletir sobre minha prática, ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde e literatura sobre a temática, e mesmo assim não encontrei respostas claras. Surgiram assim as perguntas de pesquisa que motivaram este estudo: Quais são as dificuldades sentidas pela pelo idoso com diabetes em aderir ao tratamento e aos cuidados? Quais estratégias são utilizadas para uma melhor adesão ao tratamento do idoso com diabetes a partir da sua própria compreensão do processo saúde doença?

Realizar uma reflexão com idosos que vivenciavam situações similares e com grupos com comportamentos distintos, uns cuidando de sua saúde e outros não, poderia fazer emergir limitações e possibilidades, crenças, novos caminhos que contribuíssem para subsidiar minha prática acerca da adesão ao tratamento e vivência saudável do processo. Assim, surgiu a ideia de pesquisar o tema e de forma concomitante desenvolver um processo educativo, que fomentasse a reflexão, a dialogicidade, o debate e, quiçá, mudanças.

A educação em saúde é dinâmica e multifatorial e tem como finalidade capacitar indivíduos ou grupos a cuidarem-se melhor e perseguirem condições de saúde mais equilibradas. As mudanças esperadas após o início deste processo poderiam ocorrer ou não dependendo da disposição de cada um. Realizar a educação em saúde estimulando o diálogo, os questionamentos, a reflexão e a ação conjunta poderia contribuir para que a pessoa se sentisse parte do contexto e coresponsável pelas suas mudanças. Tendo esta concepção utilizei alguns pensamentos de Paulo Freire como participação, autonomia, educação por se adequarem a pesquisa e ao processo educativo proposto, vinculando a aprendizagem à realidade vivenciada pelos sujeitos.

O processo educativo pode ser uma ferramenta de reflexão e teorização sobre a questão, de socialização de informações, podendo abrir caminhos e possibilidades na ótica do agente que vive o problema, e desta forma, ele mesmo poderá propor soluções e mudar condutas se achar que será o melhor para sua vida e saúde.

A inquietação em relação à dificuldade de adesão de alguns idosos com diabetes ao tratamento e aos cuidados, o aumento da expectativa de vida e proporcionalmente o aumento da incidência de diabetes, a magnitude social do problema e o número reduzido de trabalhos que abordam estes aspectos na ótica de agentes sociais que vivenciam o problema justificaram a realização deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Construir com as idosas estratégias que favoreçam a aderência ao tratamento e cuidados do diabetes *mellitus* a partir do reconhecimento das suas dificuldades

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- conhecer as dificuldades sentidas pela idosa com diabetes em relação ao tratamento e aos cuidados com a sua saúde.

- identificar fatores que favoreçam ou limitem a adesão da idosa ao tratamento do diabetes.

- construir em conjunto com as idosas com diabetes estratégias para a superação destas dificuldades

- identificar e desenvolver com as idosas coletivamente estratégias que possam contribuir para melhor adesão ao tratamento do diabetes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Tratou-se de uma revisão de literatura com o objetivo de conhecer a produção científica relativa à adesão ao tratamento do idoso com diabetes na faixa etária de 60 anos ou mais usando como descritores em português os termos: idoso (na faixa etária de 60 anos ou mais), diabetes, educação em saúde e adesão; em inglês: *elderly, diabetes, health education e adherence*. Foram pesquisados artigos nos idiomas inglês, espanhol e português e publicações da área (consensos e manuais), nos últimos dez anos. Os estudos foram pesquisados nas bases de dados nacionais e internacionais, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e bibliotecas científicas, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *US National Library of Medicine* (PUBMED). Os artigos após analisados, de acordo com Minayo (1999) foram agrupados por temas convergentes, dando origem aos *subitens*: diabetes *mellitus* e idoso; o envelhecimento e o diabetes; adesão, diabetes e educação em saúde e educação em saúde, qualidade de vida e adesão.

3.1 DIABETES MELLITUS E IDOSO

O diabetes *mellitus* faz parte de um grupo de doenças metabólicas caracterizada por hiperglicemia, podendo estar associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Esta patologia pode resultar de defeitos de secreção e/ou da ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos como a destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006a; 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-SBD, 2009).

Os tipos de diabetes mais frequentes e de interesse para este estudo são o diabetes *mellitus* tipo um e o tipo dois. No diabetes *mellitus* tipo um ocorre a destruição das células beta, levando ao estágio de deficiência absoluta de insulina, sendo necessária a administração de insulina exógena para sobreviver. Compreende cerca de 10% do total do número de casos. Seu desenvolvimento pode ocorrer de forma rápida e progressiva, principalmente em crianças e adolescentes ou de forma

lentamente progressiva, geralmente em adultos denominada *Latent Autoimmune Diabetes in Adults* (LADA). (BRASIL, 2006; SBD, 2009; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA), 2010).

O diabetes tipo dois compreende cerca de 90 a 95% do total dos casos de diabetes. Observa-se um defeito na secreção e na ação da insulina (resistência à insulina), podendo haver o predomínio de um componente sobre o outro. Cerca de 80% dos pacientes apresentam sobrepeso ou obesidade e aqueles com peso normal podem apresentar aumento da gordura abdominal. Esses não necessitam de insulina para sobreviver, mas com a evolução da doença, muitas vezes, precisam usar insulina para ter um bom controle glicêmico. Seu desenvolvimento ocorre de forma mais lenta e um número expressivo de indivíduos (50%) desconhecem a condição de ser diabético, até que se manifestem sinais de complicações. O risco de desenvolver essa forma de diabetes aumenta com a idade, obesidade e falta de atividade física (BRASIL, 2006a; ADA, 2010).

O diabetes é uma condição de saúde muito presente e importante na população idosa. A prevalência da doença aumenta com a idade, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, como no caso do Brasil, onde se encontra em torno de 20% das pessoas idosas acima de 65 anos de idade (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis-VIGITEL). A tendência é um aumento deste percentual nos próximos anos associado ao crescimento desta faixa etária na população. (ADA, 2010; BRASIL, 2011).

Nos Estados Unidos (EUA), em um estudo realizado através da Vigilância Nacional de Diabetes, estimou-se que a prevalência de diabetes *mellitus* em pessoas entre 65 a 74 anos de idade em 2005 foi de 18,5%, cerca de 12 vezes maior que entre aqueles com menos de 45 anos. A prevalência tem crescido gradativamente e quase dobrou ao longo dos últimos vinte e cinco anos. Alguns grupos nativos americanos, hispânicos e africano-americanos apresentam maior risco de desenvolver a doença. (HORNICK; ARON, 2008).

Entre os países com maior contingente de pessoas com diabetes na faixa etária dos 20-79 anos, em 2010, encontram-se, em ordem decrescente, a Índia com 50,8 milhões, seguida de China, Estados Unidos, Rússia e Brasil com projeção de 12,7 milhões para 2030, ficando ainda em quinto lugar. A Índia mantém-se em primeiro com projeção de alcançar 87 milhões. (MBANYA, 2011). Este crescente aumento está relacionado a maus hábitos de vida e ao aumento de pessoas idosas no mundo.

O processo de envelhecimento pode acarretar, em algumas pessoas idosas, uma série de alterações conhecidas como as síndromes geriátricas, que incluem: a polifarmácia e suas reações, depressão, incontinência urinária, dor persistente, o risco de quedas e o prejuízo cognitivo (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS), 2003). As pessoas idosas que têm diabetes apresentam um risco maior de adquirirem estas síndromes geriátricas, de terem morte prematura, problemas cognitivos, outras doenças concomitantes como hipertensão e acidente vascular cerebral (VISCHER et al., 2009; ADA, 2010).

O diabetes acelera o processo de envelhecimento através da exacerbação das ocorrências clínicas que podem advir com a idade. Cataratas ocorrem 2,5 mais vezes em pessoas com diabetes; é mais incidente o infarto do miocárdio, doenças vasculares, declínio cognitivo, e há maior propensão a quedas, entre outros (MORLEY, 2008).

Os sintomas clássicos do diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Outros sintomas podem levar a suspeita do diagnóstico, entretanto o diabetes é assintomático na grande maioria dos casos. A investigação deve ser feita a partir dos fatores de risco, quais sejam: idade superior a 45 anos, antecedente familiar, sedentarismo, sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial, história de abortos frequentes, história de macrossomia, poliidrânio ou diabetes gestacional, diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida, hipertensão vascular, intolerância à glicose, população com alto risco étnico (BRASIL, 2006a; AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS (AADE), 2009; ADA, 2010). No idoso estes sintomas clássicos muitas vezes não são claros podendo se manifestar de forma distinta quando o idoso apresenta dificuldades para realização das atividades da vida diária, quedas, tontura, confusão, nictúria e infecção urinária (HORNICK; ARON, 2008).

Devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, ao aumento da urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, à maior sobrevida da pessoa com diabetes, o número de indivíduos diabéticos está aumentando. Esta patologia está se tornando uma das principais síndromes de evolução crônica que acomete o homem moderno em qualquer idade, condição social e localização geográfica (SBD, 2009).

Uma epidemia de diabetes está em curso no mundo. Apesar de o termo ser utilizado normalmente quando se refere à doença infecto contagiosa, é utilizado por vários autores em relação ao diabetes para reforçar a ocorrência significativamente maior de casos desta doença do

que esperado em determinado período em relação aos anos anteriores (MBANYA, 2011). Em um estudo realizado por Shaw, Sicree, Zimmet (2010), os autores realizaram uma estimativa global em 2009 sobre a prevalência de diabetes entre 2010 e 2030. Basearam-se em 133 estudos em 91 países através de dados fornecidos pela Federação Internacional de Diabetes, nos quais ficaram evidenciadas que as mudanças no estilo de vida são as principais responsáveis por este aumento excessivo do número de pessoas com diabetes no mundo, aliado as melhores condições de saúde e, conseqüente, aumento da longevidade. Neste estudo foi estimado que no ano de 2010 existissem 285 milhões de pessoas com diabetes no mundo, sendo que se evidencia uma disparidade entre populações e regiões. Nos países desenvolvidos, o maior número de pessoas com diabetes encontra-se na população acima dos 60 anos e nos países em desenvolvimento na população economicamente ativa de 40 a 60 anos. Este quadro se apresentará de forma diferente em 2030. O aumento da população, o envelhecimento populacional, a urbanização associada ao estilo de vida podem incrementar em 69% o número de pessoas com diabetes nos países em desenvolvimento e 20% nos países desenvolvidos. As estimativas anteriores realizadas em relação ao número de pessoas com diabetes tem se mostrado inferiores ao que ocorre na prática, ou seja, o aumento tem superado as expectativas (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010).

Nos países desenvolvidos a realidade do envelhecimento já existe há décadas, estando deste modo bem trabalhado os aspectos de inclusão e adequação do idoso à sociedade (CAMARANO, 2010). Infelizmente a realidade brasileira difere neste aspecto. Existe um preconceito em relação à velhice e esta faixa etária ainda é vista como uma idade de perdas, incapacidades, dependência, entre outras. (PASCHOAL, 2005).

No Brasil, de acordo com o VIGITEL, a ocorrência média de diabetes na população adulta é de 5,4%; (BRASIL, 2010a). No mundo, segundo a ADA (2010), o diabetes é uma importante condição de saúde do idoso, atingindo 20% desta população a partir dos 65 anos de idade, com tendência a crescer nas próximas décadas. Segundo *o Centers for Disease Control and Prevention e National Diabetes Fact Sheet* (2008), a prevalência de diabetes nos Estados Unidos em 2007 atingiu um total de 23,6 milhões de pessoas ou 7,8% da população. Entre as pessoas idosas atingiu a cifra de 12,2 milhões, ou seja, 23,1%, de todas as pessoas nessa faixa etária têm diabetes.

Segundo dados do VIGITEL (2010), em pesquisa realizada nas capitais dos estados brasileiros e distrito federal em relação ao diagnóstico médico de diabetes autoreferido na população adulta, acima

de 18 anos, chegou-se a um percentual de 6,3%, estando Florianópolis igual a média nacional, 6,3%. Em relação a faixas etárias específicas entre 18 a 24 anos apresentou valor de 1,7%, de 55 a 64 anos, 16,4% e acima de 65 anos, 22%, sendo 20,7% em homens e 23,2% em mulheres. (BRASIL, 2011).

3.2 O ENVELHECIMENTO E O DIABETES

O mundo está envelhecendo. Em 2003, segundo as informações da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), a população de 60 anos ou mais era de cerca de 17 milhões de pessoas, representando 10% da população (IBGE 2009), passando para 11,3% em 2009 (IBGE, 2010). Dados do último censo brasileiro apontam uma mudança no perfil demográfico com o aumento do número de pessoas idosas no Brasil. Observa-se um crescimento da população adulta, sobretudo da idosa com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010, alargando o topo da pirâmide etária e diminuição da faixa etária de até 25 anos (IBGE 2011). Em Santa Catarina temos em torno de 650.000 idosos representando 10,5% do total da população, acompanhando a média nacional de 11,3% (IBGE, 2011).

O envelhecimento é um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, senescência, o que, em condições normais não costuma causar problemas, entretanto, em condições de sobrecarga, como estresse, doenças, acidentes, pode levar a uma condição patológica que necessita de assistência, a senilidade (BRASIL, 2007). Entre estas doenças, inclui-se o diabetes, que pode comprometer seriamente o processo de envelhecimento, acarretando sérios e irreversíveis danos ao idoso, tais como: o déficit visual, problemas renais, circulatórios, alterações nos pés, levando a propensão a quedas e alterando seu grau de dependência. A gravidade das complicações, sua natureza crônica e os meios necessários para controlá-la, tornam o diabetes uma doença muito onerosa, não somente falando em termos econômicos para o sistema de saúde, mas para os indivíduos afetados e suas famílias (AGS, 2003; BRASIL, 2007; SEIDEL; ZAGURY, 2009).

Vários fatores contribuem para o surgimento de diabetes após os 60 anos, alterações em aspectos relacionados ao metabolismo da glicose, diminuição da secreção e da ação da insulina e produção hepática de

glicose: a redução da massa muscular, o aumento da gordura corporal, o uso de inúmeros medicamentos e a predisposição genética. O diagnóstico do diabetes no idoso geralmente é realizado através de exames laboratoriais de rotina ou durante internação hospitalar para tratamento de doenças intercorrentes. Neste caso a mortalidade é elevada (MENEILLY, 2006; LYRA; CAVALCANTI; MAZZA, 2009; SEIDEL; ZAGURY, 2009). Sendo o diabetes uma doença crônica e de alta incidência no idoso, é de suma importância estabelecer um diagnóstico precoce, através de exames periódicos e consultas com profissionais de saúde, evitando-se futuros danos à saúde. Nesta perspectiva, é imprescindível a prática educativa para prevenir a doença, sua detecção, e se confirmado o diagnóstico, facilitar a convivência com uma doença crônica com menor dano possível. (AGS, 2003).

Quando se fala de idoso, pode-se estar referindo a uma pessoa de 60, 70 anos, ou a um grupo de pessoas mais idosas, com idade igual ou superior a 80 anos (velhice avançada). Este segmento populacional é o que mais cresce no Brasil, constituindo 1,5% da população total de idosos (IBGE, 2010). Esta diferenciação que ocorre a cada década a partir dos 60 anos, denominada mais idosos, muito idosos ou velhice avançada, caracteriza a heterogeneidade do processo de envelhecimento (ANDERSON et al., 2000; BRASIL, 2007; AADE, 2009).

A idade cronológica não é o único marcador que determina as mudanças na velhice, mas aspectos relacionados ao estado de saúde. Participação e níveis de independência podem apresentar-se de forma diferente em pessoas que possuem a mesma idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2005).

Segundo as recomendações da ADA (2010) e AGS (2003), é necessário considerar o aspecto da heterogeneidade do processo de envelhecimento para estabelecer um plano de cuidados e também os objetivos que se pretende atingir no controle do diabetes. O controle glicêmico ideal para a o idoso com diabetes varia em função da heterogeneidade desta população e o objetivo do controle metabólico depende do estado de fragilidade de cada um.

Quando se fala sobre o idoso e salienta-se a questão da heterogeneidade, no Brasil, se está referindo aos jovens e velhos dentro desta gama de faixa etária que inicia aos 60 anos e pode transpor os 100. Reconhece-se deste modo que se está lidando com pessoas com trajetórias de vida diferentes num intervalo etário com amplitude de 30 anos ou mais. Do mesmo modo, esta diferenciação se reflete em lidarmos com pessoas com poucas complicações ou gravemente deficientes vivendo em asilos. (CAMARANO, 2004; TESSIER;

LASSMANN-VAGUE, 2007; VISCHER et al., 2009). O tratamento para o idoso deve ser individualizado, devendo-se considerar a expectativa e história de vida, as complicações pré-existentes, a coexistência de outras doenças, a habilidade e a disponibilidade para aderir ao tratamento (AGS, 2003; SEIDEL; ZAGURY, 2009). Idosos que são ativos têm uma boa função cognitiva, estão dispostos a seguir o tratamento e têm tempo suficiente para colher os benefícios do cuidado intensivo do diabetes; devem ter um controle mais intensivo e com maior exigência quanto aos níveis deste controle. Idosos com expectativa de vida limitada, múltiplas doenças crônicas, prejuízo cognitivo e funcional, suporte social deficiente, ou que façam uso de muitos medicamentos não são indicados a um controle tão rigoroso de glicemia. Em alguns casos o risco de hipoglicemia é mais grave do que um controle mais brando. (HORNICK; ARON, 2008; ADA, 2010).

Entretanto, para todos os idosos é necessário criar um espaço de relação humana, estabelecendo uma interação entre educando e educador, propiciando o processo educativo (CARDOSO et al., 2005). A educação ainda é a maior ferramenta para melhorar o controle glicêmico. A equipe multidisciplinar precisa discutir e estabelecer metas de controle antes de iniciar a intervenção. Estas metas devem ser discutidas e compartilhadas com os pacientes, familiares e cuidadores para que se melhore a adesão ao tratamento (TESSIER; LASSMANN-VAGUE, 2007; AADE, 2009).

3.3 ADESÃO, DIABETES E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A adesão ou aderência tem sido uma preocupação constante dos profissionais de saúde que buscam caminhos para que as várias formas de tratamento e cuidados prescritas sejam aceitas, incorporadas e seguidas pelo paciente. A aderência em relação ao tratamento de doenças crônicas está em torno de 50% nos países desenvolvidos, diminuindo nos países em desenvolvimento. Trata-se de um problema de grande magnitude sob o aspecto da saúde e qualidade de vida das pessoas, bem como aumento dos custos com a saúde (WHO, 2003). A Organização Mundial da Saúde, em seu relatório sobre cuidados inovadores para condições crônicas, considera a não adesão ao tratamento como uma falha no sistema de saúde, isentando o paciente da culpa desta conduta. Reitera que a atenção à saúde que fornece informação oportuna, apóia e monitora constantemente, ao melhorar a

qualidade de vida das pessoas pode melhorar a aderência reduzindo a carga das condições crônicas (OMS, 2003). Este conceito é endossado pelo documento que trata da adesão a terapia a longo prazo, utilizado para doenças crônicas, elaborado por especialistas da *World Health Organization* (2003). Esse considera a adesão quando o comportamento da pessoa, uso da medicação, adoção da dieta, mudança no estilo de vida estão de acordo com as recomendações acordadas com um profissional de saúde.

A adesão significa junção, união, manifestação de solidariedade, apoio e pressupõe uma relação de vínculo (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Pressupõe, um vínculo entre quem cuida e quem é cuidado. Depende do paciente e do profissional, não é unilateral. Inclui fatores terapêuticos e educativos, como reconhecimento e a aceitação das condições de saúde, identificação de fatores de risco de estilo de vida e desenvolvimento de consciência para o autocuidado. Do mesmo modo, o profissional precisa estar mais centrado na pessoa do que na doença, dando informações, orientações, suporte social e emocional (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Deve haver uma parceria entre o paciente e o profissional de saúde, para juntos, explorarem os possíveis meios terapêuticos, negociando, discutindo e planejando o tratamento (WHO, 2003).

Segundo Leite e Vasconcellos (2003, p. 4), em seu estudo sobre adesão de medicamentos, e sintetizando conceitos de vários autores por eles pesquisados, entende que a

adesão é compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento.

Os termos utilizados na língua inglesa para definir aderência apontam duas formas de compreensão distintas designadas de *adherence* e *compliance*. O primeiro, com o significado de livre escolha, ou seja, as pessoas são livres para adotarem ou não certa orientação, para planejar e participar ativamente de seus cuidados de saúde, sendo importante a motivação para mudanças de comportamento, conceito que compactuamos; o segundo como obediência, pressupõe um papel passivo do paciente em seguir ou não determinada recomendação ou planejamento em saúde (BRAWLEY; CULOS, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003) *Adherence* exige anuência da pessoa às recomendações, parceria, *compliance* não (WHO, 2003). Torres,

Fernandes, Cruz (2007) compartilham destes conceitos de aderência, considerando aderência como uma incorporação consciente ao tratamento e cuidados: participação em atividade física, uso correto das medicações, mudanças no estilo de vida, realização de exames periódicos e participação de programas educativos recomendados pelo profissional de saúde. A aderência trata-se de um conceito multidimensional e não unitário porque o paciente pode aderir a um fator, mas não a todos (DELAMATER, 2006). Do mesmo modo, uma única estratégia não consegue ser efetiva para garantir a adesão de todas as pessoas em situações semelhantes (ALMEIDA et al., 2007).

Henriques (2006) em sua revisão sistemática (2004-2006) sobre adesão ao regime terapêutico em idosos discorda das questões acima colocadas quando diz que *adherence* e *compliance* são entendidos como sinônimos. Delamater (2006) refere que estes conceitos são distintos, porém utilizados de modo incorreto pelos profissionais de saúde, utilizam *compliance* quando querem referir-se a *adherence*. Reitera ainda a questão do termo *non-compliance*, que significa um descumprimento em relação ao que foi determinado pelo profissional. Esta desobediência relaciona-se a questões de ordem pessoal como esquecimento, baixo nível educacional, pouca disciplina ou falta de vontade, colocando o paciente de maneira passiva e desigual em relação ao profissional.

Reiners (2008) realizou um estudo intitulado “uma análise crítica da produção bibliográfica latino americana (1995-2005)” sobre a adesão e não-adesão ao tratamento de pessoas com problemas crônicos de saúde. Com base nos estudos levantados nesta revisão, os profissionais da área da saúde apresentam a idéia recorrente de que o paciente deve cumprir, seguir, obedecer às recomendações dos profissionais de saúde e que seu comportamento deve coincidir com os conselhos e indicações médicas, ou seja, a pessoa assume um papel de submissão, realizando o que foi determinado pelo profissional, características inerentes ao conceito de *compliance*. Na prática, quando a pessoa não realiza o estabelecido, é considerada não aderente. Os estudos enfocam também que a pessoa tem autonomia ou não para seguir o recomendado, mas no último caso o profissional exime-se de qualquer responsabilidade sobre as consequências desta decisão. Nos estudos têm sido conferida a pessoa a maior carga de responsabilidade pela adesão/não-adesão ao tratamento. Os autores, no entanto, concluem que a responsabilidade não deveria ser unilateral, que profissionais e pessoas deveriam ser corresponsáveis por este processo e que outras variáveis como serviços de saúde, governo e instituições de ensino também tem responsabilidade

neste processo de adesão (REINERS et al; 2008).

Seguindo esta linha de pensamento, um estudo qualitativo realizado na Bélgica em 2005, sobre aderência ao tratamento intitulado “barreiras e soluções”, desenvolvido por meio de grupos focais com médicos, concluiu que a responsabilidade da adesão ao tratamento de doenças crônicas como o diabetes precisa ser compartilhada. Segundo o estudo, nem sempre as expectativas do profissional coincidem com as da pessoa, por isso é preciso uma parceria e um compartilhar de decisões. Os autores consideram os termos *adherence/compliance* para abordarem concordância, conformidade e adesão como uma forma de unificarem o termo já que na Holanda as três palavras são usadas com significados distintos (WENS et al., 2005).

A aderência ao tratamento da pessoa com diabetes diz respeito ao tratamento como um todo. A Associação Americana de Educadores em Diabetes (2010) expressa os sete comportamentos ideais para autocuidado do diabetes para se atingir um controle adequado. São eles: atividade física, alimentação saudável, uso correto da medicação, monitorização da glicemia, resolução dos problemas, redução dos riscos de complicações agudas e crônicas. Embora todos estes aspectos refiram-se a adesão, constata-se que a maioria dos artigos pesquisados enfoca, sobretudo, a aderência a medicação (BARBER et al., 2004; CRAMER, 2004; BLANSKI; LENARDT, 2005; HENRIQUES, 2006; TJIA et al., 2008; SCHMITTDIEL et al., 2008; SUÁREZ-VARELA, 2009).

Cramer (2004, p. 1219) em sua revisão sobre uso de medicação para diabetes define adesão como o “ato de tomar a medicação prescrita e/ou acordada com profissional de saúde”.

Em seu estudo, realizado durante sete anos com idosos mexicanos com diabetes, Kuo et al. (2003) concluem que 36% dos idosos por eles pesquisados apresentavam uso inconsistente de medicação. Esta não aderência estava relacionada à questão econômica (suplementação do seguro saúde) e idade, visto que este estudo foi realizado com pessoas acima de 65 anos. Esses perceberam que a partir dos 75 anos ocorreu um aumento ainda maior da inconsistência no uso da medicação e surgimento de problemas renais associados a não utilização correta da medicação.

Vários aspectos podem interferir na aderência ao tratamento do diabetes. Bell et al. (2007) pesquisaram uma comunidade rural de idosos acima de 65 anos nos EUA sobre os desafios que estes encontram para se cuidarem de maneira adequada em relação a alimentação, medicação, cuidado com os pés, exercício e monitorização da glicose. A falta de

equipamentos como glicosímetros, *thera-bands*, caixas para armazenamento de medicações, espelhos pequenos, entre outros, constituem potenciais barreiras para impedir um bom desempenho no cuidado. Alguns equipamentos são caros e requerem treinamento para o uso, outros são baratos e podem trazer benefícios para melhorar adesão. Cabe aos educadores em diabetes avaliarem a necessidade destas pessoas em comunidades mais carentes e empregarem estratégias para ajudá-los a conseguir estes recursos.

Inúmeras são as barreiras que impedem a adesão do tratamento do idoso, Anderson et al. (2000) destacam entre elas, *status* da doença e isolamento social, oscilações na saúde, medicações, função cognitiva, doença avançada, preconceito em relação à idade, apoio da assistência social ou informal. Outros fatores seriam de ordem psicológica como características da personalidade, depressão e formas como a pessoa consegue lidar com a esperança ou a falta dela. A adesão é um processo dinâmico e no idoso está diretamente relacionada pela heterogeneidade que esta faixa etária traz. Por isso, é preciso avaliar de forma cuidadosa as barreiras existentes para a adesão seja ela motivacional ou em relação à capacidade de aderir ao tratamento. Há que se compreender o porquê, como e quando o paciente não está conseguindo gerir seu comportamento para o autocuidado e investigar a natureza das barreiras, sejam de conhecimento ou habilidades, crenças de saúde, ambientais ou sociais (isolamento ou conflitos familiares) ou de ordem psicológica ou psiquiátrica (DELAMATER, 2006).

Neste sentido, WHO (2003) conclui que várias são as barreiras que comprometem a adesão ao tratamento, econômicas, sociais, do sistema de saúde, da equipe e das características da doença.

Schmittiel et al., (2008), em seu estudo sobre adesão versus tratamento medicamentoso adequado prescrito pelo médico, constataram que 20-30% das pessoas com diabetes que apresentaram risco cardiovascular tiveram uma adesão insatisfatória em relação ao uso da medicação e do mesmo modo foram submedicados. Ambos os fatores representam barreiras que podem ser modificadas para um controle adequado das doenças cardiovasculares.

Muitos autores pesquisam aderência (BARBER et al, 2004; WENS et al., 2005; LITTENBERG; MACLEAN; HUROWITZ, 2006), entretanto, são poucos os estudos com pessoas com diabetes na faixa etária acima dos 60 anos, destacando-se os trabalhos de Kuo et al. (2003), Barber et al. (2004), Blanski e Lenardt (2005), Tjia et al. (2008), Bell et al. (2007) e Suárez-Varela (2009). Estes estudos utilizam o conceito de adesão não como responsabilidade individual do paciente,

mas como um conjunto de fatores que interferem neste aspecto que incluem o uso de equipamentos adequados e sua aquisição, comprometimento do profissional da área de saúde, abordagem adequada e escuta qualificada do profissional, sem impor o que considera necessário, mas dialogando com o idoso e construindo de forma conjunta melhores estratégias de adesão.

Segundo Blanski e Lenardt (2005), a não adesão ao uso de medicamentos pelos idosos deve-se a vários fatores, entre eles: uso de vários medicamentos concomitantes, ocorrência de efeitos colaterais, falta de compreensão para utilizar a medicação, dificuldade visual e auditiva, analfabetismo, entre outros. Reitera a importância de se dispensar uma atenção especial ao idoso e sua família referente à educação, orientação, acompanhamento, respeitando as características específicas desta faixa etária, que tanto se beneficiam com um tratamento correto. Do mesmo modo, Barber et al. (2004) estudaram o uso de medicações novas para idosos acima de 75 anos de idade e reiteraram a necessidade de um acompanhamento profissional específico, principalmente no início do tratamento para garantir a aderência. É necessário que o profissional da área da saúde seja instrumentalizado em sua formação sobre aspectos que auxiliem na abordagem da adesão junto à pessoa com *diabetes*, principalmente em relação à adaptação a condições socioeconômicas diversas através do conhecimento sobre adesão, capacidade de pensar e avaliar as decisões clínicas que devem ser tomadas, e deste modo, após este processo reflexivo, agir. (WHO, 2003).

Tjia et al. (2008) em seu estudo deu voz a idosos para que relatassem como se sentiam em relação ao uso da medicação e se discutiam este aspecto com seu médico. Os profissionais orientavam sobre efeitos colaterais e aderência, aspectos que eles consideravam importantes, mas não sobre custos da medicação e possível redução do número de medicamentos. Estes aspectos preocupavam os idosos, mas não os expuseram durante as consultas por acharem que não seria apropriado no momento. Portanto, afirmam, ser importante que o profissional estimule o envolvimento de idosos nas decisões referentes ao seu tratamento e promova o diálogo levando em conta as necessidades e opiniões destas pessoas.

Em estudo, realizado em Córdoba em 2009, sobre a utilização de caixas para armazenar medicações (*pastillero*) para melhorar a aderência ao uso da medicação pelo idoso, Suárez-Varela (2009) aponta a necessidade de utilizar outras estratégias para melhorar a aderência como simplificar as receitas de medicamentos, o uso de recordatórios

periódicos, trabalhos em grupo com folhetos explicativos, buscando reforçar as informações em relação ao tratamento. Ratifica a importância da educação em saúde como uma estratégia para melhorar a adesão (ANDERSON et al., 2000).

Uma das formas de otimizar o uso correto do medicamento é o educador elaborar em parceria com a pessoa com diabetes, um plano de regimes simplificados com base na realidade da pessoa; avaliar a medicação e seus efeitos adversos; realizar o rastreamento para depressão, identificar as barreiras financeiras com intuito de minimizar os fatores responsáveis pela não adesão (AADE, 2009). Neste sentido, é de vital importância que o profissional médico converse com o idoso sobre a medicação prescrita, para identificar os aspectos acima levantados, pois muitas vezes ambos consideram diferentes aspectos em relação ao uso da medicação (TJIA et al., 2008; SUARÉZ-VARELA, 2009).

Segundo pesquisa, realizada em 2001, por Camargo-Borges e Japur (2008), que versa sobre a falta de adesão ao tratamento, o Sistema Único de Saúde (SUS) reestruturou seus programas, incluindo a capacitação de profissionais, entretanto na prática estas mudanças não geraram grandes transformações. Relata ainda que as práticas tradicionais educativas ainda persistem e que a pessoa continua sendo o único responsabilizado por saber de si e do seu tratamento, enquanto existem outros fatores interferindo diretamente neste processo como a complexidade da realidade local e o cotidiano popular. Dá continuidade, afirmando que a enfermagem já vem ao longo do tempo realizando movimentos no sentido de refletir sobre a realidade e o problema apresentado, buscando uma prática mais humanista e menos tecnicista no processo de cuidar; ressaltando que o cuidado precisa ser construído de modo coletivo.

No caso do idoso, faixa etária em que podem existir comorbidades, o uso concomitante de vários medicamentos, déficit cognitivo, a não aderência tende a ser mais pronunciada. (BRASIL, 2007; AADE, 2009). Deste modo, cabe aos profissionais de saúde, em face da variedade de aspectos envolvidos na adesão, planejar e implementar em parceria com o idoso, estratégias específicas de tratamento que contemplem, as singularidades desta faixa etária (ALMEIDA et al., 2007).

As causas de maior incidência de não aderência relatadas nos idosos são déficit visual e auditivo, falta de destreza manual, déficit cognitivo, stress, depressão, polifarmácia, limitações econômicas e prevenção de efeitos adversos (AADE, 2009). Do mesmo modo, as

barreiras ambientais, a falta de recursos e de uma rede de apoio podem interferir neste processo. A educação tradicional, baseada na transferência de conhecimentos teóricos, tem mostrado que não habilita a incorporação do autocuidado nas atividades diárias (TESSIER; LASSMANN-VAGUE, 2007; CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008). A adesão é um processo dinâmico, não existe uma estratégia única a ser seguida, portanto, necessita de avaliação contínua. Muitas vezes a pessoa ainda não está preparada para seguir determinado tratamento. Cabe ao profissional avaliar se a mesma está pronta, orientar, estimular, acompanhar os progressos em cada contato (WHO, 2003). Do mesmo modo, a relação médico-paciente ou profissional-paciente não pode ser considerada por si só como responsável pela não aderência, mas um aspecto a ser trabalhado com a equipe de saúde. As pessoas na condição de pacientes precisam ser apoiadas e não culpadas (WHO, 2003).

A revisão de literatura de Costa (2011), realizada de 1994 a 2006, sobre a adesão e a motivação de pessoas com diabetes participantes de programas de saúde, revela que os profissionais de saúde não estão preparados para desenvolver educação em saúde com as pessoas que cuidam. Além disso, o autor sugere a realização de estudos que identifiquem aspectos pedagógicos eficazes e motivadores da adesão das pessoas com diabetes aos programas de intervenção. Posto que, Lerman (2009) aponta na sua pesquisa como intervenções para aderência ao tratamento: a educação, o aconselhamento, a melhora do atendimento, o automonitoramento, os lembretes, o reforço e a recompensa. Relação colaborativa paciente-profissionais da área da saúde; gestão do processo realizada pela enfermeira e apoio da família são aspectos que interferem positivamente na adesão. Além disso, o respeito em relação à compreensão da pessoa sobre o vivido é fundamental, já que nem sempre a expectativa do profissional em relação à doença e saúde corresponde a da pessoa. A pessoa ou usuário do serviço é o ator principal e o profissional tem o papel de apoio (LERMAN, 2009). Outrossim, pesquisas que discutem a influência da relação médico-paciente na adesão evidenciam que havendo uma boa comunicação e interação entre o paciente e o profissional, a adesão melhora (TJIA et al., 2008; NAIK et al., 2008).

Delamater (2006) reforça a importância do profissional no processo de adesão, devendo este se centrar na pessoa, dando-lhe autonomia para melhor gerir sua doença, ser amigo, organizar seu tempo para atendê-la, ajudando-a a resolver problemas, fornecer instruções escritas, suporte social e reforço comportamental.

3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO

Inúmeros artigos abordam a questão da educação em saúde do idoso com diabetes, entretanto a maioria dos trabalhos mescla a faixa etária de adultos e idosos, como Martins, 2007; Torres et al., 2009 e Oliveira et al., 2009 e quando se detém especificamente em idosos utilizam os termos “ todos idosos” e poucos especificam as faixas etárias.

A educação em saúde da pessoa com diabetes é imprescindível para que esta tenha o conhecimento, habilidades técnicas e possa fortalecer suas potencialidades para manejar com sucesso sua condição. Deste modo, poderá evitar grande parte das complicações associadas à doença e melhorar sua qualidade de vida. Estes conhecimentos englobam a incorporação de hábitos de vida saudáveis no seu cotidiano, como a prática de atividade física e alimentação adequada. Além disso, o acesso à informação favorece a compreensão sobre a ação dos medicamentos, permite a pessoa monitorar o diabetes, identificar e atuar frente a problemas como hipo e hiperglicemias e ter o ajuste emocional para conviver bem com uma doença crônica. Outro aspecto a salientar é o cuidado com os pés e a convivência de forma equilibrada com o diabetes (FORTI, FONSECA 2009; ADA, 2010).

O processo de educação em saúde do idoso com diabetes é diferenciado em relação a outras faixas etárias. Precisa ser individualizado, de modo a identificar fatores que venham a interferir neste processo. O idoso que tem hábitos saudáveis de vida, dificilmente apresentará problemas em relação ao seu cuidado. Entretanto, para aqueles cujas mudanças de hábitos são inviáveis ou difíceis de serem conquistados, o empenho pessoal e a habilidade dos profissionais de saúde são fundamentais. Alguns fatores, decorrentes do envelhecimento, interferem diretamente no aprendizado como a memória e os déficits visuais e auditivos. A presença de doenças concomitantes, a dificuldade para mobilização e o uso de outras medicações podem também se somar às dificuldades apresentadas. Aspectos psicológicos necessitam ser identificados, entre eles, a depressão, o isolamento social, as perdas recentes, comuns nesta faixa etária. (AADE, 2009).

Mudar hábitos não é uma atitude fácil e precisa ser entendida pelo profissional como tal. Por isso, o importante é persistir, mudar estratégias, partir das necessidades de saúde e recursos que o idoso apresenta, atuar em equipe e avaliar se as orientações estão sendo incorporadas e seguidas, pois muitas vezes o idoso esquece a orientação ou sua situação de saúde mudou e o plano de cuidados precisa ser

modificado. O educador quando fala de diabetes para o idoso precisa ter mais tempo, paciência, maior compreensão e maior tolerância (DESG, 2007).

O controle adequado do diabetes é uma meta que deve ser buscada em todas as faixas etárias, entretanto no idoso, este controle se reveste de importância fundamental, face às muitas complicações e comorbidades presentes no diagnóstico. A presença de outras doenças associadas é determinante para definir a qualidade de vida deste idoso, principalmente em relação ao seu grau de dependência, que é o norteador das ações de saúde nesta faixa de idade. Manter o idoso o maior tempo possível independente e autônomo para que possa realizar suas Atividades da “Vida Diária” (AVDs), sem auxílio, deveria ser uma meta da equipe de saúde. (AGS, 2003; BRASIL, 2007; BRASIL, 2010a).

Estudo realizado por Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010) sobre os modelos aplicados às atividades de educação em saúde reitera que o modelo tradicional de educação escolar se reflete na educação realizada pelo profissional de saúde, sendo na sua maioria ainda o tradicional. Neste modelo, a informação é apenas transmitida e não discutida ou dialogada de forma horizontal. Contrapõe-se ao exposto por Freire (2003), que reforça que as atividades educativas não devem ser dissertações ou doações de conteúdos. O papel do educador “não é falar ao povo sobre nossa visão do mundo, ou tentar impô-la a ele, mas dialogar com ele sobre a sua e a nossa”.

O modelo dialógico que propõe o diálogo e a construção do conhecimento através de uma abordagem crítico reflexiva ainda é um desafio para o profissional, que muitas vezes desconhece esse modelo ou que não foi capacitado para colocá-lo em prática (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010). Deste modo, é imprescindível que o profissional seja instrumentalizado para lidar com a educação do idoso com diabetes, pois a educação tradicional está baseada em aprendizado e memória e o idoso necessita de adaptações neste processo educativo, necessitando uma atuação diferente do profissional voltada para a discussão, troca e construção conjunta dos cuidados (AADE, 2009).

Buscando capacitar o profissional da área da saúde o Ministério da Saúde desenvolveu, a partir de 2007, as Estratégias Nacionais para Educação em Saúde para o autocuidado em diabetes que tem como eixo norteador a educação em saúde que é reconhecida como promotora de saúde e faz parte do tratamento. Na prática foi desenvolvido material didático para ensino a distância e presencial dos profissionais de saúde, objetivando sensibilizá-los para flexibilização dos saberes e práticas de

saúde, propiciando uma construção dialógica nas relações e atitudes frente às pessoas envolvidas estimulando-as quanto à mobilização e participação como sujeitos, cidadãos que reivindicam melhores condições na atenção à saúde (BRASIL, 2009a).

A Associação Americana de Diabetes (2010) considera imprescindível a educação em saúde para um controle adequado do diabetes, sendo que cabe ao profissional da área de saúde facilitar a capacitação da pessoa com diabetes para que ela possa ter conhecimento e habilidade necessária para lidar com a sua doença e autocuidado. É preciso considerar neste processo as necessidades, objetivos, experiências e expectativas de vida de cada um em relação ao controle do diabetes. Espera-se que a pessoa com diabetes possa tomar suas decisões, cuidar-se, resolver problemas, auxiliados pela equipe. Tal associação estabelece padrões de educação para o automanejo do diabetes através de cinco princípios: a) a educação em diabetes é efetiva para melhora dos resultados clínicos e da qualidade de vida em curto espaço de tempo; b) a apresentação didática tem evoluído para modelos mais eficazes baseados no empoderamento; c) os programas que utilizam estratégias comportamentais e psicossociais tem se mostrado mais efetivos, assim como aquelas que consideram idade e aspecto cultural das pessoas e os trabalhos com grupos educativos; d) o suporte contínuo é importante para manter os progressos conseguidos com o auto manejo; e) estabelecer metas é uma estratégia eficaz para dar apoio e sustentação (FUNNELL et al., 2010).

O processo educativo deve ser construído em parceria entre profissional, família e idoso, podendo-se deste modo, dimensionar e compreender as implicações que o processo de envelhecimento traz no cotidiano e suas interferências no contexto familiar. É preciso uma discussão conjunta para identificar o que precisa ser trabalhado e construir coletivamente estratégias de intervenção. Neste processo, deve-se valorizar o que o idoso tem de melhor, seu tempo, sua história de vida e sua capacidade de criação para que ele se sinta inserido no processo. Se o idoso e sua família não estiverem motivados e interessados, o processo educativo tem poucas chances de sucesso (MELO et al., 2009).

Na atividade de ensino do idoso é preciso considerar aspectos inerentes ao processo de envelhecimento como alteração da memória, comprometimento sensorial, nível de escolaridade, deficiência no sistema de saúde e rede de apoio social. (MELO et al., 2009).

Neste sentido, Hammeerschmidt e Lisboa (2004), conforme estudo realizado na cidade de Pinhais com 129 idosos, 22 dos quais

diabéticos, reiteram a importância de reconhecer e reforçar o conhecimento popular das pessoas idosas por meio das oficinas educativas.

As oficinas educativas objetivam desenvolver e compartilhar as habilidades dos integrantes do grupo através do estímulo intelectual e motor, empoderando-os para fazerem escolhas na sua vida e em relação a sua doença. (BRASIL, 2009a).

Estudos que tratam de educação em saúde de pessoas idosas com doenças crônicas, entre elas, o diabetes reforçam que a atividade educativa é uma das mais eficazes para assegurar a autonomia e a independência. Para os idosos, a diminuição da capacidade funcional e de mobilidade é às vezes mais importante que a morbidade, vistos que estes fatores estão diretamente ligados à qualidade de vida (MARTINS et al., 2007; RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010). A meta é manter a longevidade com qualidade de vida, já que as doenças crônicas, em especial, a diabetes têm aumentado significativamente.

Os padrões de cuidado individualizados para a educação do idoso com diabetes, segundo a Sociedade Americana de Geriatria (2003), têm como foco principal ter uma boa qualidade de vida física, mental e social. Ter qualidade de vida é o maior desafio do idoso; é viver com qualidade apesar dos problemas de saúde que possam advir, redescobrimo suas potencialidades e desempenhando suas atividades da vida diária (AVD). O Envelhecimento Ativo, conceituado pela Organização Mundial de saúde em 1990, como o processo de otimização das oportunidades de saúde, de participação nas questões culturais, econômicas, sociais, espirituais e civis, e de segurança com o objetivo de melhorar a “Qualidade de vida das pessoas que estão envelhecendo” (WHO, 2005) foi endossado pelo Ministério da saúde com a Política Nacional de Saúde do Idoso de 2006. O conceito pretende transmitir uma mensagem mais inclusiva do que a colocada no termo “envelhecimento saudável”, uma vez que considera a participação como a possibilidade de engajamento contínuo na vida, mesmo que eventualmente limitado ao espaço doméstico ou coexistente com algum tipo de incapacidade. Não se restringe, portanto, à habilidade para se manter fisicamente ativo ou inserido na força de trabalho (ASSIS, 2005). Tal política enfatiza a importância da educação na prevenção de problemas de saúde e seus agravos (WHO, 2005).

Na ótica dos idosos, esta qualidade de vida na terceira idade, segundo estudos de Vecchia et al. (2005), é dispor de uma rede social sólida familiar e afetiva, preservar relações interpessoais, ter boa saúde física e mental, ter autonomia financeira, conforto e independência e

praticar seu ideal de vida, tendo acesso ao conhecimento, trabalhando com prazer e desenvolvendo práticas de espiritualidade, honestidade e solidariedade, caracterizando-se como um conceito subjetivo. Seguindo esta visão, num âmbito geral, Melo et al. (2009) afirmam que a qualidade de vida está relacionada ao bem-estar psicológico, boas condições físicas, integração social e competência funcional.

Na realidade, qualidade de vida é um termo polissêmico e subjetivo, é uma noção eminentemente humana, uma construção social, variando em função da época, espaço e história. Envolve a capacidade de concretizar todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de bem estar e se mobiliza para conquistar. Tem sido vista aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e a própria estética existencial. É representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal), e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Nesta perspectiva, constitui-se um processo que envolve mudanças de condições de vida e de trabalho; um processo de capacitação dos indivíduos, das famílias e das comunidades com vistas à empoderá-los para aumentarem o controle sobre os determinantes de saúde e, deste modo, aumentarem suas chances de saúde e de vida, reivindicarem políticas saudáveis, intervirem e melhorarem a sua saúde, direito fundamental humano (ZAMPIERI, 2006). Implica no fortalecimento e ampliação da capacidade de autonomia e padrão de bem estar dos indivíduos, integração entre os serviços de saúde e articulação aos vários domínios da “não-saúde”, sociais, educacionais e econômicos, implementação de políticas saudáveis e participação e mobilização social (BUSS, 2000).

Apoiando-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (ex: mobilidade) e negativas (ex: dor), a qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial de saúde em 1994 como a percepção do indivíduo, de sua posição na vida no contexto cultural e do sistema de valores no qual vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1998).

Ao abordar esta temática, Paschoal (2005) aponta o princípio da

mutabilidade. Considera que para um mesmo indivíduo ou para grupos sociais a qualidade de vida pode ter significado diferente de acordo com o tempo, espaço, pessoa e lugar. No idoso a qualidade de vida se reveste de aspectos distintos de outras faixas etárias em face de sua experiência de vida e seus valores. Deste modo, os vários instrumentos utilizados para aferir estes aspectos devem ser multifatoriais para contemplar esta gama de variabilidade do grupo de idosos, devendo-se considerar a idade e suas interferências na saúde do indivíduo, situações sociais como aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais podem ser obstáculos para uma boa qualidade de vida (PASCHOAL, 2005).

Ramos (2009) discorre sobre os aspectos imprescindíveis para alcançarmos qualidade de vida destacando três aspectos básicos para a saúde pública: a promoção de saúde e prevenção primária (educação em saúde), tratamento de saúde adequado (profissionais especializados em geriatria e gerontologia e trabalhando em equipe interdisciplinar), reabilitação das funções comprometidas, objetivando autonomia e independência. Além da independência na vida diária e econômica, em seu estudo Ribeiro et al. (2008) considera a saúde física, a integração social, o suporte familiar e saúde mental e espiritual como fatores determinantes para uma boa qualidade de vida.

Dentro deste contexto, assumiu-se os conceitos da OMS (1994) de autonomia como a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências, e independência que é entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, ou seja, viver sem a ajuda dos outros (WHO, 2005). Na medida em que o indivíduo envelhece, a qualidade de vida é fortemente determinada pela capacidade de se manter autônomo e independente, e o processo educativo pode auxiliar neste aspecto. As intervenções educativas podem tornar-se o marco diferencial na vida deste idoso. Esse poderá compreender seu processo de saúde-doença através do conhecimento, mudar estilos de vida, adotando comportamentos saudáveis e evitando os de risco e reescrever seu processo de envelhecimento com mais qualidade, vencendo os desafios impostos pela idade, enfrentando as limitações impostas pela doença, em especial as crônicas como o diabetes e também aderir melhor aos cuidados e tratamento (BRASIL, 2007).

A educação em saúde, principalmente de pessoas com problemas crônicos, é um caminho longo a ser percorrido, haja vista que os fatores determinantes do comportamento de não adesão são complexos. Por

isso, é essencial trabalhar esta questão sob outra ótica, considerando as necessidades e dificuldades dos idosos, mais do que a constância com que seguem as orientações dadas (REINERS et al., 2008). As dificuldades para a pessoa com uma doença crônica como o diabetes seguir as recomendações dos profissionais de saúde são inúmeras, entre elas, a cronicidade da doença, as mudanças no estilo de vida, a complexidade do tratamento, às vezes invasivo e inconveniente (LERMAN, 2009).

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, apresentam como seu principal papel “cuidar do outro”, do paciente com doença crônica podendo fazê-lo por meio da educação em saúde: estabelecendo espaços para expressar seus anseios, limitações e medos e compartilhar seus saberes; conhecendo a doença, comportamentos de risco e saudáveis, bem como formas de se cuidar e prevenir complicações. Os outros aspectos a serem abordados dizem respeito a sua convivência com uma doença crônica, como ajudá-lo neste processo, apoiando e buscando através da sua experiência pessoal formas de um viver melhor com diabetes.

O programa de educação para idosos com diabetes apresenta melhores resultados quando realizado por enfermeiros (MENEILLY, 2006). Segundo Henriques (2006), os enfermeiros têm uma posição privilegiada em relação à equipe de saúde, estando mais próximos do idoso e de sua família e tendo a possibilidade de conhecer melhor o contexto onde estão inseridos. Deste modo, cabe ao profissional enfermeiro em todas as áreas de atuação avaliar, programar e desenvolver ações conjuntas que viabilizem uma melhor adesão ao regime terapêutico através de assistência domiciliar, consulta de enfermagem, atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe. Prestar uma assistência integral ao idoso, orientando-os, aos cuidadores e familiares (BRASIL, 2007). O enfermeiro tem no cuidado uma de suas principais atribuições. Este cuidar vai além da dimensão técnica. Abrange preocupação com o outro, respeito a sua cultura, valores, crenças e expectativas em relação à sua doença, vendo-o com um ser humano em sua totalidade. Portanto, o enfermeiro é instrumentalizado durante toda a sua formação a enxergar o outro como um ser humano, para além da doença, do diagnóstico que possui, estabelecendo uma relação de solidariedade, sensibilidade e respeito. Este cuidado se estende à orientação, ao suporte e acompanhamento do idoso, sua família e cuidadores (DE BIASI; PEDRO, 2009).

Nestes processos educativos multifacetados, dinâmicos e

complexos, segundo Gazzinelli et al. (2005), é importante estabelecer uma “rede de solidariedade” entre educandos e educadores, buscando compartilhar conhecimentos e desenvolver potencialidades para ultrapassar os limites e dificuldades e dar autonomia aos sujeitos envolvidos no processo. Um aspecto relevante do trabalho do educador é identificar a motivação do indivíduo para mudar o comportamento, ajudar de forma conjunta a estabelecer metas alcançáveis comportamentais. Para tanto, podem facilitar e estimular expor preocupações, ajudá-lo a aprender aquilo que pode controlar e oferecer maneiras para lidar com o que não pode (AADE, 2009). A aderência às orientações está relacionada às crenças individuais, a participação efetiva do sujeito e a relação dialógica entre quem cuida e é cuidado. O profissional precisa estar ciente destes aspectos ao planejar suas intervenções. A relação estabelecida entre profissional e paciente é um meio vital para propiciar a adesão, através do dialogo, linguagem clara, atendimento individualizado e uma relação de empatia, estabelecendo um clima de confiança entre ambos (DIAS et al., 2011). Considerando-se uma proposta pedagógica, a pessoa com diabetes é o ator principal e o profissional de saúde o coadjuvante que irá facilitar as experiências de aprendizagem. A pessoa é responsável pela sua saúde, sendo que as metas traçadas para sua recuperação devem se vinculadas a sua participação ativa. Ela constrói o caminho a percorrer baseada na sua história de vida, sua vivência ancoradas na sua realidade. O profissional de saúde é mediador deste processo auxiliando a descobrir suas potencialidades, redirecionando-as para otimização do cuidado com sua saúde (BRASIL, 2009a).

As atividades de educação em saúde são importantes suportes para que práticas saudáveis sejam incorporadas à vida diária das pessoas com doenças crônicas, principalmente o diabetes. Uma das formas para se tornar mais efetiva é através do trabalho em grupo. Faz mister que estas ações sejam planejadas de forma a desenvolver mudanças de comportamento e hábitos de vida, visando o autocuidado e a independência. O trabalho em grupo com pessoas da mesma faixa etária e com a mesma doença estimula a reflexão sobre a sua condição, a partir do conhecimento da situação do outro, favorecendo a participação ativa no seu autocuidado (CAZARINI et al., 2002). A possibilidade de discutir dificuldades e vivências em comum amplia o conhecimento acerca da doença e o compromisso para assumir mudanças (OLIVEIRA et al., 2009; TORRES, et al., 2009).

Um estudo realizado em Ribeirão Preto sobre um Programa de Educação em diabetes nos anos de 2004 a 2005, com portadores de

diabetes tipo dois apontou que o conhecimento da pessoa com diabetes acerca da sua doença é a base do cuidado para se conseguir o automanejo, entretanto coloca que o conhecimento por si só não gera mudanças de comportamento. Outros fatores influenciam nesta mudança, sendo que o apoio da família é fundamental no manejo do autocuidado (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008). Este autor também ressalta a escassez de intervenções educativas realizadas por enfermeiros e nutricionistas e a responsabilidade destes profissionais na educação e manejo do diabetes pelos pacientes.

Nesta mesma lógica, uma destas pesquisas, descrevendo um trabalho em grupo com idosos diabéticos, desenvolvido na Bahia, (CARDOSO et al., 2005), constatou que ao se utilizar o método tradicional de educação com os idosos, por meio de aulas expositivas não houve sucesso em relação à mudança de comportamento. Em contrapartida após utilizar a metodologia problematizadora de Freire, partindo da realidade dos idosos, realizando construções conjuntas, usando técnicas lúdicas, observou uma maior frequência no grupo e melhora no controle do diabetes. Portanto, o trabalho educativo em grupo aparece como um dos métodos eficazes para a adesão ao tratamento com pessoas idosas.

O processo educativo não deve impor mudanças no seu modo de agir, mas fazer com as pessoas reflitam sobre o seu cotidiano, adquiriram novos conhecimentos e os transformem em novas possibilidades de ação (FREIRE, 2010). Esse processo se consolida no ato de retornar às informações já conhecidas, revê-las e resignificá-las. O verdadeiro aprendizado acontece a partir da reflexão sobre as experiências pessoais que leva à ação e retorna à reflexão num processo contínuo entre o profissional e o idoso. (BRASIL, 2009a).

O trabalho em grupo tem se mostrado positivo para a promoção da educação em saúde, propiciando a troca de experiências entre iguais e ao mesmo tempo respeitando a individualidade de cada um. Consiste num espaço motivador para o tratamento enquanto propicia um compartilhar de dificuldades, discutindo e procurando juntos a maneiras de superá-las, construção de vínculos, acolhimento, estimulando a busca de recursos que auxiliem a conviver com a doença e sua interferência sobre a sua vida. Entretanto, para que ocorra de modo efetivo é necessário que os profissionais da área da saúde sejam instrumentalizados para tal. (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Mesmo tendo boa vontade, muitos trabalhos são feitos de forma empírica não levando a um bom resultado em relação à adesão das pessoas.

É preciso avançar no sentido de motivar as pessoas a participarem

de práticas educativas reconhecendo-as como instrumentos capazes de auxiliar na melhora do controle metabólico e na compreensão do *diabetes*, suas limitações e possibilidades de superação. No caso específico do idoso poderá contribuir para reduzir reações adversas, internações hospitalares e, conseqüente melhora da qualidade de vida (BLANKI; LENARDT, 2005).

O processo educativo em saúde visando o autocuidado no idoso é um dos caminhos apontados para direcionar positivamente sua trajetória de vida, mantendo sua independência e autonomia no maior grau possível. Com o aumento na expectativa de vida e conseqüentemente do número de doenças crônicas, entre elas, o *diabetes*, faz-se necessário que o enfermeiro direcione suas práticas no sentido de implementar ações junto aos idosos que contribuam para transformar o envelhecimento em uma experiência positiva e com qualidade de vida (TAVARES; RODRIGUES, 2002; CELICH; BORDIN, 2008).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que guiou a pesquisa constituiu-se de um conjunto de conceitos que se interrelacionaram, formando um sistema organizado de conhecimentos que permitiu um olhar específico para a realidade do idoso que apresenta diabetes. Este arcabouço teórico guiou-se pelo pensamento de Paulo Freire destacando-se os conceitos de seres humanos, autonomia e educação, somados aos conceitos de idosos com diabetes e adesão ao tratamento e cuidados. Estes conceitos foram aprofundados ao longo do estudo e novas relações foram estabelecidas em conjunto com idosos para fundamentar a pesquisa.

Segundo Freire (2010), **o ser humano** é um ser único, complexo, um ser histórico, que tem sua história de vida passada e futura, suas crenças, suas concepções e visão do mundo. É um indivíduo pensante, comunicador, criador, realizador de sonhos, capaz de amar e odiar. Possui um universo de vivências, crenças, valores, normas morais, que constituem um mundo de vida compartilhado.

É um ser inacabado e incompleto em busca do próprio crescimento; busca o aprimoramento de forma incessante para melhor inserção no convívio coletivo. Busca autonomia. Têm capacidade de viver e aprender com o diferente. Deve ter coerência entre o que faz e diz, respeito aos outros e postura ética, marcas que definem o ser humano, indispensáveis à convivência humana, e desta forma assumir-se como sujeito ético. Um ser relacional, dialógico da práxis, imerso no mundo que interage com o meio, seu micro-mundo que é a família e com o macro que é a sociedade em geral. É um ser no mundo, que é o palco de suas ações, onde, pensa, age e sofre as consequências de suas ações. Através do pensar e refletir sobre o mundo e sobre si mesmo, consegue se transformar. Assim, tem vocação ontológica para ser mais (FREIRE, 2010; STRECK, 2002).

Os seres humanos de que estamos falando, são seres “no mundo” “são os **idosos** que vivenciam um problema de saúde crônico, **o diabetes**.”

São seres humanos, mulheres, que apresentam idade cronológica de sessenta anos ou mais, acumularam uma experiência de vida e têm suas crenças. Já realizaram muitos sonhos, mas têm outros que ainda pretendem concretizar, na busca de “ser mais e melhor”. Estão em constante troca de conhecimento com os outros, podem ser independentes e autônomos, estão em processo de transformação, refletem sobre seu cotidiano de maneira crítica e discutem de maneira

dialógica a construção de um saber, buscando viver de maneira mais saudável. São seres históricos, que constroem sua história e pautam suas vidas em crenças, valores construídos durante toda sua existência. Estão inseridos em um contexto social na sua família e na comunidade.

Vivem uma situação especial, um problema crônico de saúde, são portadores do diabetes, uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Estão expostos a um agravo que pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos como a destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006a). Tem um transtorno de saúde, cuja incidência cresce proporcionalmente ao aumento da idade, que pode ser controlado, mas não tem cura. Assim, estes sujeitos convivem com este estado pelo resto de sua vida. Independente do diagnóstico do diabetes ser recente ou não, identificado na fase adulta ou em qualquer outro momento do desenvolvimento humano, a condição futura da saúde deste ser humano depende do modo como se cuida, da forma como encara a vida e sua saúde, das suas condições e estilos de vida, e da rede de apoio, constituída de familiares, amigos e profissionais, com quem se relaciona. O modo como os idosos lidam no seu cotidiano com esta condição irá determinar toda a sua vida. Os recursos disponíveis, internos e externos, o apoio da família, dos profissionais, da comunidade, suas crenças, enfim vários aspectos irão interferir nesta caminhada.

Adotando-se estilo de vida saudável, um cuidado pessoal diário e terapêutica adequados, de acordo com as suas necessidades, recursos, conhecimentos, esta situação pode ser enfrentada e controlada, permitindo a estes seres humanos desenvolverem o máximo de suas potencialidades, para “ser mais e estar melhor no mundo” e nele intervir.

Contudo, todo esse processo é vivido de forma singular por cada um destes seres humanos, estando presentes a aceitação, a negação, a revolta, a indiferença, a adaptação, a acomodação, o enfrentamento e a superação. Dependendo da forma como encaram a sua condição alguns aderem à terapêutica (tratamento e cuidados), buscam estratégias ou recursos para superar suas dificuldades, outros não e ainda muitos parcialmente. Muitos idosos com diabetes não conseguem ultrapassar a fase da negação da doença, ficando estagnados, vivendo como se não tivessem diabetes.

Neste estudo adesão é entendida como o ato de seguir

determinada conduta ou tratamento de maneira espontânea, planejar e participar ativamente de seus cuidados de saúde, incorporação consciente ao tratamento e cuidados, em conformidade com o termo *Adherence*, sendo fundamental a motivação para cuidar-se. Para isso, faz-se necessário que o sujeito tenha conhecimento sobre sua doença e os cuidados disponíveis para “manter-se bem e saudável” e saber os possíveis riscos e complicações que podem advir com o tempo, ter acesso aos serviços de saúde, equipamentos, materiais e medicamentos e saber fazer uso deles. Para isto, é importante participar ativamente do processo de discussão, conhecer quais as barreiras que dificultam a adesão ao cuidado, interagir e refletir com pessoas com as mesmas limitações, ter uma rede de apoio composta por familiares e profissionais, ter um verdadeiro vínculo com o profissional e propor junto com este e com aqueles que vivenciam o cotidiano de ter o *diabetes*, estratégias de cuidados que possam ajudá-los a viver melhor e ser mais. Neste processo, é fundamental que o profissional tenha uma postura diferenciada, sensível, personalizada, flexível e respeitosa para com a pessoa idosa, saiba como trabalhar com esta faixa etária e tenha conhecimentos técnicos e habilidade para trabalhar individual e coletivamente.

Esta decisão de aderir aos cuidados e tratamentos sugeridos é uma decisão do idoso, que tem livre arbítrio e autonomia para escolher o que melhor lhe convier para sua vida e saúde. Esse, como ser humano, “tem capacidade para decidir, escolher e intervir em sua realidade” (FREIRE, 2007 p. 86). É um ser condicionado pela genética, pela cultura, pelas gestões sociais a que está submetido, mas não é determinado. Tem o direito e dever de optar, de decidir (FREIRE, 2001).

Assim, o **idoso** tem **Autonomia**, para decidir o que é melhor para si, de acordo com seus valores, vivências e concepção de vida e responsabilizar-se por estas escolhas. Segundo alguns autores, baseados em Freire, é autônomo, ou seja, vive um processo gradativo de amadurecimento durante toda a vida, que permite como ser humano que é, decidir, ao mesmo tempo em que arca com as consequências desta decisão e assume responsabilidades (VASCONCELOS; BRITO, 2009). Tal autonomia vai se construindo na experiência, a partir das várias decisões, que vão sendo tomadas, sendo um processo “de vir a ser” (STRECK; REDDIN; ZIRKOSKY, 2010). Desta forma, a autonomia e a independência são aspectos a serem buscados quando se deseja um envelhecimento saudável.

Neste estudo, **Saúde e doença** fazem parte do processo de vida

dos seres humanos em qualquer faixa etária. Saúde é um processo dinâmico, implica no equilíbrio e no estar bem consigo, com o seu meio e com aqueles com quem se relaciona no mundo, que possibilita o desenvolvimento pleno de suas potencialidades ou o máximo que pode alcançar, caracterizando o “viver bem” (ZAMPIERI, 1998). É a capacidade de um indivíduo ou de um grupo de continuar exercendo funções em seu meio físico e social, contribuindo para a sociedade e interagindo com ela (PASCHOAL, 2000).

Depende da visão de vida de cada ser, de seus valores, suas crenças e estilo de vida. É um conceito subjetivo, uma vez que cada ser apresenta uma percepção diferente a respeito, ou seja, situações consideradas como doença para uns, não são vividas como tal por outros (ZAMPIERI, 1998, p.70).

Saúde é um bem comum, é um direito social, que precisa ser assegurado a todos os seres humanos. Saúde e doença são consideradas como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais. Algumas pessoas têm maior probabilidade de terem este desequilíbrio ou doença do que outras, em função dos fatores de risco, condições de vida e acesso aos cuidados (ALMEIDA, 1998). **Doença** é um estado de desequilíbrio, físico, emocional ou social, uma situação limite que pode comprometer o desenvolvimento das atividades no cotidiano do viver, como é o caso do diabetes.

As condições biológicas, sociais, econômicas e educacionais podem determinar e contribuir para o surgimento e agravamento de transtornos físicos, mentais, sociais, culturais e espirituais e/ou outros, podendo estes serem transitórios ou não, impedindo, momentaneamente ou parcialmente, a capacidade do ser humano atuar em seu meio, intervir, criar, participar e desenvolver suas capacidades.

O idoso, como ser humano ativo e participante, por meio de ações **de educação em saúde**, pode fortalecer seus potenciais, aumentando suas capacidades individuais para controlar a saúde, no sentido de melhorá-la. Como sujeito é capaz de tomar as rédeas de sua vida, de seus cuidados, na medida em que se apodera do conhecimento, de como cuidar da sua saúde, sendo sujeito corresponsável por este cuidado. Do mesmo modo, pode lutar por seus direitos e por melhores condições de saúde (FREIRE, 2001; 2010).

Tudo vai depender da compreensão que têm de saúde e doença, das percepções que tem da vida, de suas crenças e dos determinantes sociais, aos quais foram submetidos ao longo desta longa trajetória.

O modo como percebe e vive o processo de saúde e doença vai depender da dimensão que este ser humano confere a estes aspectos em sua vida. Relacionam-se às suas crenças, valores, expectativas e sua percepção de que é possível ou não viver bem mesmo com o diagnóstico de uma doença crônica.

O idoso com diabetes pode viver esta situação caracterizada como doença pelos especialistas, identificando os fatores de risco, superando as limitações e evitando as suas complicações, vivendo, amando, sonhando, contribuindo com seus saberes e experiências, intervindo no seu meio e transformando-o e ajudando aqueles com problemas similares aos seus. Pode viver de forma autônoma e independente esta etapa e condição. Espera-se que ele se sinta saudável, realizando suas atividades da vida diária, alcançando suas expectativas e desejos, mantendo-se ativo em seu meio, tendo projetos, desempenhando uma função social e realizando-se como ser humano.

Como ser inacabado, o ser humano, independente da faixa etária, está em processo social de busca, em permanente movimento, sempre pronto a aprender e ensinar, aventurando-se no conhecimento de si, da sua vida e do mundo. O ser humano está em constante aprendizagem, ensinando e se reinventando. Aprender é construir, reconstruir, constatar para mudar, que deve ser feito com abertura ao risco e à aventura de espírito. “Capacidade de aprender não apenas para se adaptar, mas, sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a (FREIRE, 2001). “Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (FREIRE, 2010, p.23). Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.

Freire (2010) vê a educação como caminho para desenvolver nos sujeitos através de sua capacidade crítica- reflexiva e na construção coletiva de conhecimentos a possibilidade de alcançar sua **autonomia**, colocando-se como ser pensante e histórico.

Paulo Freire é um “ pensador comprometido com a vida; não pensa idéias, pensa a existência” (FREIRE, 1987, p. 9), na concretude do vivido, na realidade na qual o ser humano está inserido. O ensino-aprendizagem não pode ocorrer no isolamento, mas na comunicação dos sujeitos envolvidos, na dialogicidade, em torno da realidade vivida concretamente. A educação verdadeira está pautada no diálogo, que implica um pensar crítico e na comunicação. Uma educação pautada na

dialogicidade, fundamentada no diálogo, se dá numa relação de humildade, encontro, solidariedade, respeito e eticidade para com o outro, ou seja, numa relação horizontal e de confiança, problematizando o que ouve vê e percebe (STRECK; REDDIN; ZIRKOSKY, 2010).

A problematização compreende o momento de desenvolvimento de uma consciência crítica sobre temas ou problemas concretos que envolvam a vidas dos seres humanos, é uma forma de conhecer o mundo, situar-se nele, questionar, desvelar e intervir na realidade.

O **processo educativo** para Freire não é estanque mais vai se consolidando e se estruturando sempre, não tem começo nem fim. A educação é um processo de troca, no qual quem ensina-aprende e vice-versa. Quem ensina comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo, havendo uma troca mútua. Além de ser um ser inacabado em constante busca pessoal, o ser humano sendo um ser de relações está num permanente processo de busca social. Estas relações se estabelecem com a realidade em seus múltiplos desdobramentos, não apenas com outros, mas no mundo, com o mundo e pelo mundo (FREIRE, 2007). Reconhecer-se como ser inconcluso e inacabado, implica a inclusão do ser humano num permanente processo social. Essa busca deve ser feita com outros que também procuram ser mais, em comunhão com outras consciências. Nesta busca, com os outros e na prática da reflexão-ação-reflexão, transcendendo as dimensões de espaço e tempo, que os homens dando sentido a tudo, configuram sua existência no mundo (FREIRE, 2001).

Desenvolver educação em saúde, neste sentido, é considerar que o idoso tem conhecimentos, experiência de vida, crenças que tem significado importante na sua vida e podem contribuir com o outro que vivencia situações semelhantes a sua. As narrativas expressas no coletivo, ao serem refletidas podem contribuir para a tomada de consciência de suas dificuldades, para superar suas limitações e para impulsionar ações que podem mudar seus comportamentos e dos que estão em sua volta. Refletindo sobre o cotidiano de ter e viver com diabetes pode ampliar saberes, reavaliar as informações e ressignificá-las, transformando e gerando novas ações. O mesmo processo se dá com o profissional que revê suas condutas e flexibiliza rotinas e ações.

A partir da reflexão em grupo entre pessoas com a mesma faixa etária e doença crônica podem promover mudança de hábitos, rever suas condutas através do outro. A partir desta reflexão pode tomar consciência ou não da sua situação de saúde do mesmo modo que pode promover mudanças, se for da sua vontade.

Nesse processo colaborativo, a vocação ontológica de ser sujeito

vai sendo construída ativamente, dialógica e criticamente (STRECK; REDDIN; ZIRKOSKY, 2010). Esta interação dialógica se concretiza numa relação de horizontalidade entre os sujeitos, no qual se respeita as crenças e saberes mútuos, todos são ouvidos e tem voz. (STRECK; REDDIN; ZIRKOSKY, 2010). Principalmente saber escutar, escutar o diferente. Desta forma pode-se compreender o saber que ele traz, suas crenças, seus sonhos, sua leitura do mundo, sua compreensão sobre as coisas e, acrescento, sobre sua saúde. Na medida em que se aprende a escutar, paciente e criticamente, o educando, pode-se falar com ele e não para ele, como se fossemos detentor da verdade a ser transmitida (FREIRE, 2007).

Trata-se de um processo educativo fundamentado na ética, no respeito na dignidade e na autonomia do educando que transcende do saber fazer para o saber ser.

Freire coloca sua crença na medida em que reflete e toma consciência da situação o sujeito se apropria como realidade histórica e a transforma, **participando** diretamente do processo o idoso participa do processo educativo, pensando e refletindo, aprofundando-se na compreensão e interpretação dos fatos e compartilhando suas experiências. Nestas trocas e reflexões, reconhece suas limitações e possibilidades de mudança, mas também o direito de fazê-las ou não. Este processo não finda, ele inicia nas oficinas, mas vai se sedimentado ao longo da vida a partir da reflexão sobre o ouvido e compartilhado, culminando ou não com transformações no ser e viver destes seres humanos.

Este processo educativo em grupo com idoso com diabetes pode contribuir para um viver melhor com diabetes. Através de um processo reflexivo “entre iguais”, refletindo sobre seu processo de saúde a partir da sua realidade, do seu cotidiano, buscando caminhos e alternativas em conjunto para estar melhor, viver de uma forma mais saudável e o ser mais.

Do mesmo modo, pode fortalecer os potenciais da pessoa com diabetes para fazer escolhas, decidir, intervir na sua realidade e transformá-la, atuando com maior autonomia, participando efetivamente do seu processo de saúde e contribuindo, com sua experiência, com outro ser humano que vive uma situação similar. Através das discussões críticas, pode compreender seus direitos enquanto cidadão e lutar para conquistá-los, principalmente em relação a sua condição crônica de saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva na modalidade convergente-assistencial (PCA) proposta por Trentini e Paim (2004).

A escolha pela pesquisa qualitativa deveu-se ao desejo de se conhecer em profundidade um fenômeno. A pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, vivências, experiências, o dia a dia das pessoas ou grupos, o que corresponde ao espaço das relações, dos processos e dos fenômenos, que não se reduzem à operacionalização de variáveis e números. Procura aprofundar a compreensão dos sujeitos, de um determinado grupo social, organização, instituição ou de alguma trajetória vivida ou determinado fenômeno (MINAYO, 1999; GOLDEMBERG, 2000). Esse tipo de pesquisa baseia-se na afirmação de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são totalmente possíveis a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A Pesquisa Convergente Assistencial vem ao encontro da proposta inicial deste estudo de pesquisar assistindo, mantendo durante todo o processo uma estreita relação entre a prática e a assistência. Através da participação ativa dos sujeitos da pesquisa, busca resolver ou minimizar problemas, realizar mudanças na prática ou introduzir inovações no cotidiano de saúde (TRENTIN; PAIM, 2004), mantendo deste modo uma estreita relação com a prática assistencial.

É um tipo de pesquisa qualitativa, utilizada na área da enfermagem, com a intencionalidade de procurar alternativas, minimizar ou solucionar problemas no cotidiano do cuidado, realizar mudanças e introduzir inovações na prática, enfatizar o pensar e fazer em conjunto. Assim, esta modalidade é considerada um método apropriado para pesquisar a prática assistencial. O pesquisador envolve os sujeitos ativamente no processo, articulando a prática profissional com o conhecimento teórico. Pesquisadores e demais pessoas envolvidas na situação a ser pesquisada constroem uma relação de cooperação mútua, pesquisando, e cuidando simultaneamente (TRENTINI; PAIM, 2004).

Pretendeu-se neste estudo, pesquisar as dificuldades sentidas para adesão à terapêutica e propor alternativas que favorecessem uma maior

adesão ao tratamento em conjunto com a população idosa. Trata-se de um tema do cotidiano da assistência, buscando operacionalizar mudanças e inovações necessárias para otimizar a prática.

5.2 CENÁRIO DA PRÁTICA

O cenário ou espaço da pesquisa é compreendido como aquele onde ocorrem as relações sociais referentes ao propósito da mesma. No caso da pesquisa convergente-assistencial, ela mesma já constitui um espaço social, pois o espaço físico é aquele onde foi identificado o problema a ser solucionado ou as mudanças a serem feitas (TRENTINI; PAIM, 2004).

Esta pesquisa foi desenvolvida com mulheres idosas com diabetes atendidas no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica (NIPEG), do ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Tiago da Universidade Federal de Santa Catarina, trata-se de um Hospital de ensino que presta atendimento totalmente gratuito à população da Grande Florianópolis e interior do Estado de Santa Catarina e tem como objetivo prestar assistência, ensino, pesquisa e extensão, atuando na área de média e alta complexidade (UFSC, 2011).

Possui leitos para internação nas áreas de Clínicas Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Ginecológica, Unidade de Terapia Intensiva, Maternidade com alojamento conjunto, berçário de alto risco e serviços essenciais. Oferece também atendimento na emergência e em ambulatório com realização de exames diagnósticos.

O ambulatório é composto das Áreas A, B, C, D, E, F, G, H, que oferece atendimento nas áreas de dermatologia, ortopedia, ginecologia, pediatria, oftalmologia, urologia, hemodinâmica, cirurgia ambulatorial, quimioterapia e otorrinolaringologia e atende clientes externos de acordo com a indicação do atendimento, da especialidade ou exame a ser realizado (UFSC, 2011).

Os agendamentos das consultas das especialidades são realizados através do Sistema de Informações *on-line* (SISREG), criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. As consultas de clínica médica, pediatria, ginecologia e consultas de enfermagem são agendadas através

de marcação no Serviço de Prontuário de Paciente (SPP). Para o atendimento desenvolvido por alguns profissionais voluntários atuantes nas equipes multiprofissionais ou núcleos de pesquisa, os agendamentos são realizados pela enfermeira ou assistente social dos referidos grupos.

Na Área B são atendidos clientes para consulta nas seguintes especialidades médicas: clínica médica, neurologia, endocrinologia, reumatologia, psiquiatria, homeopatia, pneumologia, cardiologia e geriatria. São oferecidas consultas de odontologia buco-maxilo, psicologia, nutrição e enfermagem. Nesta área desenvolvem-se atividades de sala de espera para pessoas idosas com diabetes e participantes do grupo antitabagismo para funcionários do HU.

Em 1988 foi criado o Grupo Interdisciplinar de Gerontologia (GIG), o qual fazia parte do ambulatório. Composto inicialmente por três profissionais, em 1998 passou a ser designado de núcleo (NIPEG). Situa-se no andar térreo do ambulatório, em frente à Área B. É composto pelos profissionais: médico, enfermeira, assistente-social, nutricionista e psicóloga.

Os objetivos do NIPEG são: prestar atendimento biopsicossocial a clientela idosa em nível ambulatorial, com vistas à manutenção da autonomia e melhoria da qualidade de vida, através da profilaxia de agravamentos da saúde e conseqüente hospitalização; planejar e desenvolver programas de educação permanente no HU, destinado às diversas categorias funcionais, principalmente aquelas que atuam constantemente com a clientela idosa; propiciar campo de estágio, para ensino de enfoque interdisciplinar, aos universitários de diversas áreas.

O grupo de profissionais do NIPEG atende em média 100 pacientes/mês em consultas individuais. Os pacientes são oriundos na sua maioria de Florianópolis e da Grande Florianópolis, embora atendam algumas pessoas do interior do Estado.

Após a consulta com o médico, os exames solicitados são avaliados pelos profissionais, médico e enfermeiro, quando é verificada a necessidade de um retorno mais imediato ou posterior dependendo da necessidade. Deste modo, consegue-se otimizar o atendimento e atender um maior número de idosos.

O idoso participante do grupo quando sente necessidade de contato com algum profissional procura um dos membros do grupo, que desenvolve uma escuta sensível, realiza orientações e encaminhamentos. Deve-se a isso o baixo índice de internações hospitalares destes pacientes, pois os problemas são identificados em fase inicial e solucionados.

As oficinas, uma das etapas deste estudo, foram desenvolvidas na

Sala do NIPEG situado em frente a área B do ambulatório do Hospital Universitário da UFSC.

Esta sala é ampla, bem arejada, possibilitando trabalhos em grupo, e já é conhecida pelos idosos que frequentam o grupo. É de fácil acesso e fica no andar térreo. Possui ar condicionado, caso seja necessário. Situa-se próximo a banheiro e bebedouro e propicia privacidade para a realização da oficina.

5.3 PARTICIPANTES

A população alvo constituiu-se de onze mulheres idosas com diabetes, pertencentes ao grupo de idosos do ambulatório da Instituição, atendidas no mínimo em três consultas de enfermagem realizadas pela enfermeira do grupo da terceira idade. Deste modo, todas as idosas participantes das oficinas tiveram orientações sobre o diabetes.

Estas idosas foram selecionadas a partir de um livro de registro utilizado pelo núcleo onde estão relacionados o nome de todas as pessoas atendidas, assim como número de registro e telefone. Nesta listagem observou-se um maior número de mulheres nesta faixa etária procurada, sendo compatível com a feminilização do envelhecimento assim como procura maior das mulheres pelos serviços de saúde. Deste modo, a amostra constituiu-se de mulheres, expressando a realidade do serviço.

As idosas tinham a idade entre 60 a 70 anos, estavam lúcidas, orientadas, apresentavam linguagem compreensiva e expressiva preservadas. Eram independentes, autônomas, apresentavam boas condições de saúde mesmo com diabetes, tinham disponibilidade de tempo e interesse no estudo. Esta faixa etária de idosos foi escolhida por representarem a primeira década da terceira idade. Nesta faixa etária, normalmente, os idosos apresentam boas condições de saúde. Colocando em prática hábitos saudáveis poderão viver os anos vindouros com qualidade de vida. Do mesmo modo, estão e são independentes, tendo a oportunidade de gerenciar suas vidas.

Os critérios de exclusão das participantes foram: idosos que não pertencessem ao grupo de idosos (NIPEG), que estivessem fora da faixa etária pré-estabelecida, que não conseguissem comunicar-se verbalmente de forma compreensiva e que tivessem algum tipo de dependência e não tivessem autonomia.

O número de participantes da prática foi de onze idosas, número

de pessoas que está dentro dos critérios pré-estabelecidos pela pesquisa convergente-assistencial onde a escolha para seleção da amostra não segue critérios rígidos porque não valoriza o princípio da valorização quantitativa, mas a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações (TRENTINI; PAIM, 2004). Na PCA, os participantes não possuem apenas a condição de informantes, mas constituem parte integrante do estudo. Participam ativamente, dando sugestões e críticas, validando e divulgando os resultados.

O número de encontros e de participantes dependeu da saturação de dados, ou seja, quando os dados passaram a se repetir, as informações não trouxeram outros aspectos relevantes, quando as categorias se interligaram e os objetivos foram alcançados. Considerou-se também o tempo destinado à realização do estudo. Optou-se em realizar quatro oficinas inicialmente e este número atendeu os objetivos previstos. Alguns pontos das oficinas foram validados individualmente.

O convite para participação da pesquisa deu-se mediante contato telefônico ou pessoal quando os idosos procuraram atendimento. Neste momento foi combinado o melhor horário e local para a entrevista e as oficinas.

5.4 COLETA DE DADOS

O método convergente assistencial congrega vários métodos, estratégias e técnicas objetivando obter informações para a pesquisa de enfermagem. Seu diferencial consiste nas estratégias que utiliza para obter informações com dupla intencionalidade, produzir conhecimento científico e favorecer o progresso da saúde dos informantes através da prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004).

A pesquisa convergente assistencial utiliza mais de um método para pesquisar determinado tema, designado por Trentini e Paim (2004), de triangulação dos dados. Consiste na utilização de vários pontos de vista, através do trabalho de pesquisadores e múltiplos informantes e várias técnicas de coleta de dados (MINAYO, 1999). Neste estudo para a coleta de dados utilizou-se a entrevista e os discursos dos participantes, oriundos das oficinas. A coleta de dados neste sentido se articulou com a prática assistencial.

A entrevista consiste em um diálogo, caracterizado pela arte de questionar e ouvir o outro (TRENTINI; PAIM, 2004). Como ferramenta para coleta de dados, foi utilizado o roteiro de entrevista (APÊNDICE

A) . Esta sugere o uso de um roteiro com poucas perguntas, cujo objetivo é orientar uma “conversa com finalidade”. Na entrevista semiestruturada, o entrevistador visa desvelar de forma detalhada aspectos importantes em relação ao tema escolhido, permitindo investigar o tema de uma forma mais profunda e mais ampla.

As oficinas são encontros, interações e espaços de diálogo que permitem de forma concomitante aprender e ensinar, aprender e pesquisar. Permite trabalhar as questões e desvelar os fenômenos, sendo um espaço para educar e coletar dados. Neste processo, todos aprendem e ensinam e são respeitadas as crenças, a história e a maneira de cada um viver e ver o mundo.

As oficinas desenvolveram-se em quatro momentos ou encontros semanais dialógicos, de reflexão e educativos construídos em consonância com o pensamento de Paulo Freire. Nelas as participantes foram estimuladas a refletirem sobre suas vivências, trocaram conhecimentos e experiências entre elas e com os profissionais sobre questões relativas à sua saúde, sobre o diabetes, suas dificuldades e facilidades para aderirem ao tratamento. A reflexão crítica, o diálogo e a troca de saberes e de experiências constituíram-se em oportunidades para rever condutas dos profissionais e idosos e para a construção conjunta de estratégias, consideradas por todos como efetivas para uma melhor aderência à terapêutica recomendada para a pessoa idosa com diabetes. Assim, a coleta de dados ocorreu em dois momentos:

O primeiro momento no período de 23/09/10 à 20/10/10 e consistiu de uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, buscando levantar dados para o trabalho em grupo. Para tanto, utilizou-se um roteiro de entrevista, proposto por Minayo (1999). Tal instrumento facilita a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação. As entrevistas foram preliminarmente analisadas com a finalidade de se obter os temas mais significativos, necessidades, facilidades e dificuldades e algumas estratégias que favorecessem a adesão à terapêutica. Posteriormente, no coletivo, em conjunto com os idosos, nas oficinas estes dados foram refletidos, teorizados, problematizados, ampliados, e com base neste conhecimento foram criadas ou reformuladas no grupo estratégias que favorecessem a adesão ao tratamento.

O segundo momento foi desenvolvido entre outubro e novembro de 2010, através do processo educativo, que se constituiu na prática assistencial, sistematizada, por questão didática, em quatro etapas usadas por Zampieri (1998) adaptadas a este estudo e população, sendo elas: descobrindo-se, desvelando a situação, tematizando,

problematizando e agindo e revendo e redirecionando.

Essas etapas se interpenetraram, mesclaram-se ao longo do processo e abrangeram os seguintes aspectos em cada momento:

1. Descobrimo-se. Tratou-se da apresentação, primeiros contatos e interações entre as participantes da oficina. Os participantes dialogaram e conheceram-se. Puderam avaliar aspectos da(s) oficina(s) anterior (res) que precisavam ser revistos.

2. Desvelando a situação. Nesta etapa, através de dinâmicas, buscou-se trazer a tona o tema de interesse ou assunto proposto, refletindo de uma forma lúdica. Puderam emergir ansiedades, dúvidas e questionamentos sobre o tema abordado.

3. Tematizando, Problematizando e Agindo. Estimulou-se e propiciou-se a discussão em conjunto, compartilhando dúvidas, experiências e trabalhando a situação desvelada. Problematizou-se o tema, dentro dos contextos das participantes, respeitando suas crenças e conhecimentos. Refletiu-se, teorizou-se os temas elencados a partir da reflexão e debate sobre o tema no âmbito grupal, os sujeitos em conjunto com os facilitador construíram e propuseram soluções.

4. Revendo e Redirecionando. Momento de avaliar se o que foi discutido, o modo como foi realizado a atividade e se ela atingiu os objetivos propostos. Avaliado como o processo foi sentido pelos participantes da oficina, se as técnicas foram adequadas, se o tempo foi adequado, enfim, avaliar o processo como um todo.

Os discursos das participantes e os debates realizados nestas oficinas serviram como fonte de dados que após análise contribuíram para responder os objetivos e também serviram como fonte de aprendizagem para o grupo.

Após a realização das oficinas previstas, caso fosse identificado a presença de lacunas em relação aos objetivos traçados ou se os dados ainda não estivessem saturados, as entrevistas poderiam ser aprofundadas e ampliadas por meio de outros questionamentos. Neste sentido, alguns dados foram validados e ampliados pelas participantes em diálogos informais ao longo das oficinas.

5.5 REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Devido às características da pesquisa convergente assistencial, o pesquisador ao mesmo tempo que pesquisa presta assistência. Assim, fica difícil registrar tudo o que ocorre durante o momento da pesquisa-

assistência. Neste sentido, nesta pesquisa os registros das entrevistas e oficinas foram gravados em fitas cassete e MP4, transcritos, autorizados pelos entrevistados.

Nestes momentos foram utilizados registros complementares em diário de campo, tais como problemas, idéias, dúvidas e sentimentos observados.

As oficinas foram realizadas com auxílio de um profissional ou bolsista integrante do NIPEG, que está inserido no grupo, conhece os participantes e foi treinado para o desenvolvimento das oficinas.

5.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A pesquisa convergente assistencial devido a sua natureza versátil abrange processos de assistência e pesquisa, propicia o uso de métodos combinados na coleta e na análise de informações de forma concomitante. Utilizou-se para análise e interpretação dos dados nesta pesquisa os quatro processos genéricos estabelecidos por Morse e Field, citados por Trentini; Paim (2004): apreensão, síntese, teorização e transferência.

Processo de apreensão - inicia com a coleta de informações, requerendo uma organização do relato das informações no diário de campo ou outro documento em que se realiza. Estas informações são transcritas de modo a deixar 1/3 da página em branco para a codificação, espaço onde são registradas palavras, frases ou temas chave que persistem nos relatos ou na ação dos participantes. Finda a codificação, faz-se uma leitura vertical e transversal a fim de unir as informações comuns; a partir daí inicia-se a formação de categorias. Esta fase termina quando tiver dados suficientes para fazer um relato completo, detalhado, coerente e substancial do conjunto de informações.

Fase de Interpretação - compreende três processos síntese, teorização e transferência.

O Processo de Síntese é a parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações. Faz-se uma nova imersão nas informações oriundas da fase de apreensão, conseguindo familiaridade com as mesmas.

O Processo de Teorização é a fase na qual é desenvolvido um esquema teórico pelo pesquisador, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. Os temas são definidos e as relações entre os mesmos são detalhadas. A interpretação é realizada a partir da

fundamentação teórico-filosófica, utilizada no estudo, procedendo uma associação desta com os dados analisados.

O Processo de Transferência consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar situá-los em situações semelhantes, sem que venha a ser considerado como generalização. O objetivo da transferência é a socialização de resultados singulares (TRENTINI; PAIM, 2004).

Foi inicialmente realizada uma análise preliminar das entrevistas, identificando os temas mais relevantes que foram levados posteriormente as oficinas, e foram validados e problematizados pelo grupo.

Posteriormente foi realizada uma leitura aprofundada das entrevistas e dos depoimentos, oriundos das oficinas. Foram destacados os depoimentos mais relevantes e relacionados com o fenômeno e que atendiam e respondiam as questões de pesquisa e objetivos propostos. Foram codificados por cores e colocados em um quadro, constituído de linhas e colunas. Nas linhas, os depoimentos, nas colunas os temas que representavam os depoimentos. Posteriormente, após nova leitura os temas que convergiam davam origem a uma categoria que era colocada na coluna seguinte. Com base no quadro descreviam-se as categorias, ilustrava-se com os depoimentos e os analisava a luz de Freire e *experts* da área.

5.7 PRÁTICA ASSISTENCIAL: PROCESSO EDUCATIVO

As oficinas, momentos de coleta de dados e aprendizagem, constituíram de um processo educativo. Na primeira oficina trabalhou-se o significado do diabetes em sua vida e como encontrar maneiras para viver/conviver com o diabetes

No primeiro momento foram realizadas dinâmicas objetivando o conhecimento de si e do outro, maior interação e entrosamento entre as participantes para que deste modo todas se sentissem mais inseridas e conseguissem se manifestar verbalmente, pudessem se sentir parte do grupo e participar ativamente.

Inicialmente foram estimuladas a conversar em duplas e apresentarem-se mutuamente, relatando o nome, local de residência, quanto tempo tinham diabetes e outras questões que julgassem importante. As apresentações centraram-se, sem exceção nos aspectos relacionados ao diabetes. A próxima dinâmica utilizada foi identificação

através de crachás, ou seja, cada participante dizia seu nome que era colocado em um crachá e este era fixado na roupa. Ao final do encontro, solicitou-se a devolução dos mesmos.

No segundo momento foram desvelados os temas ou situações, utilizando-se atividades lúdicas e artísticas (colagens, jogos) e debates sobre o material, oriundo das entrevistas. Nesta oficina, sobre o significado do diabetes e processo de viver esta doença crônica, trabalhou-se com colagens de figuras de revistas ou desenhos em cartolinas que representassem estas questões para as idosas.

No terceiro momento por meio de técnicas lúdicas e artísticas, uso de figuras, depoimentos, jogos, colagens, as participantes fizeram reflexões sobre cada tema levantado, utilizando os cartazes por elas confeccionados, com base em sua realidade, valores, experiências. Cada uma delas teve a oportunidade de expressar o significado do diabetes em sua vida e como era viver com esta doença crônica. Posteriormente foi feita uma problematização e teorização pelas idosas e pelo profissional sobre a temática, de uma forma dialógica e crítica, finalizando com uma construção coletiva sobre os aspectos discutidos. A seguir foi realizada a avaliação da oficina, que elas preferiram fazer verbalmente, apontando limitações, aspectos positivos relativos à atividade, sugestões para próximos encontros, definindo-se que seriam problematizados três outros grandes temas, alimentação, atividades físicas e medicação, e foram expressos sentimentos quanto à participação. Nesta oficina o lanche oferecido foi: sanduíche natural com pão integral, queijo branco alface, tomate, peito de peru, suco *diet*, salada de frutas, aproveitando-se a ocasião para refletir sobre um tema solicitado a trabalhar a questão do rótulo dos alimentos.

Ao término da oficina foi oferecido um presente educativo, relacionado ao tema discutido; receberam um imã de geladeira com a data do próximo encontro, com objetivo de estimular a memória das idosas e uma caderneta de bolsa e caneta para anotações sobre dúvidas ou questões decorrentes da reflexão sobre o discutido nas oficinas.

Na segunda oficina, trabalharam-se os cuidados com alimentação com o idoso com diabetes. No primeiro momento foram propostos alguns minutos para entrosamento, estimulado o diálogo, e foram embaralhados os crachás e solicitado após sorteio dos mesmos que cada participante colocasse o crachá na sua companheira, trabalhando deste modo a memória e o entrosamento. Várias participantes tiveram dificuldade de realizar esta atividade, assim sugeriram fazer associações de seus nomes com objetos, cidades, nome de lojas entre outros, objetivando a memorização do seu nome.

No segundo momento foi sugerido compor pequenos grupos, constituídos de três mulheres com finalidade de elaborar um cardápio ideal para idosos com diabetes para as refeições principais, café da manhã, almoço e jantar. Para tanto, utilizaram figuras que foram coletadas em revistas, ofertadas e desenhos realizados pelos componentes do grupo. Cada refeição elaborada foi colada em um cartaz, que foi posteriormente fixado à parede para oportunizar a discussão coletiva. Foi um momento de descontração e entrosamento. Discutiram, brincaram, refletiram sobre o tema proposto.

No terceiro momento deu-se apresentação para o grande grupo. Todos os cartazes elaborados foram fixados à parede de modo que permitisse a visualização de todas as idosas. Um representante do grupo colocava os aspectos gerais debatidos, os demais completavam e após a discussão e reflexão era coletiva.

O quarto momento constituiu-se da discussão, debate e reflexão sobre o que foi colocado. A participação foi estimulada a partir das técnicas utilizadas, houve entrosamento, discussão e todas se posicionaram sem inibição, colocando as diferentes idéias que foram respeitadas pelo grupo.

Após foi servido um lanche com iogurte sem açúcar, granola *diet* e aveia, suco de frutas sem açúcar e bolo de banana *diet*, com o objetivo de trazer alimentos saudáveis e de baixo custo que podem ser consumidos por pessoas que convivem com o diabetes.

Em seguida foi acordado mais uma atividade. Foi proposta uma dinâmica para refletir sobre os mitos e verdades sobre alimentação. Neste sentido, utilizou como técnica a formulação de várias perguntas, com base no colocado nas entrevistas e dúvidas mais frequentes nas consultas. Essas foram respondidas, discutidas, problematizadas, teorizadas pelo grupo, fundamentadas em seus conhecimentos e autores sobre a temática (APÊNDICE C). Sempre, a partir das afirmações propostas, surgiam questionamentos, discussão e debate a partir das vivências individuais com o diabetes.

Finalmente foi realizado avaliação da dinâmica, oficina e atividades. Estas foram presenteadas com um copo plástico graduado para medir ingredientes, revista sobre alimentação para diabetes para estimular a prática de novas receitas. Além disso, foi dado um imã de geladeira como lembrete para data da próxima oficina.

Na terceira oficina, trabalharam-se os cuidados com o uso de medicações por pessoas idosas com diabetes. No primeiro momento repetiu-se a dinâmica dos crachás. Desta vez, houve maior acerto dos

nomes das participantes. Foi oportunizado um espaço para novos questionamentos sobre assuntos tratados nas oficinas anteriores, que foram debatidos pelos participantes. Neste momento, foi discutido que nome iriam utilizar para identificá-las: pedras preciosas, flores, entre outros. Preferiram utilizar nome de flores e cada uma delas escolheu um de sua preferência.

No segundo momento foi sugerido elaborar um cartaz com o nome das participantes e medicações por elas utilizadas, registrando o nome, dosagem, se utilizavam conforme prescrição, e em caso negativo, o por que. Este quadro possibilitou visualizarem que a maioria das medicações eram similares. Com esta atividade iniciou a reflexão sobre o uso da medicação.

No terceiro momento foi proposto compor pequenos grupos, por elas escolhidos. Foram sorteadas perguntas sobre as medicações para discutirem nestes grupos menores e depois no grande grupo (APÊNDICE D). Foram realizadas várias rodadas de perguntas, sendo uma respondida de cada vez. Discutiram muito e sempre emergiram novas questões, principalmente em relação ao uso da insulina, uso do glicosímetro, a hipoglicemia, o horário das refeições em relação às medicações, importância da família ser orientada em relação a estes aspectos e como cada uma delas armazena seus medicamentos. Ademais, discutiram as cinco certezas em relação ao uso da medicação e estratégias que utilizam ou podem ser utilizadas pelas demais idosas do grupo para uma melhor adesão ao uso da medicação. Na discussão foram utilizadas informações atualizadas da literatura e as experiências cotidianas. Na comunicação e diálogo respeitoso entre elas, em torno da realidade vivida concretamente refletiam, problematizavam, aprendiam e ensinavam.

No quarto momento, debateu-se, em um clima de confiança, em conjunto, as possibilidades para uma melhor adesão ao uso da medicação, do qual resultou a confecção de um cartaz, que gerou uma reflexão das participantes sobre esta temática. Posteriormente, de uma forma espontânea, avaliaram a oficina como momento de aprendizagem, de troca de informações e novos conhecimentos. Fizeram um questionamento sobre armazenagem de medicamentos que ficou para ser pesquisado junto ao farmacêutico e dado o retorno mesmo após as oficinas.

Da mesma forma, foi realizado o lanche com frutas, suco e chá de pêssego *diet*, torta fria de atum e oferecido uma caixa para armazenagem de medicamentos conforme dia da semana e horários, orientado e discutido seu uso e do imã de geladeira.

Na quarta oficina trabalhou-se atividade física para pessoa idosa com diabetes. No primeiro momento foram realizadas dinâmicas de entrosamento e debatidos aspectos abordados da oficina anterior.

No segundo momento foi problematizada a questão da atividade física. Para tanto, foi colocado dois cartazes um verde e um amarelo. No primeiro, foi registrado quem realizava as atividades, quais eram elas, a frequência, a forma como faziam e se sentiam. No segundo, aqueles que não realizavam as atividades, colocavam os impedimentos e como podiam superá-los. Iniciou neste momento a reflexão sobre atividade física e simultaneamente já emergiram algumas estratégias para motivar a adesão.

No terceiro momento, foi acordado reunirem-se em duplas, cada uma delas representada por uma cor da escolha delas para realização de um jogo: reflexão, debate sobre uma frase sobre atividade física (APÊNDICE E), afirmando ou não sua veracidade. Após discutirem e responderem, tinham acesso à resposta certa no verso, fundamentada na literatura, mas expressa em uma linguagem que compreendessem. A afirmação correta era acompanhada de uma carinha sorridente e ao contrário de uma carinha triste. A discussão inicial era realizada em duplas e posteriormente no grande grupo.

No quarto momento, problematizaram todas as questões levantadas, refletiram sobre elas, identificando a importância da atividade física para o seu 'viver bem e melhor', mesmo com o *diabetes*, várias maneiras de realizá-la e formas que podem favorecer a adesão aos exercícios. Avaliaram em conjunto as oficinas, a importância do trabalho em grupo, as trocas, o conhecimento, o pertencimento e que gostariam de continuar com as oficinas posteriormente.

Seguindo as outras oficinas, foi realizado um lanche natalino com panetone *diet*, frutas, sanduíche, chocolate *diet* e suco e dado de presente um papai-noel para comemorar a data que se aproximava. O lanche que foi oferecido em todas as oficinas, além de favorecer o entrosamento, propiciou o diálogo e a reflexão sobre o tema alimentação, culminando com a criação de estratégias para melhorar a adesão à dieta necessária.

Este lanche consistiu de um cardápio variado direcionado à pessoa com diabetes. Neste momento de descontração foram trabalhados opções de cardápio, discutidos rótulos de alimentos como fazer a leitura e interpretação dos mesmos, troca de receitas entre outros.

No final desta etapa em cada uma das oficinas foi confeccionado um cartaz com todas as propostas das idosas em prol da melhor adesão ao tratamento e por elas validadas

Finalmente na última etapa, avaliou-se como foi para cada uma

das participantes, todos os momentos da oficina, a experiência da construção em conjunto e sugestões, utilizando-se várias técnicas dinâmicas que facilitassem a expressão e a participação.

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFSC respeitando-se os preceitos éticos conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer consubstanciado nº: 935/10 e também pelo Hospital Universitário.

No processo até então realizado foram respeitados os princípios de beneficência, de dignidade e justiça. Foi assegurada aos entrevistados proteção contra qualquer dano físico, psicológico, exploração e riscos e também exposição às situações para as quais não estejam preparados. Em relação ao respeito à dignidade humana, foram esclarecidos todos os aspectos da pesquisa e o participante tendo o direito de decidir ou não sua participação, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa conforme consentimento livre e esclarecido. De acordo com o princípio da justiça foi assegurado o direito ao tratamento justo e à privacidade (sigilo e o anonimato). Como foi autorizada a gravação das entrevistas e das oficinas, as fitas estão guardadas em local seguro e lá permanecerão durante cinco anos, em armário chaveado e após este período serão descartadas de modo seguro. A Pesquisa Convergente Assistencial requer uma resposta ética, pois está inserida diretamente no cenário da prática, de onde emergem, retratam as situações vividas. Do mesmo modo auxilia na descoberta levando a avanços do conhecimento e novas ações a partir deles. O *ethos* da enfermagem na PCA caracteriza a cultura de determinado grupo ao desenvolver investigação científica no âmbito da assistência, reconhecendo valores morais como o respeito à dignidade humana e tendo a vida como fundamental na relação de quem cuida e de quem é cuidado (TRENTINI; PAIM, 2004).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa são apresentados a seguir sob a forma de dois artigos que serão enviados posteriormente às revistas para publicação, conforme Instrução Normativa 03/MP-PEN 2011. Deste estudo emergiram as seguintes categorias: significado do diabetes, formas de se cuidar, importância da adesão ao tratamento, caminhos que levam à adesão, conseqüências da adesão ao tratamento, dificuldades para adesão e formas de enfrentamento da doença. Optou-se neste momento por apresentar no primeiro artigo um recorte deste estudo, abordando alguns significados do diabetes, dificuldades para adesão ao tratamento e caminhos que levam a adesão.

6.1 MANUSCRITO 1: ESTRÁTEGIAS PARA ADESÃO AOS CUIDADOS E TRATAMENTO NA VOZ DE IDOSAS COM DIABETES

Através da realização de entrevistas e oficinas com mulheres idosas com diabetes desvelaram-se as dificuldades sentidas por elas para adesão ao tratamento e estratégias que possibilitassem uma melhor adesão. Deste estudo emergiram categorias relacionadas às limitações a adesão nos âmbitos pessoal, interpessoal e institucional e caminhos que levam a adesão, guiados por idéias de Paulo Freire.

ESTRÁTEGIAS PARA ADESÃO AOS CUIDADOS E TRATAMENTO NA VOZ DE IDOSAS COM DIABETES

STRATEGIES FOR ADHESION TO CARE AND TREATMENT IN THE VOICE OF DIABETIC ELDERS

ESTRATEGIAS PARA ADHESIÓN A LOS CUIDADOS Y TRATAMIENTO EN LA VOZ DE VIEJOS CON DIABETES

RESUMO: Pesquisa qualitativa, descritiva, modalidade convergente-assistencial com mulheres idosas com diabetes, objetivando conhecer suas dificuldades para adesão ao tratamento e cuidados e desvelar estratégias que favoreçam esta aderência. Dados foram coletados

através de entrevista e depoimentos oriundos de um processo educativo, fundamentado em Freire. Após análise, surgiram as categorias: a) limitações para adesão aos cuidados e tratamento, e subcategorias: limitações no âmbito pessoal, interpessoal e institucional; b) caminhos para melhor adesão e subcategorias: rede de apoio; postura diante da vida; valorizar experiências cotidianas de viver o diabetes. A principal dificuldade foi a não aceitação da doença, devido principalmente a restrição alimentar. Outras limitações para adesão: negação da doença, déficit financeiro, cognitivo, de memória e conhecimento, falta de apoio familiar e de acesso aos serviços, despreparo dos profissionais e preconceito social. Apontam como estratégias: apoio familiar, participação em grupos educativos, subsídios financeiros, capacitação dos profissionais e divulgação pública de informações na mídia e na escola. Estudo amplia a produção científica, subsidia a assistência, podendo gerar mudanças nas práticas.

Palavras chaves: idoso, diabetes, educação em saúde, adesão do paciente, enfermagem.

ABSTRACT: Qualitative research supported by the assistential convergent modality, conducted with elderly women aged 60-70 years, with the aim of knowing the difficulties experience by them in the adhesion to treatment and care and unveil strategies to favour this adhesion. Data was collected in interviews and testimonies arising from an educational process based on Freire's ideas. The data were analysed and the following categories arose: a) limitations for the adhesion to care and treatment, and sub-categories: limitations within the personal, interpersonal and institutional scopes; b) pathways for better adhesion and subcategories: support network, attitude towards life; valuation of daily experiences in living diabetes. The main difficulty was the non-acceptance of the disease, especially because of alimentary restrictions. Other limitations for adhesion were: denial of the illness, financial, cognitive, memory and knowledge deficit, lack of family support and lack of access to services, lack of preparation on the part of the health professionals and social prejudice. These strategies were indicated: family support, participation in educational groups, financial subsidies, training of professionals and public dissemination of information by the media and in schools. The study widens scientific production, subsidizes assistance and can generate changes in the practices.

Key words: Elderly, diabetes, health education, patient adhesion, nursing.

RESUMEN: Investigación cualitativa, descriptiva, modalidad convergente-asistencial con mujeres viejas con diabetes, objetivando conocer sus dificultades para adhesión al tratamiento y cuidados y desvelar estrategias que favorezcan esa adherencia. Los datos fueron cosechados a través de entrevista y deposiciones oriundos de un proceso educativo, fundamentado en Freire. Después del análisis, las siguientes categorías surgieron: a) limitaciones para la adhesión a los cuidados y tratamiento, y subcategorías: limitaciones en el ámbito personal interpersonal e institucional; b) caminos para mejor adhesión y subcategorías: red de apoyo; postura ante la vida; valorizar experiencias cotidianas de vivir el diabetes. La principal dificultad fue la no aceptación de la enfermedad, principalmente debido a la restricción alimentaria. Otras limitaciones para la adhesión: negación de la enfermedad, déficit financiero, cognitivo, de memoria y conocimiento, falta de apoyo familiar y de acceso a los servicios de salud, falta de preparo de los profesionales y prejuicio social. Apuntan como estrategias: apoyo familiar, participación en grupos educativos, subsidios financieros, capacitación de los profesionales y divulgación pública de informaciones en la media y escuela. El estudio amplía la producción científica, subsidia la asistencia, y puede generar cambios en las prácticas.

Palabras-clave: viejo, diabetes, educación en salud, adhesión del paciente, enfermería.

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa evidencia-se segundo recentes estimativas. Em 2050 existirão no mundo quase dois bilhões de idosos com mais de 60 anos, a maioria vivendo em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, em 2009, o número de idosos era de 21 milhões, e entre 1999 e 2009, o percentual das pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3%. (BRASIL, 2007; IBGE, 2010). Dados do último censo brasileiro apontam uma mudança no perfil demográfico e um processo de envelhecimento populacional, em função da diminuição da fecundidade, natalidade, mortalidade e aumento da expectativa de vida, decorrentes dos progressos tecnológicos, avanços na área de saúde e práticas de promoção de saúde. Em 2009, a esperança média de vida ao nascer no Brasil era de 73,1 anos, 77 anos para as mulheres e 69,4 anos para os

homens (IBGE, 2010).

Com o prolongamento dos anos de vida, aumento do contingente populacional com mais de 65 anos, maior urbanização, sedentarismo, obesidade e maior sobrevida das pessoas, evidencia-se um aumento das doenças crônicas atingindo um percentual em idosos de 77,4% (IBGE, 2010), entre elas, o diabetes *mellitus* tipo dois que aparece com destaque no cenário mundial e brasileiro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

No Brasil, de acordo com o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis (VIGITEL), a ocorrência média de diabetes na população adulta é de 6,3%; sendo que o diagnóstico da doença é mais comum com a idade, alcançando mais de 20% daqueles com 65 ou mais anos de idade (BRASIL, 2011). O diabetes *mellitus* (DM) trata-se de uma doença metabólica que se caracteriza por hiperglicemia, associada a disfunções, complicações e insuficiência de vários órgãos (SBD, 2009). É considerado um problema social em função do número de pessoas acometidas, complicações que dela advêm e complexidade que constitui o processo de viver do indivíduo com essa doença (FRANCIONI; SILVA, 2007).

O diabetes tipo dois, alvo deste estudo, é mais incidente nas pessoas a partir dos 40 anos de idade e compreende de 90 a 95 % dos casos diagnosticados, decorrendo de um defeito na produção e ação da insulina (resistência à insulina), podendo um aspecto predominar sobre o outro (SBD, 2009). Pode afetar seriamente o processo de envelhecimento, levando a graves e irreversíveis danos, como o déficit visual, problemas renais, circulatórios, alterações nos pés, que culminam em quedas, interferindo na autonomia e independência de seu portador (BRASIL, 2007; SBD, 2009). A falta de adesão aos cuidados e tratamentos, constatadas na atenção a saúde desta parcela da população, contribui para o aumento da morbidade e mortalidade dos idosos. A aderência em relação ao tratamento de doenças crônicas está em torno de 50% nos países desenvolvidos, diminuindo nos países em desenvolvimento. Trata-se de um problema de grande magnitude sob o aspecto da saúde e qualidade de vida das pessoas, bem como aumento dos custos com a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003). Adesão ou *Adherence*, aqui entendida como livre escolha, situação em que pessoas têm liberdade de adotarem ou não as orientações dadas, de planejarem e participarem ativamente de seus cuidados de saúde, sendo importante a motivação para mudanças de comportamento. Contrapondo-se a isto, temos a *compliance*, obediência

e papel passivo do idoso, que segue determinada recomendação ou planejamento em saúde sem questionar (BRAWLEY; CULOS-REED, 2000).

A relevância desta questão de saúde pública, somados a inquietude das autoras em relação à dificuldade de adesão de alguns idosos diabéticos ao tratamento e aos cuidados, e o número reduzido de estudos sobre a temática na ótica dos agentes sociais que vivenciam o problema justificam a realização desta pesquisa, que tem como objetivos: conhecer as dificuldades sentidas pelos idosos com diabetes para adesão ao tratamento e cuidados e desvelar estratégias que favoreçam esta aderência na ótica destes atores sociais.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva na modalidade convergente-assistencial, proposta por Trentini e Paim (2004), na qual se pesquisa, se cuida e se educa de forma simultânea. Utilizada na área de saúde procura minimizar, solucionar problemas, fazer mudanças no cotidiano do cuidado, enfatizando o pensar e fazer em conjunto (TRENTINI; PAIM, 2004). Os sujeitos participantes foram 11 mulheres idosas, com diagnóstico de diabetes, na faixa etária entre 60 e 70 anos de idade, pertencentes ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica (NIPEG) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os critérios de inclusão foram: serem diabéticas, independentes, autônomas, lúcidas, orientadas, terem disponibilidade e interesse, participarem de no mínimo três consultas realizadas pela enfermeira. Utilizaram-se como técnicas para coleta de dados a entrevista semiestruturada e os depoimentos oriundos de quatro oficinas realizadas semanalmente na sala do NIPEG no ambulatório do HU/UFSC com duração de 2 horas, no período de setembro a novembro de 2010. Nas oficinas desenvolveu-se o processo educativo, a partir dos dados da entrevista, que constou de quatro etapas propostas por Zampieri (1998) em consonância com pensamentos de Freire: a) descobrindo-se, que consistiu da apresentação dos participantes e proposta de pesquisa; b) desvelando a situação, na qual se identificou as dificuldades e facilidades para adesão aos cuidados e tratamento; c) tematizando, problematizando e agindo, que permitiu trabalhar a situação desvelada, teorizando-a; d) revendo e redirecionando que incluiu a avaliação do processo. Os dados foram registrados e gravados mediante consentimento prévio, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo

posteriormente transcritos. Os dados coletados foram organizados, a partir de uma abordagem descritiva e reflexiva e analisados, seguindo as etapas propostas por Trentini e Paim (2004): a) apreensão, coleta de informações, registro, transcrição e categorização, realizados pela autora. Os depoimentos foram agrupados pela convergência de idéias, dando origem as unidades de codificação que agrupadas resultaram em categorias. b) interpretação, compreendendo a síntese que permite examinar subjetivamente as associações e variações das informações; a teorização, que relaciona os dados aos conceitos e literatura e a interpretação dos dados feita a luz da fundamentação teórica e *experts* na área; e a transferência, que socializa os resultados singulares. No desenvolvimento do trabalho foram respeitados os princípios da Resolução 196/96. O projeto foi aprovado sob o numero de protocolo 935 no Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes da entrevista pertencem à faixa etária entre 60-70 anos, com média de idade de 64,45 anos, sendo que todas eram mulheres, pois atendiam a todos os critérios de inclusão e por serem mais assíduas do que os homens no comparecimento às consultas e participação no NIPEG. A inserção e adesão das mulheres aos serviços de saúde é a reforçada pela literatura. Ao longo da história as mulheres procuram mais os serviços de saúde, transmitem conhecimentos sobre como cuidar da sua saúde e cuidam de si, sua família, parentes e amigos (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006). Em relação ao nível de escolaridade, oito delas tinham o ensino fundamental incompleto, três com segundo grau, uma incompleto. Quanto ao estado civil, seis eram casadas, três viúvas, uma solteira e uma divorciada. Os dados deram origem as seguintes categorias e subcategorias:

a) limitações para adesão aos cuidados e tratamento, com as subcategorias: limitações no âmbito pessoal; no âmbito interpessoal e no âmbito institucional;

b) caminhos para melhor adesão e subcategorias: rede de apoio; postura diante da vida; valorizar experiências cotidianas de viver o *diabetes*.

Limitações para a adesão aos cuidados e tratamento

Âmbito pessoal

Para as participantes, em nível pessoal, entre os impeditivos para aderir aos cuidados e tratamento propostos pela equipe de saúde estão a

não aceitação da doença e não percepção dela. Com relação ao primeiro aspecto, o idoso tem conhecimento da patologia e suas complicações, mas não aceita as restrições e as perdas que ela impõe, nega a doença, se revolta e não adota os cuidados.

O diabetes mexe com a visão, mexe com o coração, tudo de ruim ela traz pra gente. (Crisântemo).

[...] para mim tudo é difícil porque eu não aceito que tenho isso, não me acho... eu não vou pensar que não vou comer aquilo porque eu tenho diabetes. (Lírio).

A negação muitas vezes, segundo alguns autores, é uma defesa em relação a uma realidade dura de aceitar, no caso o diagnóstico de diabetes (PÉRES; SANTOS; FRANCO, 2008). As percepções nem sempre são harmônicas e lineares. Negar pode se constituir uma reação inicial, como se perdesse o sentido da vida e fosse privada de todos os prazeres. A pessoa com diabetes pode ter resistências, mas com o apoio dos familiares e profissionais e interações com indivíduos, que vivenciam situação similar, podem conviver com o diabetes de forma saudável (FRANCIONI; SILVA, 2007).

A restrição alimentar configurou-se nesta pesquisa como uma das principais perdas. Mesmo tendo conhecimento, afirmam alguns autores, as pessoas têm dificuldades em seguir as orientações em relação à dieta (PÉRES; SANTOS; FRANCO, 2008; RIBEIRO; ROCHA; POPIN, 2010). Este estudo vai ao encontro desta assertiva ao revelar que a restrição alimentar parece causar mais sofrimento do que a própria evolução da doença. Os alimentos proibidos podem gerar uma vontade incontrolável de ingeri-los, desencadeando rebeldia em relação ao seu consumo (OVIDEO; BOEMER, 2009). Isto porque, o ato de comer envolve além da ingestão de alimentos, sentimentos e valores culturais específicos. Suprimi-los implica na redução de liberdade, de relação social e prazer (PÉRES; SANTOS; FRANCO, 2008). Assim, captar o significado atribuído ao alimento e suas interfaces pelo profissional é fundamental (OVIDEO; BOEMER, 2009).

Outro aspecto considerado entranha para adesão, segundo as participantes, é o fato de apresentar este agravo crônico e de saber disso, mas não se perceber doente. Como elas expressam, o diabetes não apresenta sintomas inicialmente “*o meu corpo aparentemente ele é saudável*” (Petúnia), Assim, não veem razão para seguir as orientações ou não tem motivação para isto.

O diabetes é silenciosa. [...] eu posso comer vinte quilos de doce, que aparentemente eu não sinto nada. Tu não vais chegar em casa e vomitar, tu não vais ter febre, tu não vais ter dor, tu não vais ter nada. [...] o diabetes é como uma ferrugem que come o casco do navio e ele afunda (Petúnia).

Em função da invisibilidade de sintomas, afirmam as idosas, elas têm dúvida sobre o diagnóstico dos profissionais, ignoram as orientações, não se cuidam, nem sempre buscam controlar o diabetes e não conseguem mudar hábitos. Estudos apontam que algumas pessoas precisam de algo concreto, visível e palpável que as estimulem a realizar o cuidado com a saúde. (PÉRES; SANTOS; FRANCO, 2008; RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010). Vale lembrar que esta adesão, refere-se à escolha do diabetes que nem sempre é congruente com o que o profissional estabelece. Parece haver dois mundos que não se comunicam, o das pessoas com DM que não compreendem a importância do tratamento e o “dos profissionais que não se envolvem na complexidade do viver com DM” (FRANCIONI; SILVA, 2007, p. 6).

Segundo as entrevistadas, algumas mesmo tendo conhecimento, só passam a aceitar o diabetes e assumir a responsabilidade por sua saúde após aparecerem as complicações. O conhecimento, no entanto, foi colocado como fundamental para a conscientização sobre a sua situação de saúde, fazendo a diferença para se posicionar e fazer escolhas rápidas e consistentes, sendo a ausência deste, uma limitação.

A princípio eu não levei muito a sério, não tinha conhecimento de nada. Eu não tinha aquela responsabilidade que a diabetes fosse uma doença tão grave. Depois que eu comecei a tomar consciência, fui começar a me preocupar com a diabetes mesmo. Quando eu comecei a me tratar com você. (Rosa).

A informação qualificada consiste num aspecto importante para auxiliar as pessoas na prevenção de doenças e complicações em relação ao diabetes, entretanto por si só não garantem as mudanças de comportamento e adesão ao tratamento (PÉRES; SANTOS; FRANCO, 2008). Viver a DM é um processo que vai sendo construído atrelado aos outros conhecimentos, cultura e vivências diárias e, portanto,

influenciando-os e sendo por eles influenciados, sendo importante considerar este aspecto (FRANCIONI; SILVA, 2007). O processo educativo deve propiciar a reflexão sobre o cotidiano, caminho para adquirir novos conhecimentos e os transformar em novas possibilidades de ação, se assim for o desejo da pessoa envolvida. É uma experiência que contribui para fazer escolhas e decidir na construção da autonomia para vir a “ser mais” (FREIRE, 2007).

De acordo com os depoimentos, algumas participantes aceitam a doença, mas demonstram ambiguidade em relação aos cuidados, sobretudo em relação à dieta e exercícios, havendo um confronto entre o negado (comer doces) e o desejado/exigência corporal, tendo dificuldade para resistir aos apelos sociais e corporais (vontade e necessidade), entre a razão (importância de exercício) e a preguiça, entre as condutas e o seu ritmo de vida, tendo problemas para mudar hábitos. Essas vivem um misto de vergonha, culpa e tristeza, perceptível em seus semblantes.

A minha irmã só usa tudo diet. Eu pergunto por que tu só comes essas coisas que não tem gosto? Ela tá certa...! Eu não faço a minha dieta certa. Agora eu não vou comer mais doce! (Cravo)
[...] você come sem ser na frente dos outros, mas tá na sua frente e depois você se sente culpada (Petúnia).

O diabetes interfere no prazer de comer e beber e na sua autonomia, cerceando sua liberdade. Torna-se difícil no cotidiano seguir horários e tipos específicos de alimentos; do mesmo modo as atividades sociais e profissionais ficam prejudicadas, já que no Brasil os encontros sociais quase sempre são associados a uma farta refeição. Para algumas é difícil desenvolver atividades físicas por falta de uma companhia, outras demonstram desinteresse em relação à sua saúde.

Eu não consigo ficar sem comer alguma coisa doce. É horrível. Parece uma tentação, vai dando aquela vontade, aquela água na boca. (Violeta).

Eu saio, nunca estou na hora certa de fazer uma alimentação direito. Para mim isso é um transtorno, a diabetes. (Orquídea).

Mandou eu fazer caminhada, mas, com preguiça ainda não fiz. (Crisântemo).

Existe dualidade presente no ser humano em relação aos cuidados com a doença, sentindo-se forte, disposto a seguir em frente em determinado momento, e em outros, frágil, sem motivação para se cuidar (OVIEDO; BOEMER, 2009). O comportamento das pessoas em relação ao diagnóstico de diabetes pode suscitar vários sentimentos e reações emocionais e precisa ser compreendido e avaliado pelos profissionais da área da saúde. Há que se compreender o porquê, como e quando o idoso consegue gerir seu comportamento para o autocuidado e investigar a natureza das barreiras, sejam de conhecimento ou habilidades, crenças de saúde, ambientais ou sociais (isolamento ou conflitos familiares) ou de ordem psicológica ou psiquiátrica (DELAMATER, 2006).

Os depoimentos revelam que a questão de gênero pode ter influência na adesão aos cuidados. O papel de mulher que atua no doméstico determinado pela sociedade, dentro do modelo tradicional faz com que a família pressione para que ela faça os alimentos que a família gosta e não uma dieta que inclua suas necessidades, levando-a a ingerir alimentos que aumentem a glicemia. Este achado condiz com a literatura. Na condição de mulheres, são responsáveis pelo preparo dos alimentos, ficando mais difícil preparar, provar, sentir o aroma e não comer, sendo imprescindível o apoio da família neste momento (PÉRES; SANTOS; FRANCO, 2006).

Eu gosto de jantar, mas eu faço para ele levar uma marmita do meu filho. Ai eu vejo a carinha cheirosa. Ela olha pra mim, eu olho pra ela né!! e... (Lírio).

É muito difícil você sentir o aroma, ver os outros comerem e você não poder. (Petúnia)

Constituíram-se impedimentos, segundo as participantes, a falta de condição financeira para comprar medicamentos e alimentos para compor a dieta e para se deslocar para procurar atenção a sua saúde, já que muitas são aposentadas e tem uma renda reduzida.

Sabe qual é o problema o diet é muito caro (Dália).

[...] não tem condições de ficar comprando a própria alimentação do diabético. É diferente da outra alimentação normal. São caras, a pessoa não tem condições de comprar (Orquídea).

Se fosse comprar toda a receita, que a minha é um jornal, Ah!!! não daria, não tenho dinheiro para isso (Orquídea).

O fator econômico é considerado impeditivo para adesão, já que a adoção de hábitos saudáveis implica quase sempre na compra de alimentos indicados. Ao contrário, a autonomia financeira, garante maior conforto material, tranquilidade e possibilidade de maior adesão (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010; ALMEIDA et al., 2007).

Em que pese à falta de condições financeiras, nem sempre os profissionais consideram esta questão, indicando ações que implicam custos. Neste sentido, é fundamental que os mesmos fiquem atentos aos recursos que o idoso dispõe e sua realidade social, colocando-se no lugar do outro para não constrangê-lo.

[...] falei uma vez para o médico “o senhor está receitando isso, mas eu não posso comprar”. Ele disse assim “então não adianta vir no médico”, “tem que seguir o que a gente manda”, então não adianta (Orquídea).

É importante que haja um espaço de diálogo, de escuta das queixas, dúvidas e angústias e haja possibilidade de negociação, considerando não apenas a questão orgânica, mas o contexto cotidiano; um processo que possibilite a construção do vínculo em direção à coresponsabilização pelos cuidados em saúde (WHO, 2003; ALMEIDA et al. 2007; CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008).

Ressalta-se que além da autoridade imposta pelo profissional, alguns depoimentos expressam a passividade do idoso diabético que sem refletir e questionar cumpre resignadamente o que o profissional determina.

Tem que aceitar o que a pessoa fala, porque a gente não entende a diabete. A pessoa tá mais acostumada, estudou pra aquilo. Tem que saber e aceitar. (Violeta).

[...] vocês indicam tudo é válido pra gente, quem tem que cumprir é nós, vocês fazem, cumprem a parte de vocês e nós, às vezes, fraquejamos a nossa parte. (Jasmim).

Estes achados são ratificados pelos autores. Em alguns estudos está presente a idéia recorrente de que o idoso deve obedecer às recomendações, conselhos e indicações médicas, ou seja, o paciente assume um papel de submissão, prevendo-se que ele vai realizar o que foi determinado pelo profissional, cabendo a ele somente a responsabilidade pela não adesão características inerentes ao conceito de *compliance*. Em outro, é reforçado que a responsabilidade pelos cuidados e adesão ao tratamento de doenças crônicas como o diabetes precisa ser compartilhada, respeitando autonomia do idoso com diabetes para fazer escolhas, consonante com o conceito de *adherence* (REINERS et al., 2008; BRAWLEY; CULOS--REED, 2000).

Além do aspecto financeiro, as falas revelam o esquecimento como um fator importante que interfere na adesão aos medicamentos.

Eu tomo a Metformina. Aí, depois vou arrumar a casa, vou lavar a roupa, fazer outra coisa. Aí, eu esqueço e penso. Será que eu já tomei o remédio da pressão? (Violeta).

[...] o da pressão (remédio) em cima da mesa, eu como pão. [...] E quando fui limpar...Ah!!, o comprimido aqui (Margarida).

A presença de doenças crônicas é comum entre os idosos e em consequência o uso de inúmeras medicações que se não utilizadas da maneira correta podem mascarar sintomas e resultados, dificultando a conduta médica e prejudicando o tratamento. Existem alguns déficits cognitivos e visuais, entre eles, a memória que sendo benigna (processo de envelhecimento) ou patológica (demência) pode interferir na adesão. Cabe aos profissionais de saúde estarem atentos para detectar barreiras à adesão e desenvolver estratégias de forma conjunta no sentido de solucioná-las (WHO, 2003; ALMEIDA et al. 2007; BRASIL, 2007).

Âmbito Interpessoal

A limitação à adesão por causas interpessoais, segunda subcategoria, foi associada na maioria dos relatos a falta de compreensão e apoio familiar, de estímulo por parte desta por falta de conhecimento e parceria, gerando conflitos em relação ao cuidado.

A família é importantíssima, porque a família coloca na mesa tudo que ela tem vontade de comer e ela não tem o menor respeito de comer aquele chocolate aquele doce na frente. O

diabético está sofrendo com aquilo (Petúnia).

Ele não ajuda (referindo-se ao companheiro), porque ele é assim. Ah !! Tu não podes comer, mas eu posso. (Jasmim).

O apoio, a participação e o envolvimento da família é um fator que contribui de maneira positiva na adesão ao tratamento em uma doença crônica como o diabetes. Entretanto, quando esta ajuda está ausente ou apresenta-se na forma de controle, os idosos sentem-se menos amparados para enfrentarem e conviverem com uma doença crônica, sem forças para superarem os períodos de desgastes físicos e emocionais. Têm sentimentos de abandono e desamparo, maior dificuldade para seguir o tratamento e viver de maneira mais saudável (ROSSI; PACE; HAYASHID, 2009; FRANCIONI; SILVA, 2007).

Os depoimentos desvelam como uma grande limitação, a dificuldade em conviver em grupo, interagir socialmente, já que há poucas opções alimentares para o idoso com diabetes em festas, clubes, passeios, podendo levar ao isolamento e afastamento do convívio social ou a não adesão aos cuidados, já que dificilmente há alimentos indicados à sua necessidade

Não chama para ir numa comemoração “não você não pode”. A gente tem um preconceito contra diabéticos. As pessoas não sabem, mas tem, “você não vai porque é festa”. Ele também quer ir. (Petúnia)

Esse negócio de passeio. Eu sei que eu não posso. Eu me sinto mal viajar por isso. Não resisto às coisas que eu vejo e acabo comendo. (Orquídea).

Em consonância com o exposto, Francioni; Silva (2007) destacam que o diabetes não é apenas uma situação biológica, mas também social, que influencia aqueles que são próximos ao idoso com diabetes e as situações vividas no cotidiano .

Âmbito Institucional

A terceira subcategoria refere-se às limitações institucionais para não adesão aos cuidados e tratamentos, destacando-se as dificuldades em relação à atenção à saúde nas unidades. Neste sentido, os depoimentos revelam dificuldades de acesso à atenção especializada

devido à falta de integração no sistema de saúde, problemas na referência e contrarreferência; o número reduzido de visitas domiciliares e a falta de materiais essenciais para o tratamento do diabetes como: seringas, glicosímetros, fitas, seringas e agulhas para aplicação de insulina.

Foi me prometido o aparelho pelo SUS e até agora não foi me dado para fazer a glicemia em casa. Nem tem como eu ir sempre ao Posto porque fica longe da minha casa. (Dália).

O que impede o tratamento direito? O Hospital Universitário tinha mais acesso, mais condições de se poder tratar, acompanhar direito. Porque hoje, a gente não tem mais isso. (Orquídea).

Dificuldade de médicos, eu não tenho plano de saúde e tem horas que eu me desânimo Depois de meses vai para os postos de saúde e já não tem como voltar para o HU. (Cravo).

Ainda relacionado à atenção básica, os depoimentos apontam para um possível despreparo, ou pouco comprometimento de alguns profissionais de saúde para assistir ao idoso com diabetes e falta de planejamento e estrutura para a realização de atividades grupais, sendo ofertados lanches que não condizem com o prescrito ao idoso com tal patologia. Esta atitude dificulta o relacionamento e a comunicação interferindo no tratamento.

A diabetes? Ela não é nem falada no posto de saúde, nem ligam. Ele não quer nem saber, ele pergunta assim “que remédio tu tomas? (Petúnia).

Os agentes que vão às portas não tem conhecimento. Eles não têm entendimento para poder fazer. (Orquídea).

Me convidaram pelo posto. Eu não gostei (atividade educativa) Eles fazem depois a confraternização. Um monte de coisa, comida, que nem tem nada a ver com diabetes. Para mim não dá aquelas reuniões porque eu sigo a risca a dieta, não dá benefício nenhum (Dália).

O Sistema Único de Saúde (SUS) reestruturou seus programas, incluindo a capacitação de profissionais, entretanto ainda se perpetuam as práticas educativas tradicionais, verticalizadas, desconsiderando a realidade social onde a pessoa idosa está inserida, indicando que foram pouco efetivos em relação à prática. Pesquisas assinalam um despreparo do profissional de saúde no tocante ao atendimento do idoso, tais como avaliação insuficiente, comunicação inadequada, dificuldade de relacionamento, levando a uma falta de credibilidade do paciente em relação ao profissional, interferindo negativamente na aderência ao tratamento e cuidados (REINERS et al., 2008; CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008).

Especificamente em relação à atividade física, os participantes apontam dificuldades para realização de atividade física devido a falta de estrutura no município como locais para caminhada, aparelhos nas praças específicos para os idosos, falta de estímulo e de companhia.

Caminhos para melhor adesão: ações que favorecem a aderência aos cuidados e tratamento

Esta categoria contempla três subcategorias: ter uma rede de apoio, postura diante da vida e sociedade, valorizar experiências do cotidiano de viver o diabetes.

As falas reforçam a importância de ter uma rede de apoio, constituída de familiares, apoio espiritual e profissional para o enfrentamento da doença, caracterizando a primeira subcategoria. Neste sentido, o suporte da família foi considerado um dos aspectos mais relevantes para adesão, traduzindo-se como cooperação, compreensão, convivência familiar harmoniosa, parceria, empatia, respeito e amor ao idoso com diabetes, sendo importante que familiares sejam capacitados pela equipe de saúde para auxiliar no cuidado da pessoa com diabetes. Ações simples no convívio familiar são importantes. Em relação à dieta foi bastante enfatizada a importância de toda a família distribuir as atividades domésticas, não deixando apenas ao encargo da mulher a preparação dos alimentos e adaptações das dietas a alimentação mais saudável, evitando que sejam impostos alimentos que não podem tolerar. As participantes lembram da importância da parceria, da coparticipação que deve existir entre profissionais e familiares, sua rede de apoio.

A família tem que contribuir muito. Porque não é fácil mudar de hábito de repente. Tem que ter a compreensão para se habituar. (Jasmim).

Os familiares de diabéticos deviam ser orientados sobre isso. Eu nunca vi nenhum familiar de diabético ser treinado para tratar um diabético. (Dália).

Chamar a família e conversar pra que possa ajudar melhor aquela pessoa a ter um nível de vida melhor. A família é essencial; não querer jogar tudo para o setor da saúde que é onde a gente se trata, se cuida. A responsabilidade é da família. (Orquídea).

No momento em que a família aceita a presença de uma doença crônica e incorpora os cuidados, ocorre uma mudança em cada um de seus membros, vindo por fim a mudar o comportamento do idoso com diabetes. É necessário que os membros da família estejam motivados a compreender e aceitar possíveis limitações na vida diária decorrentes do diabetes e dispostos a enfrentar estes obstáculos junto com o familiar que tem diabetes. Assim, torna-se importante que a família e os profissionais tenham objetivos comuns e somem suas ações com vistas à adesão. (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010; ROSSI; PACE; HAYASHIDA, 2009).

As participantes do estudo apontaram a importância de um trabalho conjunto de profissionais, destacando a necessidade de apoio psicológico. Sugeriram a necessidade de ter um grupo de acompanhamento.

Acho que essas pessoas tem que ter uma atividade ou psicológica, um acompanhamento porque elas são realmente doentes e o diabético não acha que seja. Assim, como tem grupo de AA, tem que ter esses. Porque é uma doença grave e que mata. Só que a maioria dos diabéticos não sabem disso. Acompanhamento psicológico. (Petúnia).

Reforçaram a importância de um atendimento acolhedor, atencioso, centrado nas necessidades de cada um, respeitando o tempo das pessoas e suas limitações, sempre reforçando as orientações, deixando que a pessoa reflita sobre elas. Para elas, a postura do profissional é fundamental na adesão ao tratamento. Destacaram que uma relação de confiança, cumplicidade e corresponsabilidade entre o

profissional e o idoso com diabetes ajuda na adesão. Para tanto, o profissional tem que ter uma capacitação para tratar com idosos.

Um incentivo vale muito mais. Mas eu acho que uma consulta bem feita pra uma pessoa dessa ajuda muito. Hoje em dia falta muito às vezes, um profissional [...] no Posto de Saúde já mudou muito, mas tem consultas que a gente faz com cada profissional. (Rosa).

Então, a pessoa tem que estar sempre orientando porque senão não tem como, a pessoa se descuida, relaxa. (Violeta).

Estar capacitado para atendimento da pessoa idosa. (Petúnia).

Congruente com os achados, estudos reforçam que o contato frequente do profissional com o idoso por telefone garante uma melhor aderência e melhora nos exames laboratoriais (DELAMATER, 2006). Os indivíduos reagem de maneira diferente frente ao mesmo estressor, necessitando de abordagens distintas que os motive à adesão. A adesão é um processo dinâmico e no idoso está diretamente relacionada à heterogeneidade que esta faixa etária traz. Há que se compreender o porquê, como e quando o paciente não consegue direcionar seu comportamento para o autocuidado (DELAMATER, 2006, BRAWLEY; CULOS--REED, 2000). Deste modo, cabe aos profissionais de saúde, em face de uma variedade de aspectos envolvidos na adesão, planejar e implementar estratégias específicas para o paciente idoso, contemplando as singularidades desta faixa etária (ALMEIDA et al., 2007) em parceria com este. A responsabilidade pela adesão não deve ser unilateral. Profissionais e pacientes devem ser corresponsáveis por este processo, assim como serviços de saúde, governo e instituições de ensino também tem responsabilidade na adesão (REINERS et al., 2008).

Constituindo a subcategoria, postura diante da vida e sociedade, as participantes também expressaram a importância de fortalecer o seu potencial para cuidar de si, possibilitando fazer escolhas em relação a sua vida, patologia e saúde. Para tanto, enfatizaram a participação e inclusão nos grupos de convivência, educativos e em serviços de saúde, bem como, a luta, adoção e garantia de medidas que favoreçam a vida das pessoas com diabetes na sociedade e aderência aos cuidados.

A participação em grupos educativos foi considerada uma

estratégia fundamental para compartilhar e ampliar saberes, reconhecer a doença e limitações impostas, superar as dificuldades, ter maior autonomia e assumir o protagonismo por sua saúde.

[...] A pessoa que já teve, vai orientando a outra. A gente pensa que é uma coisa e é outra. Ajuda de outra pessoa com o mesmo problema, ou a própria pessoa pode se ajudar. Um começa a conversar com o outro sobre o diabete. Ajuda sim, no tratamento. A pessoa fica mais consciente. (Violeta).

Me orientando sobre a doença, que é o importante, deixando que eu me conscientize. Eu automaticamente eu vou me cuidar porque eu to consciente das causas e dos efeitos. É importante a família ser educada junto. (Dália).

Para Freire (2007), a educação é essencial para o cuidado de si. O conhecimento empodera o ser humano ajudando a fazer escolhas e decidir sobre que é melhor para a sua vida de forma consciente. O processo educativo pode ser decisório nas ações daqueles que têm diabetes para promoção do autocuidado, e conseqüentemente para a melhoria da qualidade de vida e um viver mais saudável (FRANCIONI; SILVA, 2007). Oviedo e Boemer, (2009) corroboram este aspecto considerando o grupo de apoio como instrumento de transformação no modo de conviver com a doença, trazendo maior conforto na perspectiva futura. O resultado positivo depende da abordagem do profissional que conduz o grupo e da mobilização individual para mudanças; ninguém educa ninguém e nem impõe suas idéias. As atividades educativas devem ser baseadas no diálogo e na troca de saberes, considerando os sentimentos, experiências e realidade dos participantes. Profissionais e idosos são sujeitos, estando sempre em construção e aprendendo uns com os outros. A troca poderá ocorrer ou não e depende dos envolvidos. (FREIRE, 2007; PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006, 2008).

Neste sentido, estudos enfatizam a necessidade de propiciar espaços de reflexão e de diálogo entre profissionais e participantes do grupo para que em parceria descubram caminhos para melhor aderir ao tratamento formando uma aliança terapêutica (REINERS et al., 2008; CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008).

A postura pessoal diante da vida e da doença também foi destacada nos grupos e individualmente. Aceitar a doença, cuidar-se e

confiar no seu potencial para agir e superar as dificuldades. Chamou a atenção a idéia de criar uma comunidade de pessoas com diabetes, organizada e coordenada por eles para debater seus problemas e direitos.

Força interior, autoconfiança. (Margarida).

[...] a gente mesmo é que tem que se ajudar, porque depender dos outros é difícil. (Violeta).

Aceitar a diabetes. No momento que a gente aceita, a gente tem que gostar da gente e saber que os diabéticos também vivem. É isso aí!! (Rosa).

Fazer uma comunidade de diabético, me chamar que eu estou junto. (Petúnia)

O cuidado com a saúde tem aspectos multifatoriais, mas a decisão principal é em nível individual. É preciso estar aberto para mudanças e disposto a incorporá-las. O enfermeiro em face de sua proximidade no cuidado pode ajudar neste processo de tomada de decisão, estabelecendo vínculo e de maneira empática ajudando na preservação da autonomia do sujeito para que este assuma seu cuidado (REINERS et al, 2008). Para que isso ocorra, é preciso identificar e respeitar a individualidade de cada um sabendo que o comportamento humano pode ser muitas vezes contraditório e ambíguo (OVIDEO; BOEMER, 2009). “A decisão de aderir aos cuidados e tratamento é do ser humano (no caso do idoso), que tem capacidade para decidir, escolher e intervir em sua realidade” (FREIRE, 2007, p. 86), escolhendo o que melhor lhe convier para sua vida e saúde, tendo livre arbítrio e autonomia para tal.

Além da criação de uma sociedade de diabéticos foram mencionados pelas participantes vários aspectos em relação às políticas públicas e sociais no sentido de melhorar a qualidade de vida do idoso com diabetes e adesão ao tratamento. Podemos assinalar: acesso e garantia da continuidade do tratamento pelos órgãos públicos de saúde, cadastramento do idoso com diabetes e fornecimento de carteira que possibilitasse acesso prioritário no atendimento; subsídio financeiro, um programa nacional de alimentação que viabilizasse o acesso mais fácil a alimentos, programa educativo para crianças na escola para compreender a doença, conviver melhor com pessoas diferentes ou especiais e facilitar o processo de inclusão e aprender comportamentos saudáveis, divulgação em massa sobre o diabetes, uma campanha com

orientação pelos meios de comunicação mais utilizados. Em relação às unidades básicas, maior capacitação profissional e compra de materiais, equipamentos e medicamentos para suprir a população.

A gente deveria ter uma carteirinha. (Rosa).

Os meios de comunicação. Eu vejo fazer campanha pra tantas coisas, mas nunca pro diabetes. Parece que ela é resguardada, esquecida e ela é tão grave. (Petúnia).

Desde a escola. A professora tem que fazer assim “hoje nós vamos comer as coisas que o fulaninho gosta. Então, todos nós vamos fazer” ele vai se sentir valorizado “todos vamos comer frutas no lanche, ninguém vai comer biscoito” Não, é bom para a gente, mesmo não sendo diabético? (Petúnia).

Durante as entrevistas e processo educativo, as participantes mencionaram algumas estratégias específicas, experiências do cotidiano em viver com o diabetes que precisam ser valorizadas, relacionadas à dieta alimentar, medicação e atividade física, com vistas a melhorar a adesão ao tratamento, que dizem respeito à terceira subcategoria. Em relação à alimentação, sugerem a importância de elaborar um cardápio de acordo com o prescrito e situação financeira e colocar os alimentos na mesa de uma forma bem apresentável, próximo ao idoso com diabetes. Além disso, comer apenas o necessário em horários pré-determinados, trocar receitas com outros idosos que vivem a mesma situação de saúde; ir ao supermercado com uma lista, sempre após ter se alimentado; realizar outras atividades de lazer fora de casa; estar preparada, saber lidar com a insistência dos outros para comer alimentos não indicados, distribuir as atividades domésticas com os outros membros da família, em especial o preparo das refeições e ressignificar sua vida, focando em outras atividades prazerosas, além da alimentação.

Colocar a quantidade que pode comer. Interromper a refeição assim que estiver satisfeito. (Dália)

Estabelecer horários para as refeições. (Rosa).

Elaborar um cardápio dentro das suas condições financeiras que atenda o que é indicado para a

pessoa que tem diabetes Não é o que a gente deseja, é o que a gente pode. (Petúnia).

Ah!! A gente não precisa dizer que não pode comer. Diz que vai descansar um pouquinho e depois come. (Rosa).

O idoso como ser humano ativo e participante pode fortalecer seus potenciais aumentando sua capacidade individual para melhorar e controlar sua saúde. Como sujeito pode tomar a rédea da sua vida, dos seus cuidados, se apoderando do conhecimento, sendo corresponsável pelo seu cuidado. Pode redescobrir suas potencialidades, sendo valorizada na sociedade e na família, vivendo com qualidade. Tudo vai depender da compreensão que têm de saúde e doença, das percepções que tem da vida, de suas crenças e dos determinantes sociais aos quais foram submetidos ao longo desta longa trajetória (BRASIL, 2007; FREIRE, 2007).

No que tange à medicação, as falas trazem algumas considerações e dicas importantes que diminuem dificuldades de memória e cognitivas e que favorecem a adesão: organizar os medicamentos em caixas especiais por dia e horário e relacioná-los ao horário da alimentação ou um momento significativo para o idoso não esquecer; checar os medicamentos tomados, seguir o prescrito, não alterando a dosagem, mudar condutas até que não haja mais esquecimento, colocar os medicamentos em lugar visível, e listar os medicamentos e horários e pendurar na geladeira.

[...] associar o medicamento a uma coisa boa. Bom para o diabetes, é comer, então... (Petúnia).

Separo os medicamentos no mesmo compartimento para não haver engano. Separo os remédios e marco o horário. (Orquídea).

[...] eu vou perguntar por que esqueci, alguma coisa aconteceu para eu esquecer, Então vou mudar aquilo; eu não posso esquecer. (Petúnia).

A respeito da atividade física uma proposta das participantes é a criação de um grupo de caminhada, ocupar os espaços na comunidade e aproveitar a rotina doméstica, como levar os cachorros para passear e

fazer os serviços da casa para fazer atividade física. De forma concomitante a realização de atividade física, propiciar outras atividades que diminuam a ansiedade, mantendo a pessoa ocupada.

Reunisse uma turma e fossemos caminhar, nós tudo. (Crisântemo).

Sair com o cachorro também é uma caminhada. (Margarida).

Caminhando, fazendo ginástica na praça. (Orquídea).

Sair. Tem toda aquela turma, uma só não anima. No grupo um incentiva o outro, no grupo ajuda sim, ajuda bastante. Utilizar as atividades da vida diária como exercícios. (Jasmim).

O que eu mais me esforço é fazer os exercícios para ajudar na medicação. (Rosa).

Os depoimentos reforçam que a pessoa idosa com diabetes tem conhecimento, que suas experiências precisam ser expressas, acatadas pelos profissionais e compartilhadas com aqueles que têm diabetes. Os seres humanos tem capacidade de construir de forma coletiva ações que visam melhorar a sua saúde o que é corroborado por Freire quando diz que é na busca, com os outros e na prática da reflexão-ação-reflexão, com a disponibilidade para mudar e fazer-se sujeito deste processo, transcendendo as dimensões de espaço e tempo, que os homens dão sentido a tudo e configuram sua existência no mundo (FREIRE, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de viver com diabetes e ser diabético, a principal dificuldade para adesão reside no fato de não aceitarem a sua doença em função da invisibilidade dos sintomas e das limitações que advém desta situação de saúde, em especial a necessidade de estabelecer um controle alimentar. A restrição alimentar leva a um sofrimento no momento em que interfere no seu cotidiano, na autonomia e nas relações sociais. A questão de gênero tem influência na não adesão. O fato de assumir o preparo dos alimentos para os familiares se configura como um empecilho para adesão.

O papel tradicional da mulher de cuidar do outro e de assumir o espaço doméstico e do homem em atuar no público, construído culturalmente, ainda se mantém na sociedade, podendo interferir nos cuidados consigo mesma. No entanto, percebe-se que ao chegar à terceira idade as mulheres buscam se posicionar e adquirir maior autonomia, procurando mudar esta característica, entretanto, é muito difícil modificar as questões de gênero socializadas durante toda uma vida. No âmbito interpessoal foi enfatizada como dificuldade para a adesão a falta do apoio e ajuda da família para seguir os cuidados e tratamento. Evidenciaram que a sociedade como um todo não está preparada para lidar com as diferenças e com situações de doença, excluindo inconscientemente as idosas com diabetes, já que não oportunizam formas para que interajam socialmente.

Os limites para adesão em nível institucional dizem respeito a problemas no sistema de saúde, destacando-se a falta de acesso ao serviço, exames, equipamentos e despreparo dos profissionais para lidar individual e coletivamente com o idoso com doença crônica.

O estudo evidencia estratégias para que a pessoa com diabetes tenha adesão aos cuidados e tratamentos, entre elas: ter uma rede de apoio, constituída de familiares, apoio espiritual e dos profissionais; ser protagonista de sua saúde e vida, participar de atividades grupais e educativas; buscar conhecimentos; ter acesso ao serviço de saúde e ser atendido por profissional qualificado e atento as necessidades e recursos dos usuários, capacitado para trabalhar com idosos e familiares; instituir grupos de apoio, a carteirinha do diabético e subsídios para compra de alimentos e medicamentos; divulgar na mídia informações sobre a doença e cuidados e compartilhar informações sobre o diabetes desde a infância na escola. Aponta dicas simples para adesão, a dieta alimentar, medicação e atividade física: estabelecimento de cardápios e receitas que valorizam o alimento, caixas para armazenamento e distribuição de medicamentos com horários e grupos de caminhada.

Reforça a importância do processo educativo como estratégia para empoderar o ser humano para ter autonomia e assumir a condução de sua vida e saúde e necessidade de capacitar profissionais para trabalhar com esta parcela da população.

Este estudo dá “voz” aos portadores de diabetes, trazendo a tona significativas contribuições para adesão aos cuidados e tratamento, construindo ações coletivamente para melhorar sua saúde, amplia o estado das artes o que pode subsidiar a assistência e gerar mudanças nas práticas.

Recomenda-se que seja replicado em outros cenários e atores e

ampliado, incluindo outros aspectos sobre a temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Helcia Oliveira de et al. Adesão a tratamento entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 57-67, 2007. Disponível em: <□TTP://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). **Estimativa sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010**. Ministério da Saúde: Brasília, 2011. Disponível em: <□TTP://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2010_final_web.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2007.

BRAWLEY, Lawrence R.; CULOS-REED, S. Nicole. Studying Adherence to Therapeutic Regimens: Overview, Theories, Recommendations. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 21, n.5, p. 156S-163S, 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11018570>. Acesso em: 10 ago. 2011.

CAMARGO-BORGES, Celiane; JAPUR, Marisa. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2008. Disponível em: <□TTP://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/07.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2011.

DELAMATER, Alan M. Improving Patient Adherence. **Clinical Diabetes**, Filadélfia, v. 24, n. 2, p. 71-77, 2006. Disponível em: <<http://clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71.shor>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

FERNANDES, Maria da Graça de Melo. Papéis Sociais de Gênero na Velhice: o olhar de si e do outro. **Rev.Bras. Enferm**, Brasília, v.62,n.5,p.705-710,2009. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/09.pdf>>. Acesso em:30 dez 2011

FRANCIONI, Fabiane Ferreira; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes *Mellitus* através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa 36. □T. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério de planejamento, orçamento e gestão. **Síntese de indicadores do Brasil – 2010**. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=>. Acesso em: 5 ago. 2011

OVIEDO, Aracely Diaz; BOEMER, Magali Roseira. A pessoa com diabete: do enfoque terapêutico ao existencial. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 4, p. 744-751, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a02v43n4.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2011.

PÉRES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio Dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 40, p. 310-317, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n2/28537.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2011.

PÉRES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio Dos. Sentimentos de Mulheres após o diagnóstico de Diabetes tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2010.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira et al. T. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Mato Grosso, v. 13, n. 2, p. 2299-2306, 2008.

Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>>. Acesso em: 15 ju. 2011.

RIBEIRO, Jane Patricia; ROCHA, Suelen Alves; POPIM, Regina Célia. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes *mellitus* tipo II. **Revista Escola Anna Nery** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.1-8, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-Acesso em: 15 mai. 2011.

ROSSI, Vilma Elenice Contatto; PACE, Ana Emilia; HAYASHIDA, Miyeto. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Ciência Et Praxis**, Minas Gerais, v. 2, n. 3, p. 41-46, 2009.

Disponível em:

<<http://www.fip.fespmg.edu.br/~edifesp/index.php/scientae/article/view/File/102/55>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente**

assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. Ed. Florianópolis: Insular, 2004. 141 p.

WHO/MNC. **Adherence to long-term therapies** - evidence for action in Noncommunicable: Diseases and Mental Health. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/>. Acesso em: 08 ago. 2011.

6.2 MANUSCRITO 2: GRUPO EDUCATIVO COM PESSOAS IDOSAS COM DIABETES: TECNOLOGIA PARA ADERÊNCIA AOS CUIDADOS

Este estudo descreve a utilização do processo educativo através de oficinas como estratégia e tecnologia de cuidado para pessoas idosas com diabetes refletirem sobre a adesão ao tratamento e cuidados. As técnicas utilizadas foram lúdicas, voltadas para a pessoa idosa e direcionadas para identificação das limitações para adesão aos cuidados e construção de estratégias para superar tais dificuldades tomando fundamentada na experiência destas pessoas. De acordo com as participantes, as oficinas permeadas por pensamentos de Paulo Freire possibilitaram a discussão, a dialogicidade através da troca de experiência, reflexão e construção conjunta de estratégias para adesão ao tratamento.

**GRUPO EDUCATIVO COM PESSOAS IDOSAS COM
DIABETES: TECNOLOGIA E ESTRATÉGIA PARA ADERÊNCIA
AOS CUIDADOS DO DIABETES**

**EDUCATIONAL GROUP WITH ELDERLY DIABETIC
PATIENTS: TECHNOLOGIES AND ADHERENCE TO CARE**

**GRUPO EDUCATIVO CON PERSONAS VIEJAS CON
DIABETES: TECNOLOGÍAS Y ADHERENCIA A LOS
CUIDADOS**

RESUMO: Este estudo descreve o processo educativo realizado com mulheres idosas com diabetes como estratégia e tecnologia de cuidado para adesão ao tratamento e identifica a importância desta prática na ótica destes atores sociais. É um recorte de uma pesquisa qualitativa, na modalidade convergente-assistencial, tendo como referencial teórico idéias de Freire. Foi desenvolvido a partir de dados coletados em entrevista, discutidos em quatro oficinas com onze mulheres entre 60 a 70 anos de idade. As técnicas utilizadas buscaram respeitar a singularidade e heterogeneidade desta faixa etária. Na concepção das idosas o processo educativo propiciou discussão entre iguais, reflexão e construção conjunta de ações para melhorar a adesão ao tratamento, maior valorização pessoal e inclusão social. Configura-se como um caminho importante para fortalecer o protagonismo do idoso com diabetes, aumentar sua autonomia, adesão aos cuidados e viver com qualidade de vida.

Palavras-chave: idoso, diabetes, educação em saúde, adesão do paciente, enfermagem.

Abstract This study describes the educational process with elderly diabetes patients as a strategy and technology of care for the adherence to treatment, identifying the importance of this practice in the view of these social actors. It is a cut from a qualitative research supported by the assistential convergent modality, having Freire's ideas as a theoretical reference. The research was developed form data collected in interviews, discussed in four workshops with 11 elderly women aged 60-70 years. The techniques used sought to respect this age group's singularity and heterogeneity. In the elderly point of view, the educational process offered an opportunity for discussion among equals, the reflection and joint construction of actions to improve adherence to

treatment, greater personal valuing and social inclusion, where the group wishes to continue meeting. It represents an important pathway to strengthen the role of the elderly diabetic person, increasing her autonomy, adhesion to care and quality of life.

Key words: Elderly, diabetes, health education, patient adhesion, nursing.

RESUMEN: Este estudio describe el proceso educativo realizado con mujeres viejas con diabetes como estrategia y tecnología de cuidado para adhesión al tratamiento y identifica la importancia de esa práctica bajo la óptica de esos actores sociales. Es un recorte de una investigación cualitativa, en la modalidad convergente-asistencial, teniendo como referencial teórico ideas de Freire. Fue desarrollado a partir de datos cosechados en entrevista, discutidos en cuatro oficinas con once mujeres viejas entre 60 a 70 años de edad. Las técnicas utilizadas buscaran respetar la singularidad y heterogeneidad de ese grupo de edad. En la concepción de las viejas, el proceso educativo ha propiciado una discusión entre iguales, la reflexión y construcción conjunta de acciones para mejorar la adhesión al tratamiento, mayor valorización personal y inclusión social. Se configura cómo un camino importante para fortalecer el protagonismo del viejo con diabetes, aumentar su autonomía, adhesión a los cuidados y vivir con cualidad de vida.

Palabras-clave: Viejo, diabetes, educación en salud, adhesión del paciente, enfermería

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (diabetes) consiste de uma doença metabólica em que ocorre hiperglicemia, podendo gerar complicações como disfunções e insuficiências no sistema renal, nervoso e circulatório, cegueira, amputações em membros inferiores, se não for estabelecido um controle efetivo. (BRASIL, 2007; TORRES; FERNANDES, CRUZ, 2007).

Entre os vários tipos de diabetes, é de interesse neste estudo o tipo dois, advindo de um defeito na secreção e/ou ação da insulina, totalizando cerca de 90% dos casos. O risco de desenvolver essa forma de diabetes aumenta com a idade, obesidade e falta de atividade física (BRASIL, 2007; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA), 2010).

O diabetes é uma condição de saúde presente e relevante na população idosa. A prevalência da doença aumenta com a idade, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, onde o número de pessoas idosas acima de 65 anos de idade atinge um percentual de 20% da população, com tendência a aumentar ainda mais nos próximos anos. (ADA, 2010; SHAW; SICREE; ZIMMET; 2010). Segundo previsões da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2030, o Brasil será o quinto país no mundo em número de pessoas portadoras de diabetes na faixa etária entre 20 e 79 anos e ocupará o sexto lugar em relação ao contingente de pessoas idosas, alcançando cerca de 32 milhões. (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010; BRASIL, 2010).

O processo de envelhecimento pode acarretar em algumas pessoas idosas alterações conhecidas como as síndromes geriátricas, que incluem a polifarmácia e suas reações, a depressão, a incontinência urinária, a dor persistente, problemas cognitivos, risco de quedas e outras doenças concomitantes como a hipertensão e o acidente vascular cerebral (ADA, 2010; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS), 2003).

O diabetes é um problema de saúde altamente prevalente em nosso meio e considerado como uma das doenças de difícil controle por ser crônica, sistêmica, multifatorial, estigmatizante, que compromete não apenas o indivíduo, mas também sua família e a sociedade, já que acarreta transtornos psicossociais e econômicos. Implica em mudanças de hábitos, aceitação pelo indivíduo e sociedade, e motivação, dificultando a adesão (TORRES; FERNANDES; CRUZ, 2007).

A adesão aos cuidados e tratamento de doenças crônicas tem sido uma preocupação e um desafio para os profissionais de saúde. Essa vem diminuindo nos países em desenvolvimento, sendo considerada um problema de grande magnitude na saúde e qualidade de vida das pessoas, bem como no aumento dos custos com a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003). A *adherence* é entendida como a possibilidade de fazer escolhas a partir do conhecimento de suas necessidades, planejar e participar ativamente de seus cuidados e seguir determinada conduta ou tratamento de maneira espontânea. Para tanto é fundamental a motivação para se cuidar (BRAWLEY; CULOS, 2000; TORRES, FERNANDES, CRUZ, 2007) e a parceria entre o idoso e o profissional de saúde, para juntos, negociando, discutindo e planejando o tratamento, explorarem os possíveis meios terapêuticos (WHO, 2003).

Neste processo, a atenção à saúde que fornece informação oportuna, apóia e monitora constantemente, ao melhorar a qualidade de

vida das pessoas pode ajudar na aderência, reduzindo a carga das condições crônicas e vice-versa (WHO, 2003). No caso do idoso, pode favorecer a independência, autonomia, participação, melhorando a sua qualidade de vida.

A educação em saúde pode ser uma estratégia que possibilita a participação ativa do idoso na construção de seu saber. Propicia uma relação horizontal, em que ambos, profissional e pessoa idosa aprendem e descobrem juntos formas do idoso cuidar-se melhor e aderir aos cuidados. O acesso à informação e o compartilhamento de saberes favorecem a compreensão sobre a doença e ação dos medicamentos; fortalecem as potencialidades do idoso com diabetes para manejar com sucesso sua condição e mudar hábitos, permitindo a ela monitorar o diabetes, identificar e atuar frente aos problemas advindos do diabetes, ter o ajuste emocional para conviver bem com uma doença crônica e melhorar a sua qualidade de vida (ADA, 2010).

O processo de educação em saúde da pessoa idosa com diabetes é diferenciado em relação a outras faixas etárias. Precisa ser individualizado, de modo a identificar fatores que venham a interferir neste processo, entre eles, os déficits cognitivos, visuais, auditivos e de memória, as doenças concomitantes, as dificuldades para mobilização, o uso de várias medicações e as questões de gênero. Aspectos psicológicos, como a depressão, o isolamento social, as perdas recentes, comuns nesta faixa etária, necessitam ser identificados (AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS (AADE), 2009). O educador quando aborda o diabetes precisa ter maior tolerância, disponibilidade de tempo, paciência e compreensão com a pessoa idosa, necessita persistir e mudar estratégias com base nas necessidades de saúde e nos recursos que o idoso apresenta (DIABETES EDUCATION STUDY GROUP (DESG), 2007; BRASIL, 2007). Há que se considerar e fortalecer o protagonismo do sujeito, propondo estratégias que trabalhem a saúde e a doença no cotidiano, o cuidado com a vida e que possibilitem as interações, as relações horizontais, a dialogicidade, as comunicações efetivas entre os envolvidos, empoderando-os para fazerem escolhas na sua vida e em relação à sua saúde. (BRASIL, 2009; FREIRE, 2007). Nesta lógica, Merhy (1999) considera este processo de relações entre duas ou mais pessoas que agrega conhecimentos e recupera a autonomia em relação ao modo de ser e viver no mundo, que configura o educar-se em saúde, de tecnologia leve. Neste encontro, intersubjetivo, segundo ele, pode ocorrer momentos de troca, de acolhida, diálogos, escutas, interpretações, cumplicidade e corresponsabilização em torno de problemas que serão enfrentados.

Poderá emergir relações de vínculo e aceitação, de confiabilidade e esperança entre profissionais e idosos. Para tanto, os profissionais de saúde necessitam capacitação e serem instrumentalizados para uma abordagem que estimule o diálogo, a reflexão, a troca e construção conjunta de cuidados (AADE, 2009).

Considerando o exposto, o objetivo deste estudo é descrever como foi desenvolvido o processo educativo com idosas com diabetes como estratégia e tecnologia de cuidado para adesão ao tratamento, identificando a importância desta prática na ótica dos idosos que vivenciam esta patologia.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte de uma pesquisa qualitativa, descritiva, na modalidade convergente-assistencial, proposta por Trentini e Paim (2004), em que se pesquisa, presta-se assistência e educa-se de forma concomitante. Na área de saúde procura minimizar, resolver problemas e dificuldades, realizar transformações no cotidiano do cuidar, enfatizando o pensar e fazer de forma articulada (TRENTINI; PAIM, 2004). Consiste do relato de experiência do processo educativo, realizado por meio de oficinas, um dos momentos utilizado para a coleta de dados da pesquisa intitulada: adesão de mulheres idosas aos cuidados e tratamento do diabetes *mellitus*.

Foi desenvolvido com mulheres idosas com diabetes que frequentam o Núcleo Interdisciplinar de pesquisa, ensino e assistência geronto-geriátrica (NIPEG), do ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Participaram onze mulheres idosas, atendidas pela enfermeira do grupo da terceira idade no mínimo em três consultas. As mulheres apresentam maior frequência e assiduidade às consultas sendo este motivo de serem convidadas. Os critérios para inclusão foram: serem lúcidas, orientadas, apresentarem linguagem preservada, serem independentes e autônomas. Os dados foram coletados inicialmente por meio de entrevistas semiestruturadas e após uma análise preliminar foram levados para serem refletidos, debatidos e problematizados coletivamente em quatro oficinas realizadas na sala do NIPEG no ambulatório do HU/UFSC com duração de 2 horas, no período de setembro e novembro de 2010. A sala utilizada era ampla, bem arejada e iluminada, local conhecido pelas idosas, com banheiro próximo e permitia a disposição das cadeiras em círculo para as discussões e uma mesa redonda que puderam utilizar para colagens e desenhos.

As oficinas constituíram-se de quatro etapas proposta por Zampieri, guiadas por pensamentos de Freire a) descobrindo-se, que consistiu da apresentação dos participantes e proposta de pesquisa; b) desvelando a situação no qual se identificou as dificuldades e facilidades para adesão aos cuidados e tratamento; c) tematizando, problematizando e agindo, que permitiu trabalhar a situação desvelada, teorizando-a; d) revendo e redirecionando que incluiu a avaliação do processo. Estas etapas aconteceram por vezes de forma simultânea e nem sempre aconteceram nesta ordem de acontecimentos, mesclando-se durante todo o processo.

Foram respeitados os princípios da Resolução 196/96. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo mantido o anonimato por meio de pseudônimos. O projeto foi aprovado sob o número de protocolo 935/2010 no Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e Hospital Universitário.

Caracterizando as participantes

As participantes das oficinas foram mulheres idosas com idade entre 60-70 anos, sendo seis casadas, três viúvas, uma solteira e uma divorciada, que residem com marido, filhos e netos. Em relação ao nível de escolaridade, oito delas tinham o ensino fundamental incompleto, três com segundo grau, uma incompleto. Das participantes, cinco haviam recebido o diagnóstico de diabetes há vinte anos, três a dez, duas há 15 e uma há cinco anos. Metade das participantes recebia entre 1,5 a 2,5 salários mínimos e a outra entre três e quatro salários.

Desenvolvimento do processo educativo

O processo educativo se caracterizou pela sua dinamicidade e flexibilidade. Antes da realização do processo educativo propriamente dito algumas ações foram planejadas e acordadas com as participantes. O convite foi realizado via telefone ou pessoalmente quando procuravam o serviço para as consultas médica e de enfermagem. A partir daí, realizou-se um

aprofundamento teórico sobre a temática e estudos que delineassem dinâmicas direcionadas a esta faixa etária, estimulando a memória, favorecendo a participação efetiva e ativa, a expressão de idéias com liberdade e permitindo desvelar as estratégias para melhor adesão aos cuidados.

Como a literatura aponta, o trabalho em grupo com idosas diabéticas requer atenção especial em relação à escolha das técnicas

utilizadas. Estas devem contemplar os vários níveis de escolaridade, idade e buscar superar as limitações dos participantes, tais como dificuldades de leitura, interpretação e escrita. Devem trabalhar ainda a memória e concentração, propiciar a integração grupal entre pessoas diferentes, prender a atenção, instigar o processo reflexivo e valorizar e reconhecer a singularidade e participação de cada idoso, como ser humano único (BRASIL, 2007; AADE, 2009).

Previamente foi realizada uma entrevista para ampliar os conhecimentos sobre as participantes e identificar o significado de viver com diabetes as dificuldades/barreiras que dificultavam a adesão aos cuidados e tratamento. Com base numa análise preliminar a luz de Trentini e Paim (2004), desvelou-se como principais limitações: a negação da doença em função das perdas (sobretudo restrição alimentar e de convívio social); o fato de não se perceber doente; déficit de conhecimento, cognitivo, financeiro e de memória; falta de apoio dos familiares, isolamento e preconceito social; dificuldade de mudar hábitos; ausência de uma estrutura específica e de aparelhos para atividade física para idosos nos bairros, despreparo dos profissionais; problemas na referência e contrarreferência no sistema de saúde e falta de acesso aos serviços de saúde, seus equipamentos, medicamentos, visitas domiciliares e atividades educativas.

A primeira oficina iniciou com explicação sobre o trabalho coletivo a ser desenvolvido, aspectos éticos relativos à gravação e termo de consentimento, e referencial teórico utilizado. Deste modo, esclareceu-se que o profissional atuaria como um facilitador das atividades e que seria oportunizado espaços para que as participantes pudessem conduzir o processo da forma a atender suas expectativas; expressar suas necessidades, idéias e experiências, sem juízo de valores. Na ocasião, foi acordado com o grupo trabalhar com base nas dificuldades expressas, validadas e problematizadas neste encontro e construir coletivamente estratégias para superar estas limitações e favorecer a adesão aos cuidados com alimentação, atividade física e medicação. Além disso, foi combinada a realização de quatro oficinas ou encontros, seguindo as etapas já elencadas, objetivando, conhecer, desvelar, tematizar, problematizar, refletir e avaliar com os seguintes temas: o viver com diabetes, alimentação e o diabetes, a atividade física, medicamentos.

Considerando estas questões, o tema da primeira oficina foi “vivendo com diabetes”. Teve como objetivo, por meio do compartilhamento de experiências, anseios, crenças, sentimentos entre idosos que vivenciam o mesmo processo, despertar a reflexão sobre o

significado do diabetes em sua vida e sobre formas para viver/conviver com o diabetes.

No primeiro momento, denominado “descobrimo-se” foram realizadas dinâmicas objetivando o conhecimento de si e do outro, maior interação e entrosamento. Neste sentido, foi sugerido um diálogo em duplas entre as participantes sobre suas características pessoais, com posterior apresentação para o grupo e elaboração de crachás com seus nomes. Chamou a atenção que a maioria das falas durante a apresentação referiu-se ao diabetes, já que tinham conhecimento que todas que ali estavam apresentavam esta situação de saúde.

Essa é minha amiga Orquídea, né? Mora no Saco dos Limões estamos caminhando nesta caminhada do diabetes. Nesta doença boa, que a gente tem, né? Muito boa, né? (Crisântemo).

Essa aqui é a minha amiga Dália que mora lá nos Ingleses, tem diabetes como eu e estamos aqui pelo mesmo motivo (Rosa).

Nota-se nestas falas, no entanto, por parte de algumas uma ironia em relação à patologia, considerada por elas ao longo do processo educativo como uma situação de difícil aceitação e percepção em função das limitações e perdas pessoais e sociais, e invisibilidade dos sintomas.

O processo educativo além de apontar esta dualidade ao mesmo tempo revela o pertencimento dos envolvidos ao grupo, que se sentem iguais por estarem vivendo uma situação homogênea, o diabetes. O grupo é um espaço formado a partir de interesses e temas comuns, configura-se como uma rede de apoio e é um veículo para discussão de situações do cotidiano, entre elas, as doenças crônicas como o diabetes (BRASIL, 2007).

Nas oficinas subsequentes, o “descobrir-se” foi se aprofundando e permitiu todas se conhecerem e se reconhecerem ao final dos encontros. Foram trocados os crachás e redistribuídos. Foi sugerido que buscassem relacionar nome e pessoa para trabalhar a questão da memorização, uma das limitações das participantes. Como várias participantes tiveram dificuldade para recordar os nomes das companheiras, sugeriram associá-los com objetos, cidades, nome de lojas entre outros, objetivando que fossem memorizados, o que surtiu efeito. É importante incentivar o idoso a trabalhar a memória que pode estar alterada nesta faixa etária, sendo que as associações ajudam neste

processo (AADE, 2009).

Nestes momentos iniciais, de acolhimento, havia um espaço de tempo para descontração e diálogos informais sobre assuntos da semana, objetivando a interação do grupo, a exposição de opiniões e discussão sobre aspectos, temas e dúvidas do cotidiano ou emergidos nas oficinas, e também a apresentação de sugestões. Neste sentido, as participantes destacaram a importância da atenção, vínculo, a valorização das suas necessidades e respeito a sua realidade e crenças por parte dos profissionais para melhorar a adesão aos cuidados.

O acolhimento é um momento essencial que promove a interação entre os sujeitos. Segundo Merhy (1999), é um encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário que é significativo na medida em que produz relações de vínculos e responsabilizações, podendo gerar compromissos relacionados a projetos de intervenção. É um espaço para a escuta, já que ouvindo criticamente o outro, aprende-se a falar com ele e compreendê-lo, se estabelece uma comunicação dialógica e horizontal que possibilita a troca de conhecimentos e experiências mútuas, e respeito ao outro e suas diferenças (FREIRE, 2007).

O segundo momento da primeira oficina denominado “desvelando a situação” e o terceiro “tematizando, problematizando e agindo” consistiu de atividades que tinham por finalidade conhecer como é viver com diabetes, quais as alternativas utilizadas para viver bem e com qualidade de vida e o que fazem para melhorar esta condição. Foram distribuídas revistas para que cada uma escolhesse figuras ou desenhasse algo retratando a sua compreensão do que é viver com diabetes. Em seguida, após serem coladas em um cartaz comum, foram apresentadas para o grupo e problematizadas os temas. Foi um momento de muita alegria, risos e conversas, no qual procuravam tratar a doença de uma maneira mais descontraída, fazendo piadas sobre as limitações impostas pela sua condição. Percebeu-se que por meio do lúdico conseguiam expressar com maior facilidade as dificuldades e refletir sobre formas de superá-las.

[...] que Deus me ajude! Para que eu possa controlar a minha diabete, já que eu sei que tenho ela e vou ter para o resto da minha vida, então é onde eu vou pedir ajuda, ajuda médica e de Deus (Jasmim).

Nós temos que aprender a mandar essa beti embora. [...] a tiabeti (Jasmim).

Neste processo de educar-se, a construção

compartilhada de saberes, a utilização de jogos, brincadeiras, colagens propiciaram que o idoso com diabetes pensasse sobre a vida e cotidiano de forma leve, prazerosa, enxergando-se através do outro que tem a mesma faixa etária e vivência situações semelhantes as suas, podendo refletir e ressignificar seu processo de envelhecimento enquanto idoso com diabetes de forma consciente. Do mesmo modo fez despertar e emergir uma série de sentimentos, possibilitando aos envolvidos expressarem de maneira sincera seus comportamentos e atitudes, permitindo a manifestação da sua criatividade e personalidade, contribuindo na reformulação da sua existência (CELICH; BORDIN, 2008).

Seguindo o processo educativo, as participantes expuseram no grupo aspectos importantes de sua história de vida com o diabetes, alguns sentimentos, dificuldades, conquistas, mudanças e esperanças de não terem complicações. Tais narrativas foram refletidas e debatidas o grupo para “ir além e viver melhor”. Reforçaram que neste processo é fundamental o apoio familiar, nem sempre presente, e o apoio dos profissionais.

Dália comparou o diabetes com os espinhos de uma rosa e relatou que se sentia como um peixe em um aquário vivendo sempre com algumas restrições impostas pela doença. Cravo deixa nas entrelinhas que não aceita a doença, não consegue se cuidar, Margarida mostra-se resignada, só lembrando que tem diabetes na hora do remédio. Há aquelas que não se percebem doentes ou indiferentes a ela como Rosa e Violeta. Já algumas como Dália aceitam a doença e trazem formas de superá-las, apontando que em grupo tudo fica mais fácil. Assim, emergiram como significados de “ser e ter diabetes”, o de uma doença silenciosa com sintomas invisíveis, que leva a perdas, limitações, complicações, outras doenças, sentimentos de culpa, conflitos familiares, difícil de ser vívida e que precisa ser aceita e compreendida.

Olha, eu já fui, hoje sou mais consciente com o diabetes porque estou aceitando. (Orquídea).

A diabete mexe com a visão, com o coração, tudo de ruim ela traz para a gente (Crisântemo).

O grupo oportuniza que as participantes tragam, por meio de suas falas, a ambivalência de sentimentos em relação à vivência do diabetes e a estratégias para adesão, gerando sentimentos de solidariedade entre elas em conformidade com a literatura. É um espaço solidário, no qual se compartilha dificuldades, buscam-se alternativas de forma conjunta para superá-las através do apoio mútuo, troca de experiências e motivações. Neste processo, aprendem profissionais e pessoas com diabetes (SILVEIRA;RIBEIRO, 2005).

Foram colocada pelas mulheres a forma como encaram a doença, gerando reflexão por parte do grupo e um repensar sobre suas vidas.

Não gosto de falar, sou relaxada, não faço nada do que é para fazer (Cravo).

[...] quando me sento muito angustiada, vou pra igreja. Rezo pra que eu seja ajudada, que Deus me ajude! Tem que ter muita força de vontade, senão não consegue (Jasmim).

Estamos todas no mesmo barco, tudo junto (Crisântemo).

A gente se cuidando, vai adiante (Dália).

O grupo no momento em que estimula o debate, a problematização e a reflexão conjunta propicia uma proximidade entre as idosas, transformando-se num espaço terapêutico em que são colocadas questões de ordem pessoal sobre como lidam com o diabetes (GONÇALVES; SCHIER, 2005). A comunicação trazida por uma das participantes do grupo ressoa em outra, transmite um significado afetivo equivalente. Com base, nas narrativas do outro, apreende o que considera importante para si e têm a oportunidade de ressignificar a sua própria vivência. O grupo ao acolher as angústias e necessidades dos participantes, passa a reconhecê-las e lhe dão visibilidade, propicia a partir da reflexão, a possibilidade de mudança (ZIMERMAN, 2000).

Na sequência, foram convidadas a participarem do lanche educativo, constituído de salada de frutas, sanduíche natural de pão integral e *chá diet*. Este momento engendrou alguns debates e problematizações sobre alimentação, sobre a sua restrição, considerada uma das principais perdas, servindo de aquecimento para a próxima oficina, na qual seria discutida esta temática.

Foi entregue um imã de geladeira com a data do próximo

encontro e uma caderneta de bolsa e caneta para anotarem dúvidas e reflexões sobre o discutido. Os debates sobre o tema apenas servem de início e base para a reflexão, que se mantém após o término da oficina. O ato de refletir não finda é um processo, ele inicia nas oficinas, mas vai se sedimentando ao longo da vida a partir da reflexão sobre o ouvido e compartilhado, culminando ou não com transformações no ser e viver destas pessoas idosas. Já dizia Freire (2007), através do pensar e refletir sobre o mundo, sua realidade e sobre si mesmo, o ser humano pode e consegue se transformar. Assim, tem vocação ontológica para “ser mais”.

O trabalho educativo nas oficinas está direcionado a transformação social que pode ocorrer de acordo com a vontade e possibilidade de cada participante (GONÇALVES; SCHIER, 2005). Como seres inacabados, estamos em constante busca do aprendizado. A prática educativa é um exercício constante em favor da produção e desenvolvimento da autonomia, implica em decisões e responsabilidade com vistas a ser e estar melhor (FREIRE, 2007). O processo educativo em grupo possibilita para além das reflexões, do momento dos encontros, novas tomadas de consciência, objetivando uma vida mais saudável e com maior qualidade (GONÇALVES; SCHIER, 2005).

A avaliação sobre o trabalho em grupo, última ação deste encontro, foi abrangente e reforçou, conforme as falas, a importância do grupo como espaço de aprendizagem e trocas podendo gerar mudanças ou não de comportamento, além de ser oportunidade para estabelecer novas relações e vínculos sociais, conhecer pessoas novas com problemas similares, discutir sobre erros e acertos do cuidado. Além disso, uma forma de se autoavaliar quanto ao cuidado e refletir sobre a doença, tomando uma nova postura diante da vida. Reforçaram que mesmo com diabetes podem viver com alegria, se o diabetes não for encarado como o centro de suas vidas.

[...] a gente se sente bem no meio de tantas amigas, a gente sabe que todas nós temos o mesmo problema, uma vai ensinando a outra e cada um toca a vida pra frente. (Crisântemo).

O grupo já está entrosado, já tem um vínculo. Outra sexta-feira que não teve fiquei bem triste. (Petúnia).

[...] saber que a vida não é só comer, como é bom sair por aí, ver o jardim das casas (Dália).

O trabalho em grupo consiste numa experiência educativa importante onde todos aprendem através das diferentes realidades e constroem um conhecimento compartilhado (BRASIL, 2009). Do mesmo modo, sentir-se fazendo parte do grupo e perceber que seus conhecimentos são importantes e valorizados pelas outras pessoas é extremamente estimulante. A educação em saúde é sentida de forma prazerosa quando permite o fortalecimento de laços de amizade, identidade e apoio para enfrentamento de situações decorrentes da convivência com uma doença crônica, favorecendo a adesão aos cuidados (BRASIL, 2009).

Além, disso os depoimentos evidenciam o processo educativo como tecnologia que favorece sobremaneira a inclusão e o protagonismo:

Nesta reunião me senti valorizada, sai do setor onde tem problemas bem difíceis. Eu falei que bom vou pra reunião. Eu já vim preparada, eu aprendi coisas, me senti incluída no grupo. (Petúnia).

[...] Mesmo se a gente lê, conversando a gente aprende muito mais (Dália).

[...] A pessoa que já teve, vai orientando a outra. [...] Um começa a conversar com o outro sobre o diabete. Ajuda sim, no tratamento. A pessoa fica mais consciente (Violeta).

O estudo evidência que a atividade educativa dialógica é capaz de contribuir para o despertar do potencial reflexivo, crítico e criativo do grupo, apresenta-se como uma importante estratégia de intervenção para o profissional de saúde, em especial o enfermeiro que trabalha na perspectiva de emancipação dos idosos. Conhecer permite ao ser humano ter as rédeas de sua vida, fazer escolhas e conscientizar-se do que é melhor para si (FREIRE, 2007). Neste processo, os profissionais e as idosas com diabetes, na condição de seres humanos, são sujeitos inconclusos e ativos que participam, e estão continuamente aprendendo uns com outros (FREIRE, 2007).

Na segunda oficina o tema central foi alimentação e como as demais seguem as etapas de Zampieri (1998) já mencionadas. No segundo momento, foi sugerido compor pequenos grupos, constituídos de três mulheres para elaboração de um cardápio ideal para as idosas

com diabetes, nas três principais refeições. Foram utilizados materiais para colagem, figuras coletadas em revistas, desenhos realizados pelos componentes do grupo e cartolinas. Foi um momento de troca de conhecimentos, interações, informações, brincadeiras, estando sempre presente, a luta interna entre a idéia da alimentação ideal, o que é seguido, o que é desejado, o que é possível dentro de uma gama de questões, econômicas inclusive. Evidenciou-se o descontentamento das participantes em relação aos familiares que exigem o preparo de alimentos não adequados as suas dietas, estimulando-os de certa forma a ingerir estes alimentos e da sociedade em geral que não se preocupa com suas restrições alimentares quando organizam passeios e festas, excluindo-os do convívio social.

No segundo e terceiro momento foi sugerido compor pequenos grupos, constituídos de três mulheres com finalidade de elaborar um cardápio ideal para idosos com diabetes para as refeições principais, café da manhã, almoço e jantar. Para tanto, utilizaram figuras que foram coletadas em revistas, ofertadas e desenhos realizados pelos componentes do grupo. Cada refeição elaborada foi colada em um cartaz, que foi posteriormente fixado à parede para oportunizar a discussão coletiva. Foi um momento de descontração e entrosamento. Discutiram, brincaram, refletiram sobre o tema proposto.

[...] estamos fazendo um cardápio ideal, não quer dizer que seja o nosso. [...] não é o que a gente deseja é o que a gente pode. (Petúnia).

[...] o mais difícil é a gente ir na casa dos filhos, chega lá, tem uma coisa, tem outra e a gente não pode comer (Crisântemo).

Em seguida os grupos foram relatando seus cardápios para o café da manhã, almoço e jantar. Sempre que surgiam questionamentos estes eram devolvidos as participantes do grupo para refletirem, debaterem, avaliarem se estava adequado ou precisava de ajustes ou transformações de ações. Foram discutidos assuntos como preparo de alimentos, consumo de carboidratos, frutas, sucos e relatos de estratégias individuais de como aderir aos cuidados com alimentação.

[...] já deixo tudo separado que vou comer na mesa, o meu prato de salada, a minha sopa. Faço para não comer demais (Dália).

[...] Nunca ficar com o estomago cheio, deixar

sempre um espacinho (Dália).

No almoço, primeiro se come a salada verde (Dália).

No lanche educativo desta oficina foi servido iogurte, grãos, suco de frutas e bolo *diet*. Neste momento foi discutida a importância da leitura e avaliação dos rótulos das embalagens, diferença entre alimentos *diet* e *light* e foram trocadas receitas em geral, de acordo como poder aquisitivo e realidade de cada uma delas. Na prática conseguiram perceber que é possível se alimentar adequadamente, com pratos diversos e saborosos e sentirem-se satisfeitas de uma maneira saudável.

Estudos apontam que o processo educativo realizado por uma equipe multidisciplinar, cujas atividades estejam direcionadas não apenas para os aspectos biológicos, mas também à subjetividade do indivíduo portador de diabetes favorece a adesão, uma vez que considera as vivências destes sujeitos e sua realidade para tentar mudar alguns hábitos de vida considerados nocivos à pessoa diabética (TORRES; FERNANDES; CRUZ, 2007).

Foi proposta uma dinâmica para refletir sobre os mitos e verdades sobre alimentação.

A próxima proposta foi um jogo para refletir sobre mitos e verdades, sobre alimentação. Utilizaram-se cartões com frases, com base no colocado nas entrevistas e dúvidas mais frequentes nas consultas, sorteados entre as equipes, refletidos em pequenos grupos e levados para o grande grupo. Simultaneamente foram colocados cartazes na sala sobre curiosidades a respeito do diabetes, problematizando a questão, abordando os seguintes aspectos: alimentos: verdades e mentiras, leitura e interpretação dos rótulos, uso de fibras, adoçantes, consumo de mel, frutas, entre outros assuntos que permeiam os mitos e imaginário das pessoas.

Os mitos permeiam nossa vida às vezes desde a infância, nesse sentido é preciso uma discussão ampla sobre eles, pois muitas vezes impedem um tratamento adequado. As questões culturais podem influenciar de modo positivo ou negativo o cuidado de saúde. O diabetes não se restringe apenas a doença física, mas faz parte da vida dos idosos (BRASIL, 2009).

A avaliação dos participantes sobre este dia, constituindo a última etapa chamada de “Revedo e redirecionando” foi positiva, inclusive superando a da oficina anterior. Indicou que a condução foi ao encontro das participantes e permitiu pensar na inclusão de novas técnicas que

estimulassem ainda mais a expressão das experiências e saberes e trocas entre todos. Por outro lado, gerou uma inquietação. Talvez fosse menos penoso tratar de assuntos práticos do que refletir especificamente sobre a sua condição. Participaram ativamente e propuseram repetir este assunto, alimentação posteriormente, haja vista que este tema suscita muitas dúvidas no cotidiano feminino.

[...] pra nós importantíssimo, respalda mais...acho que poderia ter outro encontro sobre alimentação (Dália).

[...] muito bom, quando a gente vai conversar com uma pessoa que não teve esclarecimento (Rosa).

Os depoimentos também apontam a necessidade de rever os grupos realizados nas prefeituras aos idosos com diabetes no tocante, principalmente, a alimentação, denotando a falta de capacitação para esta situação de saúde na atenção básica, já que algumas unidades os lanches não se adequam a dieta dos diabéticos. Enfatizam que os profissionais durante as reuniões e os passeios tenham o cuidado de introduzir alimentos saudáveis de acordo com o que é preconizado por *experts* na área para que as pessoas se sintam respeitadas, incluídas e participem efetivamente desta atividade. Além disso, apontaram como principais estratégias, advindas do cotidiano de viver com diabetes: fazer lista de compras, não ir ao supermercado com fome, realizar rodízio para fazer as refeições, planejar as refeições em relação a horários e quantidade, interromper a refeição quando sentir-se satisfeito.

Ao final deste encontro foi entregue um copo plástico graduado com medidas para estimular a elaboração de receitas compartilhadas, uma revista sobre alimentação para o idoso com diabetes, imã de geladeira com lembrete e sugestão para trazerem receitas médicas e medicações em uso para discussão e problematização desta temática na semana seguinte.

Na terceira oficina sobre medicação, foi sugerido a confecção de cartazes com o nome dos participantes em cartazes, a dose das medicações para diabetes em uso pelas por elas, se utilizam conforme prescrição, e em caso negativo, o porquê. Houve similaridades em relação às medicações usadas e todas eram disponibilizadas pelo SUS. Além dos comprimidos, seis das onze participantes usavam insulina.

A atividade foi realizada em pequenos grupos, cada qual

nomeada com uma cor, e compartilhadas com todo o grupo. Sorteadas perguntas sobre uso de medicação e o cotidiano, precauções em relação a exames, cuidados com insulina, o porquê do uso da insulina, condicionamento e horários da medicação, uso do glicosímetro, participação familiar, e riscos de hipoglicemia. A partir das perguntas iniciais, o debate e discussão foi suscitando dúvidas em relação ao cuidado com a medicação, que foram problematizados, teorizados, trabalhados em grupo com base em bibliografia atualizada e experiências das mulheres. Na comunicação e diálogo respeitoso entre elas, em torno da realidade vivida concretamente refletiam, problematizavam, aprendiam e ensinavam.

[...] um episódio que eu tive na minha casa, foi a hipo, que cheguei a desmaiar, é perigoso? (Orquídea).

[...] você usa a fitinha com o mesmo aparelho. Não pode ela tem um lote. Você tem que colocar no aparelho com um chip novo (Petúnia)

“As experiências positivas em relação ao cuidado, como o uso da insulina, estimulam o outro a aderir ao medicamento e utilizá-lo de forma correta” *[...] eu tinha um desânimo terrível. [...] depois da insulina, eu revivi, [...] voltei a ter vida (Dália).*

O modelo dialógico de educação em saúde propicia a construção coletiva do conhecimento através de um espaço solidário onde a informação aliada à troca de experiências e de motivações, apoio mútuo oportunizam a interação entre portadores de diabetes e profissionais buscando a superação das dificuldades no tratamento (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

As sugestões para adesão ao uso da medicação foram inúmeras, entre elas, uso de porta-comprimido, associar a medicação ao horário da alimentação, colocar em local específico e checar o uso entre outras. Várias são as estratégias utilizadas, contudo o importante é reconhecer se a estratégia não está sendo efetiva, refletir e rever suas condutas, se perceber a necessidade.

[...] eu me dei bem com este porta-comprimido. Aquilo já faz parte da minha bolsa (Petúnia).

[...] eu tomo de manhã da pressão e do diabetes, então eu coloco em cima da geladeira. (Margarida).

[...] é bom na hora que for dormir colocar todos os remédios que for usar no outro dia na caixinha. (Dália).

[...] se esqueci, eu vou perguntar naquele momento. [...] então eu vou mudar aquilo (Petúnia).

Estudos apontam que na maioria das vezes é preciso o uso de várias estratégias simultâneas para uma boa aderência (WHO, 2003).

Após esta etapa realizou-se o lanche educativo, além de frutas e suco *diet* um pão salgado de atum. As orientações compartilhadas foram consideradas adequadas, sendo valorizados os novos conhecimentos, esclarecimentos, lembretes para evitar o esquecimento da medicação, o entrosamento e vínculo do grupo, os quais facilitaram o aprendizado, como revelam as falas a seguir.

[...] é como aprender a ler, começa alfabetizar, cada vez aprende mais (Dália).

[...] os tipos de diabetes, eu não sabia (Violeta).

Coisas que eu não sabia, aprendi (Violeta).

A atividade educativa em grupo leva o indivíduo portador de diabetes a uma conscientização e autonomia através da reflexão, compreendendo a doença e como lidar com esta situação gerando uma modificação ou manutenção de cuidados em relação a sua saúde (TORRES; FERNANDES; CRUZ, 2007).

Receberam ao final uma caixa organizadora para medicação, colorida, individualizada quanto aos horários do dia e da semana. Orientado e discutido seu uso; o preparo da medicação para toda a semana, evitando a dúvida se fez ou não uso da medicação, pois a mesma estará acondicionada no espaço referente aquele horário. Esta dúvida é comum nos idosos devido ao uso concomitante de várias medicações. (AGS, 2003).

A última oficina abordou a atividade física. Inicialmente foi oferecido papel cartão para que cada um relacionasse suas atividades e a frequência de acordo com a cor dos cartões: verde para quem realizava atividade física e cartão amarelo para quem era sedentário e necessitava de atenção em relação a este aspecto. No primeiro, foram registradas

quais as atividades físicas realizadas, sua frequência, a forma como faziam e se sentiam. No segundo, eram expressos os impedimentos e como podiam superá-los. Iniciou neste momento a reflexão sobre atividade física e simultaneamente já emergiram algumas estratégias para motivar a adesão.

Elaboramos um quadro conjunto com todos os dados e fixamos na parede, apenas metade das participantes realizava atividade física, no entanto apontaram atividades no doméstico que contabilizaram como uma atividade física:

[...] caminho assim, vou ao posto, mas de sair na rua, não dá. Estou esperando o prefeito colocar aqueles aparelhos de ginástica lá perto de casa (Jasmim).

[...] limpando a casa, aí, não dá pra caminhar (Margarida).

[...] do quarto pra cozinha, da cozinha pro quarto (Lírio).

[...] faço ginástica duas vezes por semana, caminhada é quase todo dia (Orquídea).

Sugeriu-se em seguida responder a uma pergunta sobre atividade física. A resposta estava dentro da cartela com uma carinha sorridente ou triste de acordo com resposta afirmativa ou positiva. Trabalharam em duplas ou trios, discutiram e as respostas foram embasadas teoricamente fundamentada na literatura, reforçando a importância desta ação.

A atividade física parece não ter sido considerada como uma parte do tratamento, as idosas apresentam muitas dificuldades para incorporá-la como hábito, e sugerem algumas opções no sentido de uma melhor aderência:

[...] sair com o cachorro, também é uma caminhada (Margarida).

[...] o problema não é ir caminhar com eles (grupo) é ir sozinha, não ter um pra puxar (Lírio).

As estratégias para melhorar a adesão relativa à atividade física, apontadas pelo grupo, incluíram ainda o apoio dos profissionais da área,

realização de caminhadas em grupo, fazer ginástica em aparelhos específicos na praça e ter áreas específicas para caminhada nos bairros. O lanche educativo foi com motivo natalino com panetone *diet*, frutas de natal, sucos *diet* e sanduíches naturais. Solicitaram que fosse verificada a glicemia antes do lanche. Aproveitamos para discutir os valores e relacionar com alimentação, medicação e atividade física. Algumas pessoas relataram já estarem mudando hábitos alimentares após as oficinas, corroborando o caráter educativo do trabalho em grupo.

[...] aqui a gente tá sendo orientada para comer, fui num aniversário, comi um pedaço de pão picante, dois salgadinhos, e não comi doce, não comi mais nada. Eu to me educando. (Jasmim)

Finalmente realizamos de maneira conjunta a avaliação do trabalho em grupo. Sugeriram que continuássemos as oficinas, enfatizando que aprenderam muito, sentiram-se valorizadas, incluídas. *Reiteraram* a importância da família participar da educação do idoso com diabetes, para melhor compreender o processo, se inserir e auxiliar no cuidado.

[...] mas, não devia terminar aqui. (Rosa).

[...] eu me sinto outra pessoa, outra. Aquele desânimo eu não sinto mais (Dália).

[...] orientação, educação. A gente aprendeu coisa que não sabia (Jasmim).

[...]. Os familiares de diabéticos deviam ser orientados sobre isso, eu nunca vi nenhum familiar de diabético ser treinado para tratar um diabético (Dália).

Colocaram que em alguns locais existe uma preocupação com as peculiaridades de atendimento do idoso com diabetes, mas ainda de forma insipiente. No decorrer do desenvolvimento das oficinas estas mulheres idosas através das reflexões e debates foram despertando para seus direitos como cidadãs, reivindicando uma associação de pessoas com diabetes, carteira para que pudessem comprar alimentos e medicamentos com menor custo; divulgação na mídia sobre o diabetes, educação nas escolas para que as crianças aprendam desde cedo a lidar e respeitar as diferenças,

associações com acompanhamento psicológico e terapia ocupacional para conseguirem uma melhor adesão aos cuidados e tratamento.

Realizamos entrega de presentes de natal, houve trocas de telefones e endereços com o objetivo de dar continuidade ao processo educativo, indicando estreitamento de vínculos entre as participantes e importância desta prática em suas visões.

Neste estudo constatou-se que o idoso, segundo Freire (2007) como ser humano tem condições de assumir-se como ser crítico, social, pensante, transformador e participando ativamente na construção de estratégias para adesão aos cuidados e tratamento do diabetes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidencia a importância do processo educativo no âmbito grupal como tecnologia de cuidado-leve e estratégia para idosas com diabetes discutirem entre iguais sobre sua vida, cuidados e tratamento, empoderá-las para o autocuidado tornando-as mais autônomas e participativas para tomar as rédeas de sua saúde.

O conhecimento pode melhorar a condição de saúde, física psicológica e social, propiciando um processo de envelhecimento mais saudável e com qualidade de vida, além de favorecer a adesão aos cuidados e tratamento.

O processo educativo com idosas com diabéticas como tecnologia de cuidado em saúde propiciou um espaço específico para o idoso com diabetes refletir sobre a sua vida, suas percepções e seus sentimentos, hábitos, situação de saúde, um espaço de aprendizagem mútua que propicia ressignificar suas compreensões e gerar mudanças.

Significou um momento importante na vida destas mulheres, por meio do qual estas se permitiram pensar em si, como seres humanos de valor e que convivem com uma doença crônica que muitas vezes é invisível para si e para sua família. Constituiu-se um espaço de interação, terapêutico, solidário, de respeito e dialogicidade, que apontou limitações e formas de superação, configurando-se como uma estratégia para desvelar ações que melhorem a adesão aos cuidados e tratamento e fortalecer as potencialidades das idosas com diabetes para agir de forma mais ativa em relação a sua saúde e vida.

O estudo desvela que as participantes sentiram-se pertencentes e incluídas ao grupo, iguais na idade e patologia apresentada, mas diferentes e heterogêneas nas percepções e sentimentos, criando-se entre elas vínculos que suplantaram os muros da oficina. No processo vivenciado, participaram cada qual com suas potencialidades e

limitações, respeitando-se e apoiando-se mutuamente quando em alguns momentos surgiram questões mais delicadas que mobilizaram sentimentos. Assinala que são capazes em propor estratégias que venham a contribuir para melhorar sua situação de saúde, para que possam viver com maior qualidade de vida, sendo fundamental que os profissionais escutem suas necessidades, anseios e sugestões e juntos se corresponsabilizem pelo cuidado e tratamento.

A pesquisa revela um despreparo por parte dos profissionais da atenção básica para trabalhar com esta parcela da população e para incluir os familiares em todo o processo, apontando a necessidade da capacitação destes profissionais em relação a esta situação de saúde e práticas educativas.

Participar através de jogos educativos, desenhos, colagens, permitiu uma reflexão de maneira lúdica, mobilizando sentimentos, pensamentos, propiciando maior abertura, liberdade e profundidade no compartilhar, tornando mais leve esta convivência e a expressão de suas ideias, sem preconceitos.

Esta pesquisa amplia o estado da arte e pode servir de subsídio para a assistência e transformações nas práticas educativas na atenção básica ou hospitalar. Assim, considerando a relevância desta pesquisa, recomendamos que esta atividade seja replicada no contexto deste estudo e em outras unidades na atenção básica e hospitalar e ampliada replicando este trabalho com idosos em outras realidades, faixas etárias, incluindo homens idosos para identificar a diferenciação na questão de gênero.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS. **Position Statement:** special considerations in the management and educations of older persons with diabetes. 2009. Disponível em: <http://diabeteseducator.org/professional/resources/position/position_statements.html>. Acesso em: 05 mai. 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Position Statement: diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 33, sup. 1, p. S62-S69, jan. 2010.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Panel on Improving Care for

Elders with Diabetes. **JAGS**, v. 51, p. S265–S280, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e manuais técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. v. 19. Brasília: MS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para educação em saúde para o autocuidado em diabetes mellitus**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. b.

BRAWLEY, Lawrence R.; CULOS-REED, S. Nicole. Studying Adherence to Therapeutic Regimens: Overview, Theories, Recommendations. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 21, p. 156S-163S, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11018570>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez; BORDIN, Alexandra. Educar para o autocuidado na terceira idade: uma proposta lúdica. **Rbceh**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p.119-129, 2008. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/102/186>>. Acesso em: 10 out. 2010.

DIABETES EDUCATION STUDY GROUP (DESG). **Education approach to the elderly diabetic patient**. Teaching letter n. 17. UK:

NHS Evidence, 2007. Disponível em:

<http://www.desg.org/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,43/dir,ASC/order,name/Itemid,61/limit,5/limitstart,5/>. Acesso em: 15 ago. 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa 36. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; SCHIER, Jordelina. "Grupo aqui e agora" uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 271-279, 2005. Abr/jun. Disponível em:

<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/714/71414218/71414218.html>. Acesso em: 10 mai. 2010.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 2, n. 4, p.306-314, 1999.

SHAW, Jan.; SICREE, Richard.; ZIMMET, Paul. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research And Clinical Practice**, Austrália, v. 87 n. 1, p. 4-14, 2009. Disponível em: <www.sciencedirect.com>. Acesso em: 10 jun. 2010.

SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 9, p.91-104, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2010.

TORRES, Raimeyre Marques; FERNANDES, Josicelia Dumêt; CRUZ, Enêde Andrade. Adesão do portador de diabetes ao tratamento: Revisão Bibliográfica. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 2/3, p. 61-70, 2007. Disponível em:

<<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3925/2899>>. Acesso em: 05 out. 2011.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004. 141 p.

WHO/MNC. Adherence to long-term therapies- evidence for action in Noncommunicable **Diseases and Mental Health**, 2003 Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/>. Acesso em: 07 jul. 2011.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. 1998. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

ZIMERMAN, David. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou adentrar o universo das idosas com diabetes, mulheres, na faixa etária dos 60 aos 70 anos, desvelando alguns aspectos que dificultam ou impedem a adesão ao tratamento e estratégias que podem servir de subsídios para melhorar este processo, levando a ter um envelhecimento mais saudável e com qualidade de vida. Desvelaram-se limitações pessoais, interpessoais e institucionais como fatores que interferem na adesão. Destacaram-se como limitações pessoais para adesão ao tratamento a negação da doença, principalmente em função da restrição alimentar que cerceia a liberdade e gera conflitos na convivência social. Perceber-se como um portador de diabetes foi uma questão que influenciou na adesão. A invisibilidade de sintomas, revela o estudo, leva a pessoa com diabetes a pensar que não apresenta nenhuma patologia e, assim, não sente necessidade de seguir os cuidados. Foram apontadas ainda como fatores que reduzem a adesão: as questões financeiras que as impede de comprar medicamentos e alimentos adequados, e o desconhecimento da patologia e de seus direitos. Ressaltaram a importância das atividades grupais de cunho educativo e social como estratégia para superar as dificuldades encontradas e melhorar a adesão. As limitações interpessoais dizem respeito ao preconceito da sociedade, que não está preparada para receber idosos com quaisquer tipos de limitação, a falta de divulgação sobre a patologia, cuidados e apoio social na mídia e nos estabelecimentos escolares e, em especial, a falta de apoio familiar. Aqui se impõe a questão de gênero. No âmbito doméstico persiste a idéia que o preparo das refeições da família é da responsabilidade da mulher. Ao preparar os alimentos, a mulher faz o que família exige e gosta, contrariando a dieta prescrita para controlar seu diabetes.

Chama a atenção, as limitações institucionais, sobretudo na atenção básica, evidenciando-se a falta de equipamentos, exames, medicamentos e despreparo dos profissionais para atender a pessoa idosa com doença crônica. Neste sentido, desvelam a necessidade de capacitação dos profissionais e das unidades de saúde para acolher o idoso, atender prioritariamente suas necessidades de saúde e desenvolver atividades educativas e visitas domiciliares.

O processo educativo desenvolvido nos encontros constituiu um espaço de dialogicidade, de respeito, interação e de reflexão, uma tecnologia de cuidado, que deu voz e vez as idosas com diabetes para debaterem, problematizarem e trocarem informações sobre sua situação

de saúde. Constituiu-se uma estratégia para desvelar ações e dicas para melhorar a adesão aos cuidados e tratamento, fortalecendo seus potenciais para assumirem as rédeas de sua vida e saúde e fazerem escolhas. Além disso, configurou-se como um espaço participativo e solidário que possibilitou aos envolvidos reverem condutas, adquirirem subsídios para intervir na sua realidade e contribuírem com suas vivências, experiências e saberes com o outro ser humano que vive situações similares as suas.

Deu maior visibilidade a mulher e maior segurança para exercerem o seu autocuidado e lutarem para conquistar seus direitos e espaços familiares.

Mostrou que as idosas com diabetes têm conhecimentos e são capazes de forma coletiva de construir e propor estratégias que melhorem a sua saúde e qualidade de vida. Entre as estratégias apontadas destacou-se o apoio e a participação familiar, no sentido destes compreenderem as limitações impostas pela doença, estimular o idoso a participar das reuniões familiares, preparando-se para isto, servindo alimentos consonantes com a sua dieta, e estabelecendo rodízios nos preparo da alimentação. Além disso, a participação em grupos de apoio bem estruturados desenvolvidos por profissionais capacitados; adequação da alimentação em viagens e encontros direcionados aos idosos com diabetes, apoio da sociedade e da mídia para que haja maior compreensão sobre a patologia e das dificuldades enfrentadas pelo idoso e formas de auxiliá-lo na superação destas. Em relação ao uso da medicação cuidados com alimentação e atividade física sugeriram várias estratégias que podem ser introduzidas no cotidiano, sem nenhum custo, apenas com modificações de hábitos.

O desenvolvimento de jogos, desenhos, colagens durante o processo educativo favoreceu a reflexão de maneira lúdica, mobilizou sentimentos, pensamentos, propiciando maior abertura, liberdade e profundidade no compartilhar, tornando mais leve para as idosas com diabetes a convivência com uma doença crônica, estreitar e fazer novas amizades e a expressão de idéias, sem preconceitos. Ao mesmo tempo permitiu ensinar, aprender, pesquisar e propor alternativas para se viver com maior qualidade e de forma saudável mesmo com uma doença crônica.

O processo educativo com idosas com diabetes como tecnologia de cuidado em saúde propiciou um espaço específico para o idoso com diabetes refletir sobre a sua vida, condição de saúde, cuidados realizados, suas percepções e seus sentimentos.

O estudo revela que as participantes sentiram-se pertencentes e

incluídas ao grupo, iguais na idade e patologia apresentada, mas diferentes e heterogêneas nas percepções e sentimentos, criando-se entre elas vínculos que suplantaram os muros da oficina. No processo vivenciado, participaram cada qual com suas potencialidades e limitações, respeitando-se e apoiando-se mutuamente quando em alguns momentos surgiram questões mais delicadas que mobilizaram sentimentos. A tecnologia utilizada, pensada especificamente para a pessoa idosa com diabetes conseguiu mobilizá-las para estarem presentes, participarem das oficinas, revendo datas que propiciassem a participação de todas, inclusive permanecendo no local após o término do horário estipulado.

Desvela que o profissional tem um importante papel para que o idoso com diabetes desenvolva uma boa adesão aos cuidados. Para tanto, precisa ter disponibilidade, conhecimento técnico e relacional, ouvir suas limitações, recursos e sugestões e a partir deles em coparticipação com o idoso planejar e operacionalizar estratégias para melhor adesão aos cuidados e tratamento.

Reitera-se a importância de dar continuidade a este tipo de trabalho com este grupo ampliando as discussões e os conhecimentos, com vistas a fortalecer suas capacidades e transformação de suas realidades.

Assim, considerando a relevância desta pesquisa, recomendamos ampliar esta temática, replicando este trabalho com idosos em outras realidades, faixas etárias, incluindo homens idosos para identificar a diferenciação na questão de gênero, que poderá levar a desenvolver diferentes estratégias para este grupo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto. **Distritos sanitários**: concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ALMEIDA, Helcia Oliveira de et al. Adesão a tratamento entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 57-67, 2007. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2011.

ALVARENGA, Luis Fernando Calage. Saúde é coisa de mulher em qualquer idade: Educação, Gênero e Envelhecimento. **Gt-gênero Saúde e Educação**, Minas Gerais, n. 23, p.02-17, 2005. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GT23-3229--Int.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 11.

AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS. **Position Statement**: special considerations in the management and educations of older persons with diabetes. 2009. Disponível em: <http://diabeteseducator.org/professional/resources/position/position_statements.html>. Acesso em: 05 mai. 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Position Statement: diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 33, sup. 1, p. S62-S69, jan. 2010.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. **JAGS**, v. 51, p. S265–S280, 2003.

ANDERSON, Roger T. et al. Issues of Aging and Adherence to Health Interventions. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 21, p. 171S-183S, 2000. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197245600000751>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

ASSIS, Mônica. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Aging Actively and Health promotion: a reflection on educational activities with the elderly*. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 15-24, jan./jun. 2005.

BARBER, N et al. Patient's problems with new medication for chronic conditions. **Qual Saf Health Care**, London, n. 13, p. 172-175, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743839/?tool=pubmed>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

BELL, Ronny A. et al. Ethnic and Sex Differences in Ownweship of Preventive Health Equipment Among Rural Older Adults with Diabetes. **National Institute Of Health**, v. 23, n. 4, p. 332-338, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17868240>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

BLANSKI, Clóris Regina Klas; LENARDT, Maria Helena. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p.180-188, 2005. Ago. Disponível em: <<http://www.uff.br/higienesocial/antigo/trabalho-de-campo/a-compreensao-da-terapeutica-medicamentosa.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional do Idoso**. 1994. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/biblioteca/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/>. Acesso em: 09 jan.2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. v. 16. Brasília: MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2006b. Disponível em: <http://portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e manuais técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. v. 19. Brasília: MS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)**. Estimativa sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007. 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf. Acesso em: 02 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para educação em saúde para o autocuidado em diabetes mellitus**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 44 p. b

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL2009)**. Estimativa sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados

brasileiros e no Distrito Federal em 2009. 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf>. Acesso em: 02 agosto 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** (VIGITEL2010). Estimativa sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf>. Acesso em: 02 agosto 2011.

BRAWLEY, Lawrence R.; CULOS-REED, S. Nicole. Studying Adherence to Therapeutic Regimens: Overview, Theories, Recommendations. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 21, p. 156S-163S, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11018570>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciencia &saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION/AMERICAN GERIATRICS SOCIETY PANEL ON IMPROVING CARE FOR ELDERLY WITH DIABETES. Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus California Healthcare Foundation. **JAGS**, v. 51, p. S265–S280, 2003. Disponível em: <<http://www.americangeriatrics.org/files/documents/JAGSfinal05.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Cia das Letras, 2010. 150 p.

_____. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Livraria Ipea, 2004. 604 p.

CAMARGO-BORGES, Celiane; JAPUR, Marisa. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.1-9, jan./mar. 2008.

CARDOSO, Maria Angélica Reis et al. Ações educativas vivenciadas junto a pacientes idosos: relato de experiência. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 33, p. 41-51, jul./dez. 2005.

CARTA DE OTTAWA: promoção da saúde em países industrializados. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, Canadá, 1986. **Anais...** 1986. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm>. Acesso em: 20 out. 2010.

CAZARINI, Roberta Prado et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagens e causas. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 35, p. 142-150, 2002. Disponível em: <<http://i-bras.net/Arquivoscientificos/AnalisesClinicas/9.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez; BORDIN, Alexandra Bordin. Educar para o autocuidado na terceira idade; uma proposta lúdica. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 119-129, jan/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/102/186>>. Acesso em: 07 jul. 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **National diabetes fact sheet: general information and national estimates on diabetes in the United States.** 2007. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2008. Disponível em: <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2007.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

COSTA, Jorge de Assis et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n3/34.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2010.

CRAMER, Joyce A.. A systematic Review of Adherence with Medications for Diabetes. **Diabetes Care**, Philadelphia, v. 27, n. 5, p. 1218-1224, 2004. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1218>>. Acesso em: 20 mai 2011.

DE BIASI, Luciana Spinato; PEDRO, Eva Neri Rubem. Vivências de aprendizagem do cuidado na formação da enfermeira. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 43, n. 3, p. 506-511, 2009.

DELAMATER, Alan M. Improving Patient Adherence. **Clinical Diabetes**, Filadélfia, v. 24, n. 2, p. 71-77, 2006. Disponível em: <<http://clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71.shor>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

DIABETES EDUCATION STUDY GROUP (DESG). **Education approach to the elderly diabetic patient**. Teaching letter n. 17. UK: NHS Evidence, 2007. Disponível em: <http://www.desg.org/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,43/dir,ASC/order,name/Itemid,61/limit,5/limitstart,5/>. Acesso em: 15 ago. 2009.

DIAS, Antônio Madureira. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. **Millenium**, Portugal, v. 40, p. 201-219, 2011. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

FERNANDES, Maria da Graça de Melo. Papéis Sociais de Gênero na Velhice: o olhar de si e do outro. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.62, n.5, p.705-710, 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/09.pdf>. Acesso em: 30 dez 2011

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Maisa Tavares Souza. Modelos Aplicados às Atividades de Educação e Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2010.

FORTI, Adriana Costa; FONSECA, Reine Marie Chaves. **Educação em diabetes e a equipe multiprofissional**. Disponível em: <www.diabetesbook.org.br/capitulo/a-educacao-em-diabetes-e-a-equipe-multiprofissional>. Acesso em: 30 ago. 2009.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1987.

_____. **Educação como prática de liberdade**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

_____. **Educação e mudança**. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

_____. **A pedagogia do oprimido**. 36. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. 184 p.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa** 36. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2010. 148 p .

FRITZEN, Silvino José. **Exercícios práticos de dinâmica de grupo**. 16. ed. v.1. Petrópolis: Vozes, 1981.

FUNNELL, Martha M. et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. **Diabetes Care**, v. 33, n. 1, p. S89-S96, 2010. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S89.full.pdf+html>. Acesso em: 10 dez. 2010.

GARCIA, Maria Alice Amorim et al. Atenção á saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p.175-182, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a05.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 21, p. 200-206, jan./fev. 2005.

GOLDEMBERG, Miriam. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000. 106 p.

GOMES, Marília de Brito; COBAS, Roberta. Diabetes mellitus. In: GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, Paula Maria. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus: manual de enfermagem**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. p. 5-17.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; SCHIER, Jordelina. "Grupo aqui e agora" uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 271-279, 2005. Abr/jun. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/714/71414218/71414218.html>>. Acesso em: 10 mai. 2010.

GROSSI, Sonia Aurora Alves. O manejo do diabetes mellitus sob a perspectiva da mudança comportamental. In: GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, Paula Maria. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus**: manual de enfermagem. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. p. 18-31. Disponível em: <www.diabetes.org.br>. Acesso em: 21 mai. 2010.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; LISBOA, Maria do Carmo. Educação em Saúde para pessoas Idosas com Diabetes Mellitus. **Revista Nursing**, Rio de Janeiro, v. 97, n. 7, p. 36-40, 2004.

HENRIQUES, Maria Adriana Pereira. **Adesão ao regime terapêutico em idosos**. 2006. Disponível em: <<http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

HORNICK, Thomas; ARON, David C .. Managing Diabetes in the elderly: go easy , individualize. **Cleveland Clinic Journal Of Medicine**, v. 75, n. 1, p. 70-78, 2008. Disponível em: <<http://www.ccmj.org/content/75/1/70.full.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2008/indic_sociais2008.pdf>. Acesso em: 12 set. 2009.

_____. Comunicação social. **Indicadores sócio demográficos e de saúde no Brasil 2009**. Brasília: IBGE, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1445>. Acesso em: 12 set.2009.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 12 setembro 2011.

_____. **Síntese de indicadores do Brasil - 2010**. 2010. Disponível em <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina="](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=)>. Acesso em: 5 ago. 2011.

_____. **Sinopse do censo de 2010**. 2011. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=18&uf=00>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

KUO, Yong-fang et al. Inconsistent Use of Diabetes Medications, Diabetes Complications, and Mortality in Older Mexican Americans Over a 7-Year Period. **Diabetes Care**, Philadelphia, v. 26, n. 11, p. 3054-3060, 2003. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/26/11/3054>>. Acesso em: 20 mai. 2011.

LEICHTER, Steven B. Making Outpatient Care of Diabetes More Efficient: Analyzing Noncompliance. **Clinical Diabetes**, Philadelphia, v. 23, n. 4, p. 187-190, 2005. Disponível em: <<http://clinical.diabetesjournals.org/content/23/4/187.short>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão a terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência &saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p.775-782, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2010.

LERMAN, Israel et al. Estudio piloto de dos diferentes estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento en patients de bajos recursos economicos con diabetes tipo 2. **Gac Méd Méx**, México, v. 145, n. 1, p.15-19, 2009. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2009/gm091c.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

LITTENBERG, Benjamin; MACLEAN, Charles D; HUROWITZ, Laurie. The use of adherence aids by adults with diabetes: A cross-sectional survey. **Bmc Family Practice**, Vermont, v. 7, n. 1, p. 1-5, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-7-1.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

LYRA, Ruy; CAVALCANTI, Ney; MAZZA, Fernanda. **Diabetes mellitus**: perguntas e respostas. São Paulo: Ac. Farmacêutica, 2009. 537 p.

MAIA, Gabriela Felten da. Olhares sobre o envelhecer: uma leitura de gênero no centro de Santa Maria. 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Departamento de Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/ppgcsociais/docs/dissertacoes/gabriela-maia.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 11.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 443-456, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a12.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

MBANYA, J.C. **Diabetes as a global challenge for the 21st Century** :

implications for primary and secondary prevention 2011. Disponível em: <<http://www.med.uio.no/helsam/forkning/aktuelt/aktuelle-saker/2011/vedlegg/201108-mbanya-diabetes-prevention.pdf>>. Acesso em :11.nov.2011

MELO, Mônica Cristina de et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência &saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1579-1586, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800031>. Acesso em: 10 mai. 2010.

MENEILLY, Graydon S. Diabetes in the elderly. **Med Clin N Am**, Canadá, p. 909-926, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16962849>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 2, n. 4, p.306-314, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999. 269 p.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 15 agosto 2011.

MORLEY, John E. Diabetes and Aging: Epidemic Overview. **Clinics In Geriatric Medicine**, St Louis, n. 24, p.395-405, 2008. Disponível em: <<http://www.mendeley.com/research/diabetes-aging-epidemiologic->

overview/>. Acesso em: 10 out. 2010.

MUNARI, Denize Bouttelet; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. **Enfermagem e grupos**. 2. ed. Goiânia: AB, 2003. 82 p.

NAIK, Aanand D. et al. Improving Hypertension Control in Diabetes Mellitus: the Effects of Collaborative and Proactive Health Communication. **Circulation: Journal of the American Heart Association**, Dallas.1361-1368, 2008. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/117/11/1361>>. Acesso em: 20 maio 2011.

OLIVEIRA, Nunila Ferreira de et al. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 558-565, set. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>>. Acesso em: 15 mar 2011.

_____. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 10 out. 2010.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. 2002. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2010.

OTERO, Ludmila Miyar; ZANETTI, Maria Lúcia; OGRIZIO, Michelle Daguano. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença,

antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 1-7, mar./abr. 2008.

OVIDO, Aracely Diaz; BOEMER, Magali Roseira. A pessoa com diabete: do enfoque terapêutico ao existencial. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 4, p. 744-751, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a02v43n4.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2011.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Autonomia e Independência. In: NETTO, M. Papaléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneo, 1996. p. 313-323.

_____. **Qualidade de vida no idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. São Paulo, 2000. 252 p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2000.

_____. Qualidade de vida. In: JACOB FILHO, Wilson; G. AMARAL, José Renato. **Avaliação global do idoso**: manual da Liga do GAMIA. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 3-243.

PÉRES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio Dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 40, p. 310-317, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n2/28537.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2011.

_____.; _____.; SANTOS, Manoel Antônio dos. Sentimentos de Mulheres após o diagnóstico de Diabetes tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2010.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

RAMOS, Luiz Roberto. Saúde pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. **Bis, Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 47, p.40-41, 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a09_bisn47.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2011.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Mato Grosso, v. 13, n. 2, p. 2299-2306, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>>. Acesso em: 15 ju. 2011.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.12695-1273, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS{=p&nextAction=lnk&exprSearch=488827&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

RIBEIRO, Jane Patricia; ROCHA, Suelen Alves; POPIM, Regina Célia. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Revista Escola Anna Nery** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.1-8, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-Acesso em: 15 mai. 2011.

ROSSI, Vilma Elenice Contatto; PACE, Ana Emilia; HAYASHIDA, Miyeto. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Ciência Et Praxis**, Minas Gerais, v. 2, n. 3, p. 41-46, 2009. Disponível em: <<http://www.fip.fespmg.edu.br/~edifesp/index.php/scientae/article/viewFile/102/55>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

SANTOS, Manoel Antônio dos et al. Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 242-247, 2007. abr./jun. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a14.pdf>. Acesso em: 15 out. 2009.

SCHMITTDIEL, Julie A. et al. Why don't diabetes patient's achieve recommended risk factor targets? Poor adherence versus lack of treatment intensification. **J Gen Intern Med**, v. 23, n.05, p. 588-594, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18317847>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

SEIDEL, Karen Faggioni de Marca; ZAGURY, Leão. Particularidades no tratamento do idoso. In: ZAGURY, Leão; ZAGURY, Roberto Luis. **Tratamento atual do diabetes mellitus**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 238-249.

SHAW, Jan.; SICREE, Richard.; ZIMMET, Paul. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research And Clinical Practice**, Austrália, v. 87 n. 1, p. 4-14, 2009. Disponível em: <www.sciencedirect.com>. Acesso em: 10 jun. 2010.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da et al . Cuidando de quem vive com Diabete Melito. In: ABEN. **PROENF: Programa de Atualização em Enfermagem Saúde do Adulto**. Ciclo 3. módulo 1. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2008.

SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissioanais de saúde e pacientes. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 9, p. 91-104, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Tratamento e acompanhamento do Diabetes

Mellitus. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

_____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

STRECK, Danilo R. (Org.). **Paulo Freire**: ética, utopia e educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZIRKOSKI, Jaime José. **Dicionário de Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SUAREZ-VARELA, Maria Teresa M. Estudio sobre la utilidad del pastillero para mejorar el cumplimiento terapéutico. **Aten. Primaria**, Espana, v. 4, n. 41, p.185-192, 2009. Disponível em: <www.sciencedirect.gov>. Acesso em: 11 jun. 2011.

TAVARES, Darlene Mara Dos Santos; RODRIGUES, Rosalina A. Partezani. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 1, p. 88-96, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a12.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2010.

TESSIER, D.M.; LASSMANN-VAGUE, V.J.R. Diabetes and education in the elderly. **Diabetes&metabolism**, France, n. 33, p. 575-578, 2007. Disponível em: <www.sciencedirect.com>. Acesso em: 10 out. 2009.

TJIA, Jennifer et al. Beneath the surface: discovering the unvoiced concerns of older adults with type 2 diabetes mellitus. **Health Education Research**, v. 23, n. 1, p. 40-52, 2008. Disponível em: <<http://www.mendeley.com/research/beneath-surface-discovering-unvoiced-concerns-older-adults-type-2-diabetes-mellitus/>>. Acesso em: 16 abr. 2011.

TORRES, Heloisa de Carvalho et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 291-298, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/05.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

TORRES, Raimeyre Marques; FERNANDES, Josicélia Dumêt; CRUZ, Enêde Andrade. Adesão do portador de diabetes ao tratamento: Revisão Bibliográfica. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 2/3, p. 61-70, 2007. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3925/2899>>. Acesso em: 05 out. 2011.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004. 141 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. **Setores HU**. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/index.php?option=com_content&view=article&id=83&Itemid=141>. Acesso em: 09 nov. 2011.

VASCONCELOS, Maria Lúcia Marcondes Carvalho; BRITO, Regina Helena Pires de. **Conceitos de educação de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Vozes, 2009. 196 p.

VECCHIA, Roberta Dalla et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2011.

VISCHER, U.M. et al. A call to incorporate the prevention and treatment of geriatric disorders in the management of diabetes in the elderly. **Diabetes & Metabolism**, France, v. 35, n. 3, p. 168-177, mai. 2009. Disponível em: <www.sciencedirect.com>. Acesso em: 13 abr.

2010.

WENS, Johan et al. GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: a qualitative analysis of barriers and solutions. **Bmc Family Practice**, Belgium, v. 20, n. 6, p. 1-10, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1156882/pdf/1471-2296-6-20.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2010.

WHO/MNC. **Adherence to long-term therapies** - evidence for action in Noncommunicable: Diseases and Mental Health. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/>. Acesso em: 08 ago. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2005. 60p. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: 05 ago. 2008.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. 1998. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

ZAMPIERI, M. F. M **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. Florianópolis, UFSC, 2006. 437p. Tese (Doutorado em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006

ZIMERMAN, David. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS IDOSOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA
CATARINA



Tel. (048). 3721-9480 – 3721-.9399 Fax (048)
3721.9787 - e-mail: nr@nr.usfc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS IDOSOS

Eu, Soraya Baião Maragno, aluna do Mestrado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, sob orientação e responsabilidade da professora Doutora Maria de Fátima M. Zampieri. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“Adesão de mulheres idosas aos cuidados e tratamento do diabetes mellitus com os objetivos:** Construir com as idosas estratégias que favoreçam a aderência ao tratamento e cuidados do diabetes *mellitus* a partir do reconhecimento das suas dificuldades.

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa, desenvolvida no segundo semestre de 2010, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC. A sua participação poderá dar a você a oportunidade de pensar sobre o diabetes na sua vida, questões que ajudam ou dificultam a realização do tratamento e cuidados. Você poderá também tirar algumas dúvidas em relação ao diabetes e trocar ideias com pessoas da sua idade que tem a mesma doença. O que você pensa sobre o diabetes e a maneira como se cuida serão respeitadas durante toda a realização da pesquisa. Sua participação é muito importante, para que possamos compreender as melhores formas de cuidado e caminhos para melhor tratamento do diabetes, evitando complicações que podem ser resultado de um cuidado errado e melhorando a qualidade da sua vida.

Sua participação nesta pesquisa será feita em duas etapas. A primeira etapa será através de uma entrevista (conversa) que durará mais

ou menos uma hora e será gravada com o seu consentimento. Esta entrevista será marcada na data, hora e local que você puder. Durante a entrevista serão feitas perguntas sobre os dados pessoais de identificação (nome, endereço, etc.) e sobre sua saúde, principalmente sobre o cuidado com o diabetes e como se sente vivendo dia a dia com uma doença que não tem cura e caminhos que possam ajudar a seguir o tratamento e os cuidados.

A segunda parte da pesquisa será através da reunião de pessoas idosas diabéticas, que conversarão sobre o diabetes, e como se cuidam. Estes encontros serão em número de quatro, serão realizados na sala da terceira idade do Hospital Universitário (HU) em dia e horário que seja possível para os participantes. Neste encontro serão feitas algumas anotações pelo pesquisador ou pessoa que estiver auxiliando sobre o que foi conversado e gravado o que for falado se os idosos permitirem.

Tudo o que você falar na sua entrevista e nos encontros permanecerá guardado com a pesquisadora. Serão utilizados outros nomes, ou uma forma de código para que seu nome não apareça nas informações no relatório da pesquisa.

As informações serão usadas somente para este estudo. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas em armário chaveado, em uma sala do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Extensão e Assistência Geronto-Geriátrica do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Somente a pesquisadora terá acesso às informações.

Esta pesquisa não leva a nenhum gasto para você. Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento não terá qualquer problema para você. Todas as etapas da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida a sua saúde, mas esperamos que tragam benefícios devido as conversas e buscas de soluções para os problemas encontrados.

Caso você tenha ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente.

Soraya Baião Maragno-Telefone do Núcleo Interdisciplinar de pesquisa extensão e assistência geronto geriátrica (NIPEG) /ÁREA B/ Hospital Universitário (HU): (48) 3721-8041- 3721-9134

Maria de Fátima Mota Zampieri- (48) 3721-9480-99460017- Departamento de Enfermagem- Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina

Assinatura: _____

Eu, _____,
fui esclarecida sobre a pesquisa: **Adesão de mulheres idosas aos cuidados e tratamento do diabetes mellitus**. Concordo em participar dela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma. Compreendo que serei entrevistado (a), e participarei de conversas em grupos de idosos com diabetes em um local e um horário a ser combinado e dentro de minhas possibilidades, tendo liberdade de responder ou não as perguntas e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Compreendo que não terei ganho direto e imediato como resultado de minha participação, mas que ela poderá me oferecer a oportunidade de pensar sobre o diabetes na minha vida, coisas que ajudam ou prejudicam o tratamento e cuidado.

Florianópolis, _____ de _____ de 2010.

Assinatura: _____

RG: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM OS IDOSOS

I – CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE

1. Nome:.....
2. Endereço:
3. Bairro onde mora:.....
4. Naturalidade:.....(cidade e estado)
5. Procedência:.....(cidade)
6. Tempo de residência em Florianópolis:.....anos.....meses
8. Escolaridade: (.....) Ensino fundamental (.....) Ensino Médio (.....) Ensino (.....) Pós-graduação (.....) *completo* (.....) *incompleto*
9. Religião:.....
10. Situação conjugal:
(.....) Solteira (.....) casada (.....) com companheiro (.....) viúva (.....) separada (.....) união consensual
11. Qual a ocupação:..... (tipo)
12. Renda pessoal: R\$...... (número de salários mínimos)
13. Renda familiar: R\$...... (número de salários mínimos)
14. Com quem reside?
15. Participa de grupos ou associações?

II – DADOS SOBRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE:

16. Há quanto tempo tem diabetes?
17. Onde realiza o tratamento?
18. Participa de alguma atividade educativa relacionada ao diabetes?
19. Algum outro problema de saúde?

IV - QUESTÕES BÁSICAS SOBRE O ESTUDO:

20. O que você sentiu quando descobriu que estava com diabetes?
21. Como recebeu a notícia?
22. O que é ter diabetes para você?
23. O que mudou na sua vida após descobrir que está com diabetes?
24. Como a pessoa que tem diabetes deve cuidar-se?
25. Qual a importância de ter cuidados em relação ao diabetes? Por que?
26. O que pode acontecer se o idoso diabético não realizar ao tratamento?
27. O que você pensa em relação as orientações recebidas sobre

tratamento e cuidado do diabetes?

28. Porque alguns idosos seguem o tratamento e outros não? Explique em relação a você e aos outros idosos.

29. O que impede os idosos de realizar o tratamento? Qual a maior dificuldade?

30. Quase os fatores que dificultam ou limitam você para aderir (realizar o tratamento) na sua vida, em casa, no hospital?

31. Quais os fatores que poderiam ajudar você e os outros idosos a aderir ao tratamento e enfrentar o problema?

32. Além dos profissionais quem ou o que poderia ajudar a enfrentar o diabetes?

33. Quais os caminhos (estratégias) adotados pela equipe de saúde que poderiam ajudar você para realizar o tratamento? E outras pessoas de que modo poderiam ajudar?

34. Como a equipe de saúde procura ajudar você?

35. De que maneira a atividade em grupo poderia contribuir para que o idoso com o diabetes realizasse o tratamento?

V - TÓPICOS A SEREM OBSERVADOS E IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS E NA ATIVIDADE EDUCATIVA

Observações e percepções pessoais (pensamentos, idéias, momentos de confusão, interpretações e sentimentos) nas relações dialógicas estabelecidas na entrevista ou nas minhas vivências.

Percepções sobre cada grupo participante:

Sentimentos

(...) tristeza (...) alegria () indiferença (...) raiva (....) medo (..)
ansiedade

Posturas, modos de agir e de ser dos entrevistados,

O modo de sentar, a aparência, o modo de falar, a fisionomia, os gestos corporais e olhares, inibição, desinibição as alterações de timbre na voz e o tom de voz, o sorriso.

Participação

Motivação, comunicação, interação, interesse, desatenção.

O grupo como instrumento para favorecer a adesão ao tratamento.

APÊNDICE C – DINÂMICAS UTILIZADAS NA OFICINA N.2

MITOS E VERDADES SOBRE ALIMENTAÇÃO

- 1- Quem faz seis refeições por dia ganha peso? Mito ou verdade?
- 2- O uso de adoçantes causa câncer.
- 3- A farinha de mandioca aumenta mais a glicose do que o arroz.
- 4- O que nasce embaixo da terra não pode ser consumido por pessoas que tem diabetes
- 5- Quem tem diabetes pode consumir mel porque é natural.
- 6- Todos os tipos de alimentos *diet* podem ser consumidos por pessoas que tem diabetes.
- 7- Comer tarde da noite faz você ganhar peso?
- 8- A pessoa que tem diabetes não pode beber suco de fruta porque tem muito açúcar.
- 9- Baixa quantidade de gordura não quer dizer que seja saudável para o diabético.
- 10- Frutas e verduras podem ser consumidas a vontade por quem tem diabetes.
- 11- Uvas e bananas não podem ser consumidas por pessoas que tem diabetes.
- 12- As pessoas com diabetes podem comer os mesmos alimentos que as pessoas que não tem diabetes?

APÊNDICE D – DINÂMICAS UTILIZADAS NA OFICINA N.3

FRASES SOBRE USO DE MEDICAÇÕES PARA IDOSOS COM DIABETES

- 1- Se vou colher sangue para exame de laboratório, é preciso ficar em jejum? Devo usar a medicação em horário normal? Sim ou não?
- 2- Se vou fazer algum exame que vai usar contraste, raio x, cateterismo, doppler, (aquele pra ver se tem obstrução) e outros. Devo usar minha medicação normalmente?
- 3- Uso insulina porque meu diabetes é pior, o que você acha sobre isso?
- 4- Onde é guardada a medicação na sua casa? Isso é importante?
- 5- Em relação à alimentação em que horário devo usar a insulina?
- 6- Se usar meus remédios e esquecer de comer pode acontecer alguma coisa comigo?
- 7- Em sua opinião, precisam-se ter cuidados com a medicação?
- 8- Só preciso usar medicamento quando sinto que a diabetes está alta? O que você acha sobre isso?
- 9- A insulina vicia?
- 10- O medicamento tem horário?
- 11- Você usa seus remédios exatamente como na prescrição médica, por quê?
- 12- Por que precisamos usar insulina?
- 13- Se esqueci de tomar meu remédio pela manhã posso tomar no próximo horário a dose dobrada? Sim, não, por quê?
- 14- O que você faz se esquece de tomar seus medicamentos?
- 15- Em relação às refeições em que horário devo usar a Metformina?

APÊNDICE E – DINÂMICAS UTILIZADAS NA OFICINA N.4

AFIRMAÇÕES SOBRE ATIVIDADE FÍSICA NO IDOSO COM DIABETES

- 1- Fazer pouca atividade física é a mesma coisa que não fazer nada.
- 2-Fazer atividade física 10 minutos, três vezes ao dia tem o mesmo efeito que trinta minutos por dia sem parar!
- 3-Se consegue caminhar e conversar ao mesmo tempo é sinal de que o exercício não está fazendo efeito.
- 4-Sempre que realizar uma atividade física deve levar uma bala junto.
- 5- O principal benefício da atividade física é perder peso!
- 6-Dançar é um tipo de exercício físico!
- 7-Entre os benefícios da atividade física está a melhora do estado de ânimo, baixa o stress e a ansiedade!
- 8- Caminhar, andar de bicicleta e nadar melhoram o sistema cardiovascular!
- 9-A atividade física após os 60 anos melhora a velocidade do andar e aumenta o equilíbrio!
- 10-Só é considerado atividade física aquela que faço em uma academia de ginástica!
- 11- Os alongamentos diminuem os riscos de problemas nas articulações e músculos.
- 12-Atividade física e exercícios são coisas iguais!
- 13- O trabalho de casa não é considerado atividade física!
- 14- Preciso me alimentar antes de caminhar!
- 15- Se uso insulina não devo fazer caminhadas no momento do pico de ação!
- 16- Se minha glicemia estiver acima de 300mg/dl não devo fazer exercício!

17- Durante a atividade física estou consumindo mais glicose por isso ajuda a melhorar o controle do diabetes!

18- Após iniciar caminhadas minha dor na perna aumentou, devo parar imediatamente!

19- Devo me exercitar com roupa leve, temperatura agradável e tomar água, senão posso desidratar.

20- Devo usar o sapato que me sentir mais confortável para realizar caminhadas!