

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CLÍNICAS DE PESSOAS IDOSAS COM DIABETES: INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA EM OFICINA SOCIOPOÉTICA

INDIVIDUALS AND CLINICS CHARACTERISTICS OF ELDERLY PEOPLE WITH DIABETES: THEMATIC RESEARCH IN SOCIOPOETIC WORKSHOP

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y CLÍNICAS DE ANCIANOS CON DIABETES: INVESTIGACIÓN TEMÁTICA EN OFICINA SOCIOPOÉTICA

Iraci dos Santos^I
Renata Gomes Guerra^{II}
Leandro Andrade da Silva^{III}

RESUMO: Este trabalho teve como objetivo delinear o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas com diabetes, visando posterior orientação para o autocuidado. Método sociopoético, na etapa de investigação temática entre um grupo pesquisador composto por 10 sujeitos, realizado em 2012, no Rio de Janeiro-Brasil. Nos resultados predominam mulheres com mais de 70 anos, brancas, católicas, casadas, renda de 1 a 4 salários mínimos, com residência própria, filhos e escolaridade no nível fundamental e sem plano de saúde. Destaca-se, no perfil clínico, que os membros do grupo têm diversas comorbidades; praticam exercícios físicos e de lazer; não ingerem bebidas alcoólicas e não são tabagistas; restringem o açúcar e não o sal, apesar do predomínio da hipertensão entre as suas diversas comorbidades. Conclui-se haver necessidade de capacitação de profissionais de saúde, visando ensinar e aprender o autocuidado, com vistas ao viver com bem-estar, mesmo em situações limitantes devidas ao adoecimento.

Palavras-chave: Enfermagem; gerontologia; diabetes; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed to delineate the sociodemographic and clinical profile of older people with diabetes, seeking further guidance for self-care. Sociopoetic method was applied in the thematic research step, on a research group composed of 10 people, held in 2012 in Rio de Janeiro, Brazil. In the results there is a dominance of women over 70, white, catholic, married, income from 1 to 4 minimum wages, with their own home, and sons with primary education and without health insurance. It highlights, in clinical profile, that the group members have several comorbidities, practice exercise and leisure, do not ingest alcoholic beverages and do not smoke; they restrict sugar but not salt, despite the prevalence of hypertension among its various comorbidities. It is concluded that there is need for training of health professionals in order to teach and learn self-care, in order to live with welfare, even in limiting situations due to illness.

Keywords: Nursing; gerontology; diabetes; nursing care.

RESUMEN: Este trabajo tuvo como objetivo delinear el perfil sociodemográfico y clínico de ancianos con diabetes, mirando posterior orientación para el autocuidado. Método sociopoético, en fase de investigación temática entre un grupo investigador compuesto por 10 sujetos, hecho en 2012, en Rio de Janeiro-Brasil. En los resultados predominan mujeres con más de 70 años, blancas, católicas, casadas, renta de 1 a 4 salarios mínimos, con residencia propia, hijos y escolaridad en nivel fundamental y sin plan de salud. Se destaca, en el perfil clínico, que los miembros del grupo tienen diversas comorbidades; practican ejercicios físicos e de lazer; no consomen bebidas alcohólicas; no son tabaquistas; restringen el azúcar e no el sal, apesar del predominio de la hipertensión entre sus diversas comorbidades. Se concluye ser necesaria la capacitación de profesionales de salud para la enseñanza y aprendizaje del autocuidado, mirando el vivir con bienestar, mismo en situaciones limitantes debidas al adolecer.

Palabras-chave: Enfermería; gerontología; diabetes; cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

A inquietação investigativa sobre esse objeto de estudo surgiu nas discussões científicas referentes ao grupo populacional idoso, destacando-se as pessoas com enfermidades entre as quais predomina a diabe-

tes. Um estudo que pode ultrapassar as questões de geriatria e gerontologia. Pensando sobre tal situação apresenta-se a necessidade da atuação do enfermeiro, junto a essas pessoas, centrada na orientação para

^IEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular e Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: Iraci.s@terra.com.br.

^{II}Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: renatagomesmv@gmail.com.

^{III}Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: proflandrade@gmail.com.

o autocuidado, visto que a maioria delas possui poucos conhecimentos para lidar com doenças, principalmente no que diz respeito aos hábitos de vida, incluindo dieta específica, atividades físicas, lazer e autoadministração de medicamentos¹.

O enfermeiro desenvolve o processo de educar/cuidar do indivíduo idoso com *Diabetes Mellitus* (DM) e outras comorbidades para informar e esclarecer dúvidas sobre o mal-estar e bem-estar, entendendo e avaliando as possíveis limitações que ele e sua família possam ter. Dessa forma, esse profissional colabora com a prevenção de agravos recorrentes de enfermidades.

Os elementos componentes do cuidar são subsídios para a sistematização das ações de enfermagem, desde o entendimento de que o enfermeiro atende as necessidades de cuidados da pessoa². Desse modo, o cuidar de enfermagem volta-se para o atendimento das necessidades humanas identificadas nas dimensões corporais física, mental e espiritual, que constituem a integralidade do ser^{3,4}.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) possui sua fundamentação na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90⁵ e na Lei 8842/90⁶. Essa legislação preconiza a preservação da autonomia das pessoas na defesa de integridade física e moral, e segundo esta, cabe ao setor de saúde promover o acesso das pessoas idosas aos serviços e às ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde⁶.

As consultas de enfermagem na área de geriatria caracterizam um dispositivo para que esse atendimento seja diferencial, eficaz e completo. Destaca-se que na PNSI a abrangência da consulta não deve ser relacionada às patologias específicas do idoso, mas deve possibilitar a sensibilização do profissional para as questões sociais eventualmente envolvidas no bem-estar do cliente⁶.

Desse modo questiona-se: quais são as características individuais e clínicas de pessoas idosas com diabetes mellitus? O objetivo foi delinear o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas com diabetes, visando posterior orientação para o autocuidado.

REVISÃO DE LITERATURA

Conforme pesquisa realizada com indivíduos com diabetes, a descoberta de uma doença que não tem cura traz a certeza de que a vida é imprevisível. O indivíduo deixa de ser dono de seu destino, se sentindo à disposição dos acontecimentos. Sente-se como se nada fosse garantido, havendo um desequilíbrio, como se tudo estivesse sem sentido. Muitos clientes relatam tristeza, revolta, negação, ansiedade, baixa autoestima, além do próprio medo de morrer⁷.

Outras pesquisas^{1,7,8} mostram inúmeras dificuldades relacionadas ao tratamento da enfermidade citada, tais como: rejeição e negação da condição de

doente, sofrimento e revolta devido às restrições impostas pela alimentação, atividade física e medicamento. As respostas obtidas em relação à alimentação foram enquadradas nas seguintes categorias: dificuldade de controle dos impulsos, dificuldade de seguir a dieta⁸.

Em relação às dificuldades com o tratamento, ressalta-se que os relatos seguintes fizeram referência à dificuldade para tomar insulina, sendo mais frequente o esquecimento. Foram relatados alguns sentimentos suscitados pelo uso diário da insulina, tais como: ódio, pavor e mau humor. Os sentimentos negativos a exemplo da raiva, revolta, mágoa e frustração coexistem com sentimentos amistosos ou agradáveis, isto é de satisfação, bem-estar e gratidão⁸.

Acredita-se que tais dificuldades possam ser minimizadas se o profissional de saúde buscar entender as características e experiências individuais que levam ao conhecimento e aspectos da conduta das pessoas⁹ com diabetes, principalmente sendo estas idosas.

Para verificar a relevância do tema realizou-se busca em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), utilizando os descritores: idoso, *Diabetes Mellitus* e autocuidado. Considerou-se o critério de inclusão: artigos completos; publicações do período 2000 a 2012 nos idiomas: português, espanhol e inglês.

Do total de 1358 trabalhos foram selecionados 232, que atenderam aos critérios de inclusão. Foram encontrados 21 no *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e 211 no *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Aqui destaca-se a descrição da síntese dos resultados consultados quanto ao perfil sociodemográfico e clínico.

Para promover mudanças de comportamento, as orientações dadas às pessoas com diabetes devem englobar aspectos subjetivos, emocionais, econômicos, sociais e culturais visto que influenciam a prática do autocuidado (AC)^{10,11}.

A convivência com o DM, por si só, traz ao cliente muitas restrições e alterações no padrão de vida. Somadas às necessidades do tratamento e a aceitação do processo de envelhecimento reduz ainda mais o sentido de liberdade e de bem viver. Por isso é importante reconhecer a pessoa idosa não apenas como objeto de tratamento e/ou cuidado de enfermagem^{4,9}.

Existe influência do nível de instrução no entendimento e adesão ao AC por parte do indivíduo idoso com DM, além da renda familiar. Trata-se de um dos fatores que figura entre as dificuldades encontradas no controle e tratamento dessa enfermidade, visto que a dieta alimentar e os medicamentos, quando não oferecidos pelo serviço de saúde, poderão significar um acréscimo nas despesas familiares¹².

Entende-se que as ações educativas junto ao cliente, família e comunidade, têm um papel essencial no controle dessa doença e outras comorbidades, haja vista suas complicações estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequado e ao estilo de vida saudável. O indivíduo idoso, em especial, necessita ser estimulado pelos profissionais de saúde a manter uma vida independente, buscando adaptar-se às modificações exigidas para o controle metabólico. Tais ações contribuem para o bem-estar e consequente adesão e estímulo ao AC.

METODOLOGIA

Para desenvolver a pesquisa, recorte ampliado de dissertação de mestrado, escolheu-se o método sociopoético¹³, caracterizado, em sua investigação temática, como um estudo descritivo. Inserida no paradigma das ciências humanas e sociais, a sociopoética, uma filosofia e prática de pesquisa institui a construção coletiva de saberes, definindo-se como uma abordagem no conhecimento da pessoa como ser político e social.

A opção pelo método deve-se, também, ao fato de se considerá-la uma prática de cuidar /educar /pesquisar, cuja proposta metodológica utiliza o próprio grupo de pesquisa como coprodutor de conhecimento, junto ao facilitador/pesquisador institucional. Assim, enfatiza a importância do corpo como fonte do conhecimento, além de promover a criatividade artística na perspectiva estética de aprender, possibilitando experiências com vistas ao cuidado no rigor epistemológico e ético necessários em qualquer método¹³. Esta investigação contou com três facilitadores.

Campo da pesquisa e sujeitos

O campo de pesquisa foi a Universidade Aberta para a Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnaTI/UERJ). Para composição do grupo pesquisador (GP), buscou-se no banco de dados da UnaTI/UERJ uma relação de todos os indivíduos idosos, com DM, participantes deste campo e/ou que já tivessem utilizado os serviços do Núcleo de Atendimento ao Idoso (NAI) e/ou participado de atividades desta instituição. Elaborou-se uma lista composta por 265 indivíduos, da qual foram selecionadas pessoas residentes em bairros próximos ao *Campus* UERJ, e que aceitassem participar de um curso de autocuidado.

Previu-se contato telefônico com 73 indivíduos selecionados. Deste total, oito foram a óbito conforme informação obtida; nove têm dificuldade em andar; um deficiente visual; um mostrou-se desinteressado no curso de AC; 23 não atenderam ao telefone e um não tinha quem o acompanhasse ao local da pesquisa. Do total de 30 indivíduos, que confirmaram presença, 10 compareceram e fizeram parte do GP.

Ressalta-se que a construção coletiva de saberes e o seu compartilhamento entre os construtores, proposta no método sociopoético, se reveste de cuidados, entre os quais, o conhecimento prévio de suas características pessoais, por parte do pesquisador responsável pela pesquisa e condução/facilitação do trabalho no contexto do grupo.

Para tanto, na primeira oficina sociopoética, após o desenvolvimento de dinâmicas de relaxamento e de sensibilidade, foi aplicado um formulário composto por variáveis sociodemográficas: sexo, faixa etária, escolaridade, crença religiosa, etnia/cor autodeclarada, renda familiar, local de residência, modalidade de residência, profissão/ocupação, estado de união, constelação familiar, aposentadoria, ajuda financeira. Variáveis clínicas: práticas de exercício físico, práticas de lazer, tipo de dieta alimentar, hábitos de alcoolismo e tabagismo, tipo de diabetes, uso de medicamentos, comorbidades e plano de saúde.

A pesquisa realizou-se no período de agosto a setembro de 2012, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ, Protocolo n° 033.3.2012. Uma limitação do estudo refere-se ao pequeno quantitativo de sujeitos, o que levou à utilização de tratamento estatístico descritivo simples, considerando apenas a frequência absoluta dos dados produzidos.

RESULTADOS

Analisando as variáveis sociodemográficas, observou-se, quanto ao sexo e faixa etária, que no total de 10 pessoas idosas, predominam oito do sexo feminino, sendo seis situadas na faixa de 70 a 80 anos. Os participantes do sexo masculino situam-se nesta mesma faixa etária, conforme expõe a Tabela 1.

Constatou-se que apenas dois sujeitos possuem, respectivamente, ensino superior e ensino médio, enquanto os demais cursaram o fundamental. Em relação ao estado de união, a metade dos sujeitos do GP encontra-se casada, enquanto os demais vivem sem união consensual. Predominam oito pessoas, que moram com o cônjuge ou com os filhos. Ver Tabela 1.

Os participantes têm pelo menos um filho e no máximo três. Entre os sujeitos, nove possuem casa própria. Metade deles não recebe ajuda financeira, mas ajudam financeiramente os filhos. Apenas quatro pessoas têm plano de saúde enquanto seis utilizam a rede pública de saúde, conforme mostra a Tabela 1.

Verificou-se a predominância de componentes do GP professando a religião católica, situando-se os demais nas crenças: budista, evangélica e judaica. Em relação à variável etnia/cor, destacam-se sete pessoas que se autodeclararam brancas e somente uma que informou pertencer à etnia negra; e quanto à residência, oito idosos moram na Zona Norte. Ver Tabela 1.

TABELA 1: Características sociodemográficas do grupo pesquisador. Rio de Janeiro, 2012. (N=10).

Características	f	Características	f		
Sexo	Fem.	8	Local de Residência	Zona Norte	8
	Masc.	2		Zona Sul	1
Faixa etária	60-69 anos	1		Zona Oeste	1
	70-80 anos	6	Número de dependentes	1 a 2	6
	> 80 anos	3		3 a 4	3
Escolaridade	Ensino Fundamental	6		5 ou mais	1
	Ensino Médio	2	Ajuda financeira	Não recebe mas oferece	5
	Ensino Superior	2		Não oferece e não recebe	1
Renda familiar	1 a 2 SM	4		Recebe mas não oferece	3
	3 a 4 SM	4		Recebe e oferece	1
	> 4 SM	2	Possui plano de saúde	Sim	4
Estado civil	Casado	5		Não	6
	Viúvo	3	Etnia/cor	Branca	7
	Solteiro	1		Parda	2
	Divorciado	1		Negra	1
Crença religiosa	Católica	7	Moradia	Alugada	1
	Evangélica	1		Própria	9
	Budista	1			
	Judaica	1			

Sobre as variáveis clínicas, predominam nove pessoas com diabetes tipo II, enquanto todos os membros do GP possuem comorbidades. Constatou-se que somente um usa insulina como tratamento medicamentoso. Entre os membros do GP, nove usam cloridrato de metormina, quatro glibenclamida, um glimeperida e um gliclazida.

A hipertensão é a enfermidade mais comum entre eles, sendo referida por oito pessoas. Porém observou-se que somente três fazem restrição de sal. As comorbidades retinopatia diabética, depressão, diverticulite, osteoporose, hiperglicemia e fibrilação atrioventricular acometem uma pessoa, respectivamente. Quase metade dos copesquisadores possui mais de uma doença crônica (DC), sendo predominante a faixa etária de 70-80 anos.

Verificou-se que seis sujeitos praticam alguma atividade física regularmente e apenas um

membro do GP não pratica atividades de lazer. Teatro, cinema e passeios em geral são as atividades mais apontadas por pessoas idosas interessadas em lazer. Cozinhar, frequentar a UnaTI/UERJ, artesanato, leitura, festa, dançar, participar do coral e ir à casa dos filhos apareceram em segundo lugar, sendo registradas por um indivíduo em cada uma das modalidades citadas.

Destaca-se, no perfil clínico dos membros do GP, que estes são praticantes de exercícios físicos regulares, tais como a caminhada e o alongamento. Ir ao teatro, cinema e realizar passeios são suas principais práticas de lazer. Quanto à dieta e hábitos para conviver com o DM, eles restringem mais o açúcar do que o sal, apesar do predomínio da hipertensão entre as comorbidades. Entretanto a maioria não ingere bebidas alcoólicas e não são tabagistas, de acordo com a Tabela 2.

TABELA 2: Características nosológicas do grupo pesquisador. Rio de Janeiro, 2012. N=10.

Características	f	Características	f		
Prática de exercícios	Sim	6	Tabagismo	Sim	-
	Não	4		Não	10
Tipos de exercícios	Alongamento	2	Tipo de diabetes	Tipo I	1
	Ginástica localizada			Tipo II	9
	Yoga	1	Uso de medicamentos	Sim	10
	Caminhada	2		Não	-
Natação	1				
Práticas de lazer	Sim	9	Medicações para DM	Metormina	9
	Não	1		Glibenclamida	4
		Glimepirida		1	
		Gliclazida		1	
		Insulina NPH		1	
Tipo de lazer	Cozinhar	1	Comorbidades	Hipertensão	8
	Frequentar a UnaTi	1		Hipotireoidismo	4
	Teatro	2		Artrose	2
	Cinema	2		Retinopatia diabética	1
	Passeios	2		Depressão	1
	Ir a casa dos filhos	1		Hipercolesteromia	2
	Fazer artesanato	1		Glaucoma	3
	Leitura	1		Diverticulite	1
	Festa	1		Osteoporose	1
	Dançar	1		Hipertrigliceridemia	1
Coral	1	Fribilação atrioventricular		1	
Tipo de dieta	Restrição a açúcar	10			
	Restrição a sal	3			
Alcoolismo	Sim	1			
	Não	9			

DISCUSSÃO

A predominância dos sujeitos na faixa etária de 70 a 80 anos confirma os achados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, alertando que a esperança de vida ao nascer no Brasil era de 73,48 anos; um incremento de 0,31 anos (3 meses e 22 dias) em relação a 2009 e de 3,03 anos sobre o indicador de 2000. Além de que a esperança de vida ao nascer para os homens era de 69,73 anos e, para as mulheres, em 77,32 anos, uma diferença de 7,59 anos. Tal fato se explica pelo fenômeno mundial de as mulheres viverem mais do que os homens¹⁴.

A relação entre sexo e envelhecimento baseia-se nas mudanças sociais ocorridas ao longo do tempo e nos acontecimentos ligados ao ciclo de vida. A maior longevidade feminina implica transformações nas várias esferas da vida social, uma vez que o significado social da idade está profundamente vinculado ao gênero¹⁴.

Na presente investigação, apesar de realizada com pequena amostra, o resultado sobre a escolaridade corrobora a realidade brasileira visto que a média de anos de estudo no Brasil ainda é extremamente baixa, pois 30,7% dos idosos têm menos de um ano de instrução¹⁴.

Ratifica-se a predominância do catolicismo nos resultados obtidos, mostrando que a proporção de católicos seguiu a tendência de redução observada em duas

décadas anteriores, embora tenha permanecido majoritária entre as crenças religiosas. Em paralelo, consolidou-se o crescimento da população evangélica, que passou de 15,4% em 2000 para 22,2% em 2010¹⁴.

Referente à renda familiar, releva-se que pouco menos de 12% vivem com renda per capita de até ½ salário mínimo e cerca de 66% já se encontram aposentados¹⁴.

Sobressaem, nesta pesquisa, pessoas que se autodeclararam brancas, ratificando, assim, os resultados do censo 2010¹⁴, que apresenta a minoria da população brasileira se autodeclarando na etnia negra.

A predominância de pessoas residindo na Zona Norte do Rio de Janeiro se explica pelo fato de o critério de seleção dos sujeitos incluir residentes próximos ao *campus* UERJ. Entretanto, explicita-se que um sujeito residindo há pouco tempo na Zona Sul morou durante anos em Vila Isabel; e uma pessoa que mora na Zona Oeste trabalha na casa de um dos integrantes do grupo, e foi convidada a participar do mesmo.

Referente às comorbidades e doenças crônicas, à medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contraí-las, a exemplo do diabetes. O último censo IBGE¹⁴ mostra que somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças. Para aqueles de 75 anos ou mais de idade, esta proporção cai para 19,7%.

Entretanto, a cobertura dos planos de saúde entre os idosos é de aproximadamente 5 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, representando 29,4% do total da população nessa faixa etária¹⁴.

Dores na coluna, artrite ou reumatismo aparecem frequentemente entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade, correspondendo às dores na coluna e artrose¹⁴.

A prevalência de hipertensão em indivíduos com DM é duplamente maior do que na população que não a possui. Essa proporção é válida para o tipo 2 e, provavelmente, também para o tipo 1. A etnia, a idade, o sexo, a presença de proteinúria maciça, o aumento do índice de massa corpórea e o tempo de evolução do DM são os principais determinantes da elevação da pressão arterial, particularmente a sistólica, nos clientes com a enfermidade citada¹⁵.

No DM tipo 1, o nível pressórico nesses pacientes mantém-se normal até o desenvolvimento de proteinúria persistente (excreção urinária de albumina maior que 300mg/24 horas); se a nefropatia não se desenvolver, esses clientes manter-se-ão normotensos. Uma vez instalada a nefropatia clínica, observa-se aumento da pressão arterial¹⁶.

Na DM tipo 2, a elevação da pressão arterial ocorre de forma independente do aumento da massa corpórea¹⁷. Aproximadamente 28% dos indivíduos com DM do tipo 2 já são hipertensos quando é feito este diagnóstico. A hipertensão, nesses clientes, não se correlaciona necessariamente com a presença de nefropatia. Particularmente nesse grupo, outros fatores podem estar presentes, tais como: obesidade, sedentarismo, idade avançada, dislipidemia, tabagismo, história familiar. A obesidade e a inatividade física, quando associadas à resistência insulínica, correlacionam-se com a elevação da pressão arterial. A perda de peso e a prática de atividade física melhoram o controle dos níveis pressóricos¹⁸.

Recorda-se que o DM do tipo 1A (DM1A) é uma doença autoimune resultante de uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais, frequentemente associada à autoimunidade extrapancreática, caracterizando síndromes poliglandulares¹⁹. O hipotireoidismo primário está presente em 12% a 24% das mulheres e em 6% dos homens com DM1A.

Aproximadamente um terço das pessoas com DM1A tem anticorpos antiperoxidase e cerca de 50% deles desenvolvem hipotireoidismo num período de 10 anos. Os pacientes com DM1A têm maior risco de desenvolver doenças tireoidianas autoimunes e isso pode ser explicado, em parte, pela presença de genes de suscetibilidade compartilhados tanto para o DM como para as tireopatias. O glaucoma trata-se de uma doença silenciosa que provoca lesão no nervo óptico, relacionada ao aumento da pressão intraocular. A presença de *Diabetes Mellitus* tipo 2 e sua maior du-

ração foram independentemente associadas a um maior risco de desenvolvimento de glaucoma²⁰.

Tendo-se constatado que no GP predominam pessoas com diabetes tipo 2 e usando cloridrato de metformina, ressalta-se ser este um hipoglicemiante oral adotado no tratamento desta modalidade de DM, na qual ocorre resistência insulínica, correspondendo a uma quantidade insuficiente de insulina. Essa droga age reduzindo a produção de glicose pelo fígado; aumentando a sensibilidade dos tecidos, principalmente dos músculos, à insulina. Ela otimiza a ação da insulina já produzida e reduz a absorção de glicose pelo trato gastrointestinal¹⁸.

A Glibenclamida trabalha principalmente por estimular as células do pâncreas que produzem insulina. Essas células são chamadas células beta. Glibenclamida faz com que as células beta produzam mais insulina. Isto ajuda a diminuir a quantidade de açúcar no sangue de pessoas com diabetes do tipo 2.

Ressalta-se que os idosos não praticantes de atividades físicas, atualmente, não o fazem devido a problemas de saúde como artrose ou por terem realizado cirurgia recentemente. Entre os exercícios praticados estão: caminhada e alongamento, ginástica localizada, yoga e natação.

A procura por exercício físico cresce a cada dia, visto promover um estilo de vida ativo para a terceira idade, pois favorece a revalorização, auxiliando no processo do envelhecimento. Além de promover um estilo de vida ativo bem como o aumento do convívio social, saúde física e mental, permite à pessoa idosa participação na atividade física e recreativa, proporcionando qualidade de vida (QV), com melhoria da saúde pluridimensional²¹.

Do mesmo modo, enfatiza-se na teoria de promoção da saúde a importância da atividade física para a qualidade de vida^{9,11}. Ressalte-se, ainda, que a caminhada promove o fortalecimento e o aumento da massa muscular, auxiliando na recuperação física, prevenindo o surgimento de doenças crônicas, melhorando a QV²¹.

Nada se pode afirmar com precisão sobre prescrição do alongamento eficaz para o idoso na atualidade. Contudo, o ideal é associar o treino de flexibilidade a outras atividades, pois o alongamento isolado não demonstrou bons ganhos referentes à melhora no grau de amplitude articular. O treinamento da flexibilidade, associado ao treinamento de força auxiliam na melhora da mobilidade, tornando o músculo mais funcional na amplitude de movimento²².

Atividades de lazer podem ter efeito protetor por mecanismos semelhantes à atividade laboral, exceto por não envolverem necessariamente contato com outras pessoas. Possivelmente, essas e outras atividades, como as que envolvem aprendizagem, tenham efeito protetor por mecanismos que envolvem estímulo cognitivo e mecanismos compensatórios da rede de apoio social, o que ocorre na maioria das ati-

vidades de lazer. Sendo assim, as relações sociais são identificadas como essenciais para a manutenção da capacidade funcional²³.

CONCLUSÃO

Apesar do investimento das políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa, principalmente referentes à prevenção de doenças, ainda é limitado seu impacto no envelhecimento saudável. Pois grande parte dessa população apresenta um elenco de comorbidades, entre as quais doenças crônicas e degenerativas, tal qual a diabetes.

Para o ensino de enfermagem, este trabalho contribui com dados e informações relevantes, a exemplo de características sociodemográficas e clínicas, visando favorecer a qualificação da orientação para o autocuidado da pessoa idosa já que esta apresenta certas peculiaridades. Além disso, a geração de subsídios para qualificar o atendimento a esta população tem relevância ética e contemporânea, visto o impacto mundial do crescimento desse grupo populacional.

Espera-se que, anteriormente à prevenção e de doenças à reabilitação, o investimento das políticas de saúde valorize a promoção da saúde, aqui entendida como autocuidado, desde a geração da vida até a sua finitude/transcendência.

Considerando a diversidade de comorbidades que acometem as pessoas idosas, conclui-se haver necessidade de capacitação de profissionais de saúde, visando ensinar e aprender o autocuidado, com vistas ao viver com bem-estar, mesmo em situações limitantes devido ao adoecimento.

REFERÊNCIAS

- Guerra RGM. Convivência da pessoa idosa com diabetes buscando autonomia para o autocuidado: estudo sociopoético [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2013.
- Brum AKR, Tocantins FR, Silva TJES. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. [citado em 28 out 2012]. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005; 13:567-71. Disponível em: http://www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692005000600015&lng=pt&nrm=iso.
- Santos I, Guerra RGM. Os cenários de atenção à pessoa idosa dependente de cuidados: transcendendo à integralidade do ser (Palestra). In: *Anais da Jornada Nacional de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia*; 2011, Rio de Janeiro-Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, 2011. p. 20-4.
- Santos I, Caldas CP, Gauthier J, Erdmann AL, Figueiredo NMA. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20:4-9.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso: Portaria nº 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
- Senado Federal (Br). Estatuto do Idoso. 2ª reimpr. Brasília (DF): Gráfica do Senado; 2003.
- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalences of diabetes: estimates for the years 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*. 2004; 27:1047-53.
- International Diabetes Federation. [citado em 10 set 2012]. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas/downloads>.
- Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice-Hall Health; 2002.
- Zagury L, Naliato ECO, Meirelles RMR. Diabetes Mellitus em idosos de classe média brasileira: estudo retrospectivo de 416 pacientes. *J bras méd*. 2002; 82 (6):59-61.
- Alves ACS, Santos I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicando o diagrama de Nola Pender. *Texto contexto enferm*. 2010; 19:745-53.
- Brunner L, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- Santos I, Gauthier J, Figueiredo NMA, Petit SH. Prática de pesquisa em ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética. São Paulo: Atheneu; 2005.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [citado em 06 set 2012]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
- Kannel WB, Schwartz MJ, McNamara PM. Blood pressure and risk of coronary heart disease: the Framingham Study. *Dis Chest*. 1969; 56:43-52.
- DeFronzo RA, Ferrannini E. Insulin resistance: a multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. *Diabetes Care*. 1991; 14:173-94.
- DeFronzo RA. Insulin resistance, hyperinsulinemia and coronary artery disease: a complex metabolic web. *Coronary Art Dis*. 1992; 3:11-25.
- Reaven GM. Banting Lecture: role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*. 1988; 37:1595-607.
- Silva RC, Sallorenzo C, Kater CE, Dib SA, Falorni A. Autoantibodies against glutamic acid decarboxylase and 21-hydroxylase in Brazilian patients with type 1 diabetes or autoimmune thyroid diseases. *Diab nutr metab*. 2003; 16:160-8.
- Jode MS. Influência dos fatores emocionais no Diabetes Mellitus. In: Marcelino DB, Carvalho MDB. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicol reflex crit*. 2005; 18:25-8.
- Oliveira LPBA, Menezes RMP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto contexto enferm*. 2011; 20:301-9.
- Araújo I, Paul C, Martins MM. Living older in the family context: dependency in self care. *Rev esc enferm USP*. 2011; 45:869-75.
- Meure ST, Benedetti TRB, Mazo GS. Aspectos da autoimagem e autoestima em idosos ativos. *Motriz*. 2009; 15:788-96.

