

JÉSSIA OLIVEIRA DOS SANTOS FERNANDES

IDOSOS DIABÉTICOS

**ACOMPANHAMENTO DE UM GRUPO DE DIABÉTICOS EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JÉSSIA OLIVEIRA DOS SANTOS FERNANDES

IDOSOS DIABÉTICOS

**ACOMPANHAMENTO DE UM GRUPO DE DIABÉTICOS EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Banca
examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, como exigência
parcial para obtenção do título de Mestre
em Gerontologia, sob a orientação da Prof.^a
Dr.^a Ruth Gelehrter da Costa Lopes

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

2006

BANCA EXAMINADORA

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Local: _____ Data: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e seu espírito de luz que esteve e esta sempre presente junto de minha pessoa guiando-me, iluminando cada passo de minha trajetória de vida.

*Dedico a minha família que são: meus filhos Leonardo e Letícia, e o esposo Cláudio por vocês juntos serem a razão do meu existir.
Eu amo infinitamente vocês.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente por ter guiado a minha vida, para eu dar mais um passo que foi muito importante para mim, sem a Luz dele não seria possível concluir esta dissertação.

Ao Amorzinho meu esposo que é uma pessoa especial, encantador, muito compreensivo, carinhoso, dedicado, amigo, faz o possível e o impossível para sermos felizes, a nossa felicidade se completou com o Leonardo e a Letícia.

Ao Leonardo e a Letícia meus amados filhos a razão do meu viver, que mesmo sem compreender minhas ausências, me deram muita força e alegria através de seus carinhos.

A Damiana minha amiga e seu esposo Avenaldo pela amizade verdadeira, que hoje em dia é muito raro existir, agradecer a vocês é pouco, agradecerei a cada dia tudo o que fez por mim e continua fazendo.

A Tia Lúcia e Tio Edson que se tornaram membros da nossa família, são pessoas especiais e que contribuíram muito para esse momento tão importante para mim, e continuam contribuindo.

A Elizabete Fabiano e sua mãe, que são pessoas amáveis, compreensivas, especiais para Deus, me sinto lisonjeada pela nossa verdadeira amizade.

A Lili que é uma pessoa encantadora, que consegue elevar nossa alta-estima, mesmo em sua ausência, você é incrível, risonha e carinhosa, obrigada.

Ao meu pai João, minha mãe Joselita e meus irmãos Josiene e Alexandre, pois sem o apoio da família não é possível superar os obstáculos e chegar no objetivo desejado.

Ao Prof. Dr. João Grandi pelo aprendizado que transmitiu a mim, no momento que necessitei.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Ruth por todos os encontros, orientações, paciência, dedicação, disponibilidade, oportunidade para concluir esta dissertação, sem você não seria possível chegar ao fim, muitíssimo obrigada.

A Prof.^a Dr.^a Nadia por sua dedicação, clareza, objetividade, ensinamento e aprendizagem durante esta jornada.

A Prof.^a Dr.^a Vera agradeço a sua pessoa pela competência, dedicação e carisma do seu ensinamento que foram fundamentais para o meu aprendizado.

A Bolsa Capes, pois sem a sua ajuda e contribuição, eu não conseguiria concluir este trabalho, foi fundamental na minha vida a sua ajuda, obrigada.

A todos os idosos que contribuíram para que esta pesquisa se concluísse.

A todas as pessoas que trabalham na UBS Vila Jacuí, sem a contribuição de todos não seria possível desenvolver a parte prática desta dissertação.

A Secretária da Saúde que colaborou autorizando a pesquisa na UBS Vila Jacuí.

A Valdenice que muitas vezes ria demasiadamente e procurou compreender e orientar-me nesta jornada.

A todos os professores e colaboradores do programa de gerontologia, que contribuíram e procuraram orientar-me a cada passo nesta jornada.

Enfim, todos vocês que fazem parte da minha história de vida, fizeram eu crescer mais um pouquinho, prometo que continuarei buscando novos conhecimentos, para eu progredir ainda mais, nos meus ensinamentos e conhecimentos.

Ao Toninho por me dar uma oportunidade de atuar como enfermeira na nefrologia e conhecer um pouco mais dos pacientes renais crônicos e diabéticos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENVELHECIMENTO E SAÚDE DO IDOSO.....	18
1.1 A saúde e o bom envelhecer.....	19
1.2 Aspectos sócio-demográficos e as políticas para o envelhecimento.....	21
1.3 A atenção ao idoso no contexto da estratégia de saúde da família.....	26
1.3.1. Competências, habilidades e atribuições da equipe da atenção básica sob a estratégia de saúde da família voltadas à pessoa idosa.....	28
2. O ENVELHECIMENTO E O ADOECER.....	35
2.1 Doença crônica: um desafio controlável.....	35
2.2 O idoso diabético.....	37
2.3 Educação e cuidados em diabetes.....	41
2.3.1 Algumas considerações sobre grupo para idosos.....	44
2.3.2 A equipe e o papel da coordenação.....	47
2.3.3 Como organizar os grupos.....	48
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	51
3.1 Objetivos da pesquisa.....	51
3.1.1 Objetivo geral.....	51
3.1.2 Objetivos específicos.....	51
3.2 Desenho da pesquisa.....	51
3.3 Local do estudo.....	52
3.4 Sujeitos da pesquisa.....	52
3.5. Instrumentos utilizados.....	53
3.6. Análise dos dados.....	53
4. RESULTADOS.....	54
5. DISCUSSÃO.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	75
Anexo 1 – Solicitação de Autorização à Instituição a ser pesquisada.....	76
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77
Anexo 3 – Instrumento de coleta de dados.....	78

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1 - Previsão de evolução da composição etária da população mundial – 1998 e 2050.....	22
Gráfico 1 - Proporção de idosos na população brasileira, 1980-2020.....	23
Gráfico 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, segundo a faixa etária. São Paulo, 2006.....	54
Gráfico 3 – Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, segundo o sexo. São Paulo, 2006.....	54
Gráfico 4 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto aos motivos de participação nas reuniões do grupo de diabéticos. São Paulo, 2006.....	59
Gráfico 5 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto ao que mais gostam no grupo e não gostam. São Paulo, 2006.....	59
Gráfico 6 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, em relação a sugestões para o grupo. São Paulo, 2006.....	
Tabela 1 - Anos de vida esperados, por sexo, segundo Região do Brasil, 2000.....	22
Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, em relação ao conhecimento da existência de um grupo controle e educação na unidade. São Paulo, 2006.....	55
Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, em relação ao tempo que idosos participam do grupo de diabéticos na UBS. São Paulo, 2006.....	56
Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto ao conhecimento sobre o que é diabetes. São Paulo, 2006.....	56
Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, em relação a manutenção da glicemia. São Paulo, 2006.....	56
Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto a frequência de aferição da glicemia. São Paulo, 2006.....	55
Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto ao uso de medicação hipoglicemiante. São Paulo, 2006.....	57
Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí,	

quanto a participação em atividades físicas. São Paulo, 2006.....	58
Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, sobre o controle do diabetes por meio de dieta. São Paulo, 2006.....	58
Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto ao comparecimento em consultas agendadas. São Paulo, 2006.....	58
Tabela 11 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto ao comparecimento as reuniões de grupo controle. São Paulo, 2006.....	59
Tabela 12 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto a compreensão e seguimento das orientações para o controle do diabetes. São Paulo, 2006.....	59

RESUMO

A educação em diabetes é parte imprescindível do tratamento do paciente, associado ao controle metabólico adequado, à atividade física e à dieta. O maior nível de conhecimento sobre a doença e suas complicações estão relacionadas a uma melhora da qualidade de vida, com redução do número de crises de hipoglicemia, menor número de internações hospitalares, melhor controle metabólico e maior aceitação da doença. Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar a participação de idosos diabéticos em grupos de educação e controle em uma Unidade Básica do Programa Saúde da Família. Utilizou-se para conduzir este estudo a pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa, por considerar que este método permite melhor compreensão diabético, tanto em sua complexidade e especificidade quanto em relação à valorização no autocuidado. Os resultados obtidos demonstraram que os idosos diabéticos estão entre 60 a 79 anos (73%), com predominância do sexo feminino (60%), 72% não têm conhecimento da existência de um grupo controle e educação na unidade básica que freqüentam, (33%) referem participar do grupo a mais de 12 anos, (83%) dos pesquisados conhecem a doença, 58% conseguem manter estável a glicemia, 59% referiram outros motivos para não aferirem a glicemia, 93% responderam que fazem uso de medicação hipoglicemiante, 65% dos pesquisados não participam de atividades físicas em grupo, 64% costumam controlar o diabetes por meio da dieta, 93% dos pesquisados comparecem as consultas agendadas, 82% dos pesquisados não comparecem as reuniões de grupo controle realizadas pela UBS, 86%, compreendem e seguem as orientações para o controle do diabetes, 60% dos pesquisados participam das reuniões no grupo para aprenderem mais sobre a doença, 64% gostam mais de receber orientações, e 57% dos entrevistados sugeriram a realização de palestras explicando mais sobre a doença. Assim conclui-se que é necessário que haja fortalecimento e ampliação do grupo de educação em diabetes, na referida UBS, com vistas a motivar o paciente e sua família a participarem efetivamente dele, através do qual poderão elaborar e solucionar os problemas decorrentes do diabetes.

Palavras-chave: Diabetes; Idosos; Grupo de Educação e Controle.

ABSTRACT

The education in diabetes is indispensable part of the patient's treatment, associate to the appropriate metabolic control, to the physical activity and the diet. The largest knowledge level on the disease and their complications are related the an improvement of the life quality, with reduction of the number of hypoglycemic crises, smaller number of internments hospital's, better metabolic control and larger acceptance of the disease. Like this, the objective of this research is to analyze the diabetic seniors' participation in education groups and control in a Basic Unit of the Program health of the Family. It was used to drive this study the descriptive research with quanti-qualitative approach, for considering that this method allows better understanding diabetic, so much in his/her complexity and specificity as in relation to the valorization in the autocare. The obtained results demonstrated that the diabetic seniors are among 60 to 79 years (73%), with female predominance (60%), 72% don't have knowledge of the existence of a group control and education in the basic unit that you/they frequent, (33%) they refer to participate more than 12 years in the group the, (83%) of those researched they know the disease, 58% get to maintain stable the glyceimic, 59% referred other reasons for us not to check the glyceimic, 93% answered that you/they make use do use of medication hypoglycemic, 65% of those researched don't participate in physical activities in group, 64% control the diabetes through the diet, 93% of those researched attend the consultations scheduling, 82% of those researched don't attend the group meetings controls accomplished by UBS, 86%, they understand and they follow the orientations for the control of the diabetes, 60% of those researched participate in the meetings in the group for us to learn more on the disease, 64% like more of receiving orientations, and 57% of the interviewees suggested the accomplishment of lectures explaining more on the disease. It is ended like this that is necessary that there are invigoration and enlargement of the education group in diabetes, in referred UBS, with views to motivate the patient and his/her family announce her indeed of him, through which you/they can elaborate and to solve the current problems of the diabetes.

Keyword: Diabetes; Senior; Group of Education and Control.

INTRODUÇÃO

O interesse pela área de gerontologia começou a fazer parte de meu cotidiano há vários anos, ao realizar o curso de Auxiliar de enfermagem, no qual percebi o quanto “o cuidar do próximo” era importante para mim e implicava em práticas específicas em relação aos mais velhos. Por meio da observação e do cuidado, aprendi como era essencial investigar a vitalidade de cada sujeito, controlar e cuidar para promover a cura. Desta forma, após os estágios nos hospitais, obtive a certeza de que aquela seria a profissão que desejaria abraçar, e assim, ingressei no curso de graduação em Enfermagem, concluindo-o, em 2000, pela Universidade Bandeirante de São Paulo.

Na universidade, procurava executar com responsabilidade as atividades que me eram designadas e contribuíam para a formação de enfermeira, mas tinha uma tendência a ter um zelo na realização das atividades práticas das quais os idosos faziam parte, por entender que essa população necessitava de maior atenção, em razão de suas carências, tanto emocionais como físicas. Dessa forma, dedicava tempo para conversar com eles, ouvindo-os contar experiências acumuladas em suas vidas, suas alegrias, tristezas, procurando valorizar o que construíram ao longo dos anos.

Ainda durante a graduação, tive meu primeiro contato com a temática diabetes na velhice na disciplina de Saúde do Idoso.

Na atuação como docente-enfermeira no acompanhamento de estágios em unidades básicas de saúde, observei a importância deste profissional na educação em saúde para grupos de diabéticos. A prestação de serviços aos idosos fez com que precisasse aprofundar a compreensão e o conhecimento na área de Gerontologia, o que instigou-me a participar do processo seletivo no Programa de Pós-graduação em Gerontologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

O cumprimento dos créditos nas disciplinas do programa deram-me a oportunidade de refletir de maneira ampla sobre a atenção à saúde do idoso, culminando com a formalização da proposta, desenvolvimento e concretização deste estudo.

As disciplinas cursadas foram fundamentais também para que eu pudesse observar que, ao conseguirmos aumentar o tempo de vida de nossa população, não estamos preparados para cuidar dos nossos idosos nem para lhes proporcionar uma vivência digna e de qualidade tanto no ambiente familiar, como no social. De acordo com PAPALÉO NETTO (2000), as políticas sociais e de saúde, não demonstram interesse na otimização da assistência geriátrica e gerontológica, considerando a prestação de cuidado ao idoso um ato caritativo, sem conscientização dos direitos destes indivíduos como cidadãos.

No entanto, para DYNIEWICZ; PAGANINI (2000), tal cidadania pode ser resgatada por grupos educativos que reforcem o processo de viver do idoso e de sua família de tal forma que, em vez de a velhice se caracterizar pelo desconhecimento dos diferentes modos de obter bem-estar e dos subsídios para enfrentamento deste processo, se transforme para que possa ser experienciada de forma digna, harmônica e prazerosa, tanto pelo idoso quanto por sua família.

Já GOLDMAN (2003), descreve que a velhice é um fenômeno histórico, social, cultural, enfim, multifacetado e multidisciplinar. As trajetórias de vida só podem ser compreendidas em determinado tempo, espaço, classe social, relações de gênero e de etnia, entre outras variáveis.

Assim, embora nesta fase da vida as alterações fisiológicas não sejam necessariamente patológicas, podem levar à limitação das chamadas atividades de vida diária do idoso. Este quadro torna-se mais acentuado na vigência de doenças, geralmente crônico-degenerativas, como no Diabetes, foco deste estudo.

Para COSTA LOPES (2000), a velhice é um fenômeno biológico, mas entendê-la só dessa maneira significa reduzir a questão e não analisá-la em sua complexidade, não levando em conta os aspectos psicológicos, sociais e culturais.

Assim, segundo PACHECO FILHO (2002), boa parte dos problemas e sofrimentos relacionados àquilo que socialmente se construiu e se designa pelo nome *velhice*, deriva da estigmatização, da marginalização, do preconceito, da sideração, motivados pela busca de sucesso individual e de corpos perfeitos e pela incapacidade para suportar faltas, limitações e

incompletude da nossa cultura e sociedade. Essas questões exigem nossa atenta consideração, se pretendermos desenvolver modos criativos e inovadores de abordar a velhice e o envelhecimento

Sob tal perspectiva, vale salientar que a expectativa de crescimento no número de pessoas com diabetes no mundo é alarmante, conforme menciona ROCHA (2004). Na América Latina, por exemplo, este aumento deve chegar a 44% até 2010, quando teremos 22,5 milhões de diabéticos. Na Europa, a previsão é de 24%, passando para 32,9 milhões de diabéticos. Na África, o índice chega a 50%, com 14,1 milhões de doentes. De acordo com o referido autor, para lidar com essa epidemia, uma das formas mais importantes é o investimento em programas de educação em diabetes, muito utilizados por governos de países do primeiro mundo.

A esse respeito VICINI (2002) afirma:

Quando as pessoas não costumam desconfiar que elas possam agir em prol de sua saúde (muitas vezes até temem que alguém possa sugerir que façam algo), parece não haver muito sentido em autocuidar-se no dia-a-dia, a não ser tomar religiosamente remédios. E esta situação atinge mais freqüentemente pessoas idosas, pois elas viveram o suficiente para tornar-se fármaco-dependentes, devido a enfermidades ditas degenerativas, isto é, que geram um processo de adoecimento lento e progressivo durante um longo tempo. As políticas de saúde não se preocupam com a prevenção das doenças degenerativas e depois as autoridades sanitárias e as empresas de saúde queixam-se porque os idosos absorvem muitos recursos por causa de tratamentos caros e prolongados. Há alguma lógica nisso? Parece que não, mas é isso que acontece o tempo todo.(p. 73)

Questiona-se, ainda: por que educar? Estatísticas mostram que uma pessoa portadora de diabetes, em geral, após quatro ou cinco meses de tratamento o interrompe, ou seja, deixa de medir sua taxa de glicemia, de seguir um cardápio adequado ou até deixa de tomar a medicação. Isso acontece, justamente, porque as pessoas portadoras de alguma doença crônica, como o diabetes, acham que não são doentes, mas estão doentes.

Desta forma, entender o “ser” e “estar” doente é que vai fazer a diferença no tratamento, e isso só se consegue por meio de investimentos em educação. Educar, neste caso, significa conscientizar o paciente, a família e os profissionais de saúde.

No entanto, é oportuno salientar que a presença da doença na vida das pessoas provoca novas ordenações de seus valores pessoais, objetivos de vida e percepções sobre o mundo. A necessidade dessas freqüentes mudanças na vida dos indivíduos e dos grupos sociais determina a elaboração de novas estratégias de enfrentamento nos arranjos dos papéis sociais o que, por sua vez, dificulta a implementação de medidas preventivas e de promoção à saúde.

Porém, para LESSA (1998), por causa da maior vulnerabilidade em indivíduos idosos, devido à comorbidade, o diabetes merece maior atenção, cuidados e estudos para o entendimento do seu mecanismo interativo e de seu funcionamento, para possibilitar ações preventivas e de controle pelos serviços de saúde.

A propósito disso, DAMIANI (1995) afirma que muitos estudos salientam a necessidade de expansão de equipes de cuidado à saúde (médicos especialistas, enfermeiros, educadores em diabetes, entre outros), maior esforço profissional na educação em diabetes, melhor relacionamento entre especialistas e cuidadores, além de planejamento de recursos financeiros. Evidenciam também que os benefícios em longo prazo de ter diabéticos com melhor qualidade de vida, mais produtivos e com menos complicações, compensariam os custos com o rígido controle.

Para CIANCIARULLO (1998), o enfermeiro como profissional de saúde responsável pela assistência preventiva e cuidativa necessita estar preparado para assistir a esta clientela específica, direcionando-a para o autocuidado, objetivando o controle do diabetes e a melhoria da qualidade de vida.

Por isso, a atuação do enfermeiro como educador em saúde tem sido enfatizado, principalmente, no que diz respeito à atenção nas unidades básicas de saúde, segundo RIZZOTO (1999). Nesse sentido, considero oportuno destacar aqui o Programa Saúde da Família (PSF) que foi criado no país, de acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001), com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e consolidação do Sistema Único da Saúde (SUS) elegendo como foco de atenção a reativação da assistência primária e o

estabelecimento de laços de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, inspirado em experiências advindas de outros países cuja Saúde Pública alcançou níveis interessantes de qualidade, com investimentos na promoção e prevenção das doenças.

MUNARI e RODRIGUES (1997) salientam que a maioria dos trabalhos que focalizam a educação em saúde, realizados em grupos, retrata esta forma de mobilização e organização do grupo, pelo qual as pessoas são reunidas por meio de aspectos comuns, nas diferentes patologias, o que pode ser o ponto inicial de um processo educativo nas unidades do PSF, visto que garante a possibilidade de afirmação de um compromisso entre os seus participantes.

A definição do campo de pesquisa em uma Unidade Básica de Saúde da Família, decorre, principalmente, da aproximação que a autora deste trabalho tem como docente nesta área, como campo de estágio para alunos de graduação.

Além disso, entende-se que, o fato de partilhar situações e problemas semelhantes contribui para a criação de um clima de convivência de relevante valor terapêutico, pois cada um pode verbalizar barreiras pessoais e sociais, trocar sugestões e experiências sobre os problemas vivenciados, e essa proximidade facilita a adesão e colabora com outros cenários do cuidado, isto é, nas consultas, nas visitas domiciliares e, sobretudo, nas orientações.

Não se pode, contudo, negligenciar que, por ser o diabetes *mellitus* uma doença crônica que requer toda uma vida de comportamentos especiais de autocuidado, dar liberdade ao paciente de fazer opções no autocontrole é condição essencial para a mudança efetiva de hábitos adquiridos e não-controlados. Desta forma, ainda é preciso considerar que mudanças de comportamento tão significativas quanto as que se esperam do paciente diabético não podem ser impostas e somente se fazem ao longo do tempo.

Assim, sensibilizar os diabéticos para compreender essas alterações no estilo de vida é papel fundamental dos profissionais envolvidos com estes pacientes. Direcionar o objeto de pesquisa deste estudo, no caso do diabetes tipo 2 no idoso, para o aspecto educacional, é necessário para interferir no seu modo de vida.

Enfatizo a importância dos conhecimentos em gerontologia para a preparação daqueles que precisarão orientar o segmento idoso.

Doenças cardiovasculares são relacionadas como a maior causa de mortalidade em pessoas com diabetes mellitus, e diversos fatores, como a hipertensão arterial, são apontados como responsáveis para a elevação de ocorrência dessas doenças.

Os diversos fatores de risco encontram-se associados à instalação e presença das doenças crônicas, às quais os idosos são mais vulneráveis, em virtude da comorbidade, conforme já mencionamos.

A inquietação com a temática, está também circunstanciada à busca pela compreensão da influência do crescimento demográfico, e as conseqüências dos padrões de morbimortalidade, a médio e longo prazo na sociedade brasileira.

Por conseguinte, vale ressaltar que a importância de se estudar grupos de educação e controle para pessoas idosas portadoras de diabetes justifica-se, pois, apesar dos grandes avanços tecnológicos em relação ao diagnóstico e ao tratamento, um alto percentual delas não adere ao tratamento preconizado.

Ademais, com a educação feita por grupos especializados, é possível reduzir de forma significativa as complicações e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras de diabetes, ao longo do processo da doença. Como a educação é uma tarefa que requer conhecimentos, dedicação e persistência, ela é de responsabilidade de cada integrante da equipe e, como parte essencial do tratamento, constitui-se num direito e num dever do paciente e dos profissionais responsáveis pela promoção da saúde.

O processo de educação deve acontecer de forma gradativa, contínua, interativa e adequada, considerando-se, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD (1997), as características do educando e através de atendimento individual ou realização de grupos com outros pacientes, na sala de espera; de programação de visitas domiciliares; em colônia de férias, cursos regulares ou associações de diabéticos, o que favorecerá a compreensão do diabetes pela pessoa acometida por ele, visando ao seu tratamento e controle.

O trabalho que aqui me proponho desenvolver é composto, além desta introdução, de quatro capítulos e das considerações finais.

O primeiro capítulo, “Envelhecimento e Saúde do Idoso”, apresenta um olhar sobre a velhice e a saúde do idoso, demonstrando que as análises demográficas apontam o envelhecimento da população mundial como fenômeno sem precedentes na história humana, onde a promoção do envelhecimento saudável passou a integrar atualmente as diretrizes para as políticas de atenção ao idoso em nível internacional. A participação neste contexto é pensada em sentido abrangente, na família, em assuntos sociais, econômicos, cívicos, culturais e espirituais, e como possibilidade afeita também aos idosos com doença ou incapacidade, nos limites de sua condição. Assim sendo, descreve-se sobre a Estratégia de Saúde da Família, a qual de acordo com os princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas.

No segundo capítulo, “O Envelhecimento e o Adoecer” analisa as transformações sociais e culturais e tecnológicas ocorridas no último século, o aumento da expectativa de vida das pessoas, considerando, que talvez todo esse processo de mudanças levou a importantes alterações no estilo de vida das populações, refletindo-se em sua saúde, apresentando um novo desafio, as doenças crônicas degenerativas. Dentre estas destaca-se o diabetes, objeto de estudo em questão, a qual apresenta importantes conexões culturais, relacionando-se diretamente aos aspectos gerais de saúde, como alimentação e bem-estar físico e emocional, caracterizada como problema de saúde pública, mas que ao mesmo tempo permite oferecer subsídios para os idosos lidarem com a prevenção e controle da mesma. Neste contexto, buscou-se ainda, descrever algumas considerações sobre grupo para idosos, já que a orientação para a educação em diabetes podem permitir impacto na prevenção do diabetes e suas complicações, na qualidade de vida e na promoção da saúde das pessoas portadoras desta doença.

No terceiro capítulo, “Procedimentos Metodológicos”, com o objetivo de analisar a participação de idosos diabéticos em grupo de educação e controle em uma Unidade Básica do Programa Saúde da Família, realizou-se uma pesquisa de campo descritiva com abordagem qualitativa, com idosos acompanhados por uma equipe de atendimento ao grupo de diabéticos em uma Unidade Básica de Saúde participante do Programa Saúde da Família.

E finalizo, apresentando as “Considerações Finais”, onde considero necessário que haja fortalecimento e ampliação do grupo de educação em diabetes, na referida UBS, com vistas a motivar o paciente e sua família a participarem efetivamente dele, através do qual poderão elaborar a resolução dos problemas decorrentes do diabetes.

1. ENVELHECIMENTO E SAÚDE DO IDOSO

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nas últimas décadas, em virtude do aumento da duração da vida da população mundial, sem precedente na história. A longevidade com qualidade de vida está em cena no debate contemporâneo, por se considerar o acréscimo da expectativa de vida como valiosa conquista humana e social.

Viver mais e bem é um ideal intimamente relacionado à saúde em sua apreensão mais ampla, ou seja, como potencial de satisfação das aspirações humanas. É nessa linha que a temática do envelhecimento e saúde do idoso se apresenta não só para a atenção aos mais velhos, mas para as práticas de saúde em geral.

Isso quer dizer que diante desse novo e cada vez mais visível fenômeno social, a velhice enfocada e aprendida no curso de pós-graduação em Gerontologia na PUC/SP passou a ser vista por mim não só com base na análise dos seus determinantes, conseqüências, oportunidades e riscos, mas também procedendo à revisão de conceitos, critérios e objetivos capazes de subsidiar planejamentos e definições de políticas mais condizentes com a realidade. Esta preocupação é que nos conduz a ser uma comunidade acadêmica atualizada com o seu tempo e atenta ao compromisso com os direitos sociais que, no século XX, constituíram as principais conquistas democráticas e as referências mestras da política social e de saúde dos idosos.

Além do exposto, vale salientar que o aumento da prevalência do diabetes em países em desenvolvimento vem sendo observado nas últimas décadas. Isto é decorrente, segundo COELI e colaboradores (2002), em grande parte do acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica em curso nesses países. Essa doença é de importância para a

população idosa pela elevada frequência com que ocorre e pelo fato de acarretar complicações macrovasculares (doença cardiovascular, cerebrovascular e de vasos periféricos) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Tais complicações contribuem para a queda da qualidade de vida dos idosos, além de determinar o aumento de consumo de recursos em saúde.

Assim, um olhar sobre a velhice e a saúde do idoso é um ponto inicial a partir do qual se busca refletir sobre este ideário e sua articulação, referente às questões atuais relacionadas à promoção da saúde.

1.1 A saúde e o bom envelhecer

Envelhecer é um processo universal, dinâmico, progressivo, lento e gradual, para o qual concorre uma multiplicidade de fatores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais (ASSIS, 2004).

Embora se reconheça um conjunto de traços típicos do envelhecimento humano, como cabelos brancos, pele enrugada, diminuição do vigor, dentre outras alterações morfológicas, orgânicas e funcionais identificadas como senescência¹ (COSTA FILHO, 1997). Trata-se de uma experiência extremamente diversificada entre os indivíduos. Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se, conforme as oportunidades e constrangimentos vigentes, sob dadas condições socioeconômicas, culturais e históricas.

Velhice é, portanto, um fato biológico que atravessa a história, mas cujo destino varia, segundo o contexto social (FERRARI, 1999).

Dentre as questões que cercam o envelhecimento, agravadas em sociedades excludentes e desiguais, a saúde ocupa um lugar estratégico pelo seu forte impacto sobre a

¹ Processo de alterações fisiológicas que leva à diminuição da capacidade de adaptação do organismo ao meio. *Senilidade*, por sua vez, corresponde às modificações resultantes de afecções ou patologias que acometem com frequência os idosos. Costa Filho (1997)

qualidade de vida dos idosos e por ser alvo de estigmas e preconceitos reproduzidos socialmente em relação à velhice. A representação negativa normalmente associada ao envelhecimento tem como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais motivadas pelo avançar da idade. De acordo com SCRUTTON (1992) apud ASSIS (2004), no imaginário popular de saúde na idade avançada, reforçado pela própria medicina, velhice é associada com crescente mal-estar, doença e dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase. São exemplos:

“(...) perda de energia e controle pessoal; necessidade significativamente maior para descanso; longos e crescentes períodos de adoecimento; permanente experiência de dor e desconforto; crescente imobilidade; gradual perda de controle e responsabilidade; incontinência, com resultante perda de dignidade e auto-respeito; crescente confusão; e, por fim, a mais temível condição de todas, a senilidade.” (SCRUTTON, 1992:10).

A distinção entre velhice e patologia e a possibilidade de diminuição da ocorrência de incapacidades em idosos, mediante a provisão de serviços de saúde e de bens e serviços essenciais para a qualidade de vida, foi afirmada no Brasil, nos anos 90, na Declaração de Brasília sobre Envelhecimento (1996). De acordo com o Documento:

“O envelhecimento é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. Enquanto o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, as condições crônicas e incapacitantes que freqüentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais.”

A observação de padrões diferenciados de envelhecimento e a busca por compreender os determinantes da longevidade com qualidade de vida têm motivado estudos na linha de compreensão do que constituiria o *bom envelhecer*.

De modo semelhante à ampliação conceitual da saúde ocorrida nas últimas décadas, a conclusão de ASSIS (2004) é que a Gerontologia está migrando de uma perspectiva de preocupação prévia com doença e incapacidade para uma visão mais robusta que inclui o envelhecimento bem-sucedido. A pesquisa nessa área é multidimensional e interdisciplinar e envolve os três domínios citados no conceito: prevenção de doença e incapacidade, manutenção de alta função física e cognitiva e engajamento sustentado em atividades sociais e produtivas. O interesse tem sido relacionar a redução dos riscos de eventos adversos e o incremento da resiliência² em sua presença.

Em sintonia com a idéia de que envelhecer bem depende do equilíbrio entre as limitações e potencialidades do indivíduo, FERRARI (1999) reconhece a velhice como uma etapa marcada por limitações que tendem a se agravar com o tempo, mas que tem potencialidades únicas e distintas, exemplificadas pela autora como serenidade, experiência, maturidade e perspectiva de vida pessoal e social. É considerada hoje uma fase do desenvolvimento humano e não mais um período exclusivamente de perdas e incapacidades.

A manutenção da saúde e autonomia na velhice é o horizonte a partir do qual se poderia enfrentar o paradoxo sustentado pelo desejo corrente das pessoas de quererem viver mais, contudo não quererem ser velhas. (SCRUTTON, 1992)

Tal possibilidade é também ressaltada por ASSIS (2004) como uma via de redução do impacto das questões extremamente delicadas e complexas que envolvem a dependência do idoso e as dificuldades familiares e sociais para o cuidado. Por essas e outras motivações demográficas e socioeconômicas, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento.

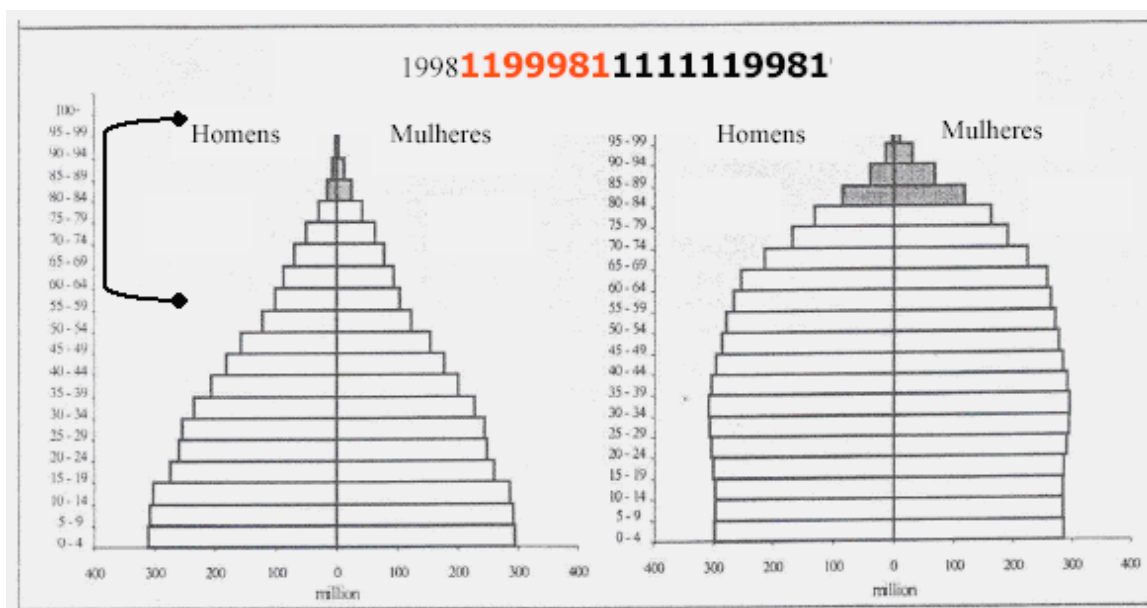
1.2 Aspectos sócio-demográficos e as políticas para o envelhecimento

A promoção do envelhecimento saudável integra atualmente as diretrizes para as políticas de atenção ao idoso em nível internacional. As preocupações partem das análises demográficas que apontam o envelhecimento da população mundial como fenômeno sem precedentes na história humana (HARTZ, 1999).

² Conforme Stotz e Valla (1998), este termo é originário da física e corresponde à capacidade dos corpos de retornar à sua condição normal após pressão externa. De acordo com estes autores, resiliência é conceituada como a capacidade de enfrentar adversidades ou riscos com sucesso.

Segundo dados da ONU, a população idosa mundial está crescendo 2% a cada ano e a proporção de idosos aumenta mais rápido do que a de qualquer outro grupo etário. Como mostra a figura 1, o grupo dos muito idosos, com 80 anos ou mais, é o que mais cresce. Por volta do ano 2050, *os mais velhos dos velhos* representarão 1/5 dos indivíduos idosos (MELLO; ROUQUAYROL e ARAÚJO, et al 2002).

Figura 1 - Previsão de evolução da composição etária da população mundial - 1998 e 2050



Fonte: Adaptado do boletim da OMS, 2000.

O aumento da esperança de vida tem também se verificado nos países subdesenvolvidos. Na região das Américas passou de 51 anos, no início dos anos 50, para acima de 68 anos, atualmente, chegando a 75 anos em vários países (OPAS, 2000).

No Brasil, segundo dados do Censo de 2000, a expectativa média de vida é de 68,6 anos. Conforme mostra a tabela 1, há consideráveis diferenças entre os sexos em favor das mulheres, além de disparidades regionais que expressam a influência das condições socioeconômicas e ambientais nos padrões de envelhecimento.

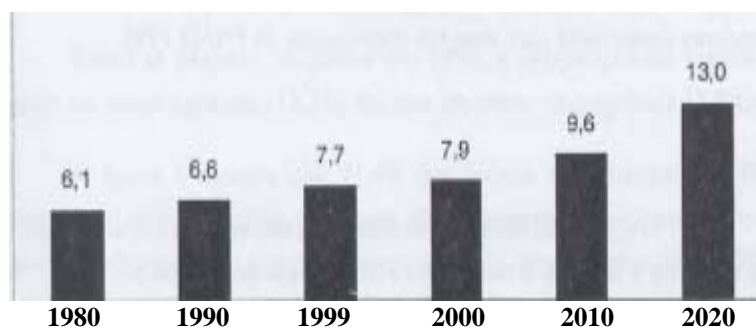
Tabela 1 - Anos de vida esperados, por sexo, segundo Região do Brasil, 2000

Região do Brasil	Expectativa de Vida		
	Masc	Fem	Geral
Região Norte	65,63	71,73	68,47
Região Nordeste	62,72	68,86	65,78
Região Sudeste	65,11	74,32	69,58
Região Sul	67,27	75,02	71,03
Região Centro-Oeste	66,24	72,97	69,42
Brasil	64,77	72,55	68,55

Fonte: IBGE/ contagem populacional e projeções demográficas preliminares

A evolução proporcional da população idosa no Brasil tem sido acelerada. Passou de 4,2% em 1960 para quase 8,0%, em fins dos anos 90. Até 2020, como mostra o gráfico 1, o país praticamente duplicará o percentual de pessoas acima de 60 anos. Segundo projeções demográficas, o índice de envelhecimento, ou proporção de pessoas de 60 anos ou mais para cada 100 menores de 15 anos, passará de 24, que era o índice em 1995, para 58 em 2020, e para 74 em 2025 (OPAS, 2000).

Gráfico 1 - Proporção de idosos na população brasileira, 1980-2020.



Fonte: Dados do IBGE apud Araújo e Alves, 2000.

A dimensão epidemiológica que acompanha o envelhecimento populacional acena para o crescimento das despesas, decorrentes da mudança no padrão de enfermidade. Doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico contínuo:

“Conforme aumenta a proporção de pessoas de idade avançada, aumenta o percentual da população que padece de enfermidades crônicas e incapacidades, gerando uma maior necessidade de recursos sanitários para estes pacientes, enquanto que os custos da atenção de

casos agudos ou curáveis permanecem bastante constantes.” (OPAS, 2000:61)

Além das pressões sobre o sistema de atenção à saúde, indicam-se outros aspectos como preocupações que acompanham o envelhecimento populacional e que repercutem na economia dos países e no bem-estar dos mais velhos e dos mais jovens. Dentre esses se incluem a pressão sobre os sistemas de pensão e aposentadoria, a composição e modalidades de participação da população ativa, arranjos quanto à habitação e as possibilidades da família e do cuidado informal (OPAS, 2000).

Diante do exposto, perspectivas de políticas de atenção às questões do envelhecimento têm sido traçadas por organismos internacionais e nacionais. Segundo a OPAS (2000, p.60)³, apesar das desigualdades entre os países, “(...) *há um princípio comum para a ação que se radica em concentrar esforços para promover a saúde e reduzir a dependência deste grupo da população.*” É ressaltada a intenção de que a longevidade alcançada pela maior expectativa de vida represente um potencial de recursos humanos e sociais e não um incremento de incapacidades, com conseqüente explosão de custos das políticas de assistência.

O marco conceitual da OPAS, em certa sintonia com o debate anteriormente apontado sobre velhice bem-sucedida, baseia-se na premissa de que “(...) *o bom envelhecimento depende em grande medida da prevenção das enfermidades e da incapacidade, da manutenção de uma grande atividade física e das funções cognitivas, e da participação ininterrupta e atividades sociais e produtivas.*” (OPAS, 2000:63).

A perspectiva do *envelhecimento ativo* é a que norteia atualmente o programa da OMS sobre Envelhecimento. O conceito é definido como: “*o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem.*” (OMS, 2002:12).

³ O trabalho da OPAS na área do envelhecimento tem como marco histórico o ano de 1980. Em 1982, a assembléia mundial das nações unidas aprovou o Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento. Em 1985, a OPAS aprovou a elaboração de um programa sobre a Saúde do Adulto e das Pessoas de Idade.

A participação neste contexto é pensada em sentido abrangente, na família, em assuntos sociais, econômicos, cívicos, culturais e espirituais, e como possibilidade afeita também aos idosos com doença ou incapacidade, nos limites de sua condição.

O programa da OMS articula saúde e bem-estar e destaca como desafios, ao lado da provisão de cuidados e da prevenção, questões éticas, políticas e socioculturais como a feminização da velhice, intergeracionalidade, discriminação étnica, segurança econômica e iniquidades sociais, dentre outras. Propõe a abordagem do curso de vida para o envelhecimento ativo, ou intervenções que criem ambiente de suporte e favoreçam escolhas saudáveis em todos os estágios da vida, e a possibilidade de prevenção ou postergação de doenças não-transmissíveis, principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade de idosos em todo o mundo.⁴

No Brasil, as estratégias de política do idoso traçadas desde meados dos anos 90 também acompanham alguns pressupostos afirmados em nível internacional. Dentre esses estão a importância de se promover saúde ao longo da vida e de relacioná-la não à ausência de doenças, mas à manutenção da capacidade funcional, considerando, sobretudo, as peculiaridades do organismo que envelhece (FERRARI, 1999). O conceito de capacidade funcional, conforme definido na Política Nacional de Saúde do Idoso promulgada em fins de 1999, é a “*capacidade de manter habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma*” (SILVESTRE & COSTA NETO, 2003). Pode ser compreendido como a possibilidade de se conviver com eventuais limitações ou doenças e preservar uma perspectiva de vida pessoal e social.

Consoante com a idéia de integralidade da atenção prevista como princípio do SUS e afirmada nas definições globais da política nacional do idoso (1994 e 1996)⁵, a referida

⁴ As principais condições crônicas que afetam idosos em todo o mundo são: doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, condições músculo-esqueléticas, condições de saúde mental (demência e depressão), cegueira e prejuízo visual. OMS (2002).

⁵ Na Lei de 1994, é explicitado como objetivo “*garantir aos idosos a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do SUS.*” (MS/SAS, 1994) Na Lei de 1996, texto que regulamentou os princípios apontados em 1994, mantém-se a intenção da oferta de um leque de ações, através do objetivo específico de: “*Apoiar e desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do idoso, com a finalidade de se conseguir o máximo de vida ativa na comunidade, junto às suas famílias com maior grau de autonomia e independência funcional possível.*” (MS/SAS, 1996:41)

política de saúde do idoso prevê ações em todos os níveis. No entanto, um aspecto a ser ressaltado nas definições da Política Nacional do Idoso, destacam ainda os autores referidos acima, é a pretensão de pensar de forma global e articulada um conjunto de ações intersetoriais que envolvem saúde, previdência, educação, cultura, habitação, justiça, dentre outras, voltadas às diversas necessidades relacionadas ao bem-estar dos mais velhos.

Assim, para este mesmo autor, em que pese o esforço das iniciativas e seus ganhos, há uma distância significativa entre o conjunto de proposições políticas e institucionais e a realidade da velhice e da atenção aos idosos, sobretudo em países periféricos como o Brasil. É preciso contextualizar os horizontes desejados, não só do ponto de vista das condições reais de existência, que balizam o envelhecimento, mas também sob a ótica da proteção social que recua em tempos neoliberais, lesando agudamente os países onde nunca se estabeleceu um *Estado de Bem-Estar*⁶. A possibilidade de pensar o envelhecimento saudável e o papel das políticas na atenção ao idoso é, pois, indissociável da reflexão sobre a qualidade de vida e o desafio insistente de lidar com uma equação que não se completa entre a perspectiva de direitos e sua sistemática negação.

1.3 A atenção ao idoso no contexto da estratégia de saúde da família

O Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a Estratégia de Saúde da Família, visando à reorganização do modelo tradicional por intermédio da reesquematização da atenção básica à saúde. A proposta é uma nova dinâmica para a organização dos serviços básicos de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, assumindo os compromissos, de acordo com SILVESTRE & COSTA NETO (2003), de:

⁶ O conhecido *Welfare State*, ou padrão de intervenção estatal no campo da proteção social, consolidado nos países centrais no período pós-guerra, tem sido o alvo central das críticas do projeto neoliberal em expansão no mundo, desde meados dos anos 80. Diferentemente das conquistas sociais obtidas nestes países, não se logrou no Brasil, nem nas economias subdesenvolvidas, um patamar minimamente digno de condições de vida para o conjunto da população. Conforme Oliveira (1998), a tradução para os países periféricos nunca passou de um *Estado de Mal-Estar Social*.

- Reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário pelo seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde;
- Prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade à população, na unidade de saúde e no domicílio, elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à manutenção e à recuperação da saúde da população;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Apesar de essa estratégia ser operacionalizada a partir das Unidades Básicas de Saúde - UBS, todo o sistema deve se estruturar, segundo a sua lógica, pois a continuidade da atenção deve ser garantida por um fluxo setorial contínuo e possibilitar a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população (SILVESTRE & COSTA NETO, 2003).

No contexto da Estratégia de Saúde da Família, explicam ainda os referidos autores, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua a todos os membros das famílias vinculadas à UBS, em cada uma das fases do ciclo de vida, sem perder de vista o contexto familiar e social. A atenção do profissional propicia a mudança do perfil populacional em sua área de abrangência, em virtude do aumento progressivo da população idosa, fruto da queda da fecundidade e redução da mortalidade em todos grupos etários. O que requer especial atenção ao idoso e participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o, como apregoa a Estratégia em destaque, com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais freqüentes e sua intervenção, bem como medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social.

Assim sendo, a Estratégia de Saúde da Família, de acordo com os princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas

normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, além de serem identificadas formas de intervenção para eliminá-los ou minimizá-los, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família.

Os profissionais que atuam na atenção básica devem ter de modo claro a importância de manter o idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para seu equilíbrio físico e mental.

Visualizar e defender como essencial a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma alegre, participativa e construtiva é uma das importantes missões daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada. Não se deve aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas também garantir a esse ser humano uma vida com qualidade, o que significa conquistar a felicidade e continuar sendo ativo em seu meio. Ademais, as “coisas da idade” não devem ser vistas como uma determinação, mas como possibilidade.

Como destaca o primeiro Caderno de Atenção Básica, voltado para a atenção à pessoa idosa editado pelo Departamento de Atenção Básica do MS:

“A equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras” (Idem,1999:11).

1.3.1. Competências, habilidades e atribuições da equipe da atenção básica sob a estratégia de saúde da família voltadas à pessoa idosa

Ainda de acordo com os autores citados no item anterior (1999; 2003), as atribuições comuns da equipe são:

- Conhecimento da realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais o idoso está exposto, e a elaboração de um plano local para o enfrentamento dos mesmos;
- Execução, de acordo com a formação e qualificação de cada profissional, dos procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa;
- Valorização das relações com a pessoa idosa e sua família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito;
- Realização de visitas domiciliares de acordo com o planejado;
- Prestação de assistência integral à população idosa, respondendo às suas reais necessidades de forma contínua e racionalizada;
- Garantia de acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para aqueles com problemas mais complexos ou que necessitem de internação hospitalar;
- Coordenação e participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde;
- Promoção de ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados na população idosa, além da fomentação da participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais.

Já em relação às competências e habilidades requeridas ao médico e/ou enfermeiro, no que diz respeito à saúde do idoso no nível da atenção básica, os autores ressaltam que podem ser destacadas as seguintes:

- Promoção da saúde do idoso: capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa, em seu contexto familiar e social, bem como compreender o sentido da responsabilização compartilhada como base para o desenvolvimento das ações que contribuem para o alcance de uma vida saudável. Destacam-se as seguintes habilidades requeridas ao médico e ao enfermeiro:

- a) Compreender o significado da promoção à saúde da pessoa idosa e sua relação com os fatores determinantes da qualidade de vida (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais);
- b) Compreender a influência da família, da comunidade, das instituições e dos valores culturais e sociais no processo permanente de manutenção funcional e da autonomia do idoso;
- c) Estimular a iniciativa, a organização e a participação da comunidade em atividades inter-relacionadas em prol da qualidade de vida das pessoas idosas;
- d) Compreender o envelhecimento como um processo essencialmente benigno, não patológico, sem perder de vista, entretanto, que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para o equilíbrio dinâmico do indivíduo, ou seja, sua saúde;
- e) Compreender as diferenças entre o que se pode considerar como envelhecimento normal, com suas limitações fisiológicas gradativas, e as características patológicas que podem instalar-se durante esse processo;
- f) Identificar possíveis fatores de risco à saúde do idoso, assim como os sintomas claros ou não específicos de qualquer alteração física ou mental;
- g) Identificar ações de promoção à saúde da pessoa idosa, desenvolvidas pelos setores governamentais e não-governamentais, na área de abrangência da UBS;
- h) Estabelecer parcerias, visando ao desenvolvimento do trabalho intersetorial (escolas, clubes, igrejas, associações e outros);
- i) Gerar, reproduzir e disseminar informações relativas ao desenvolvimento integral da pessoa idosa para que a população seja informada e possa participar ativamente do processo de forma integral e abrangente;
- j) Desenvolver ações que visem à melhoria das práticas sanitárias no domicílio, bem como a vigilância à saúde do idoso;
- k) Entender a atenção básica à saúde do idoso enquanto processo eminentemente educativo, uma vez que se baseia no estímulo e apoio para que eles se mantenham, o máximo possível, no controle de sua saúde e de sua vida;

- l) Estimular a organização de grupos de idosos para discussão e troca de experiências relativas à sua saúde e como melhorar a qualidade de vida, mantendo-se participante ativo em sua comunidade;
 - m) Construir coletivamente um saber direcionado às práticas de educação em saúde do idoso que integre a participação popular no serviço de saúde e ao mesmo tempo aprofunde a intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade;
 - n) Realizar o diagnóstico das condições de vida e de saúde da família e da comunidade na qual a pessoa idosa está inserida, mediante as informações do cadastro das famílias;
 - o) Estimar e caracterizar a população de idosos da área de abrangência da equipe de saúde, na perspectiva de enfoque de risco;
 - p) Identificar as doenças prevalentes da população idosa na área de abrangência do trabalho da equipe, bem como seus determinantes;
 - q) Acompanhar e avaliar permanentemente o impacto das ações sobre a realidade inicialmente diagnosticada das condições de vida e de saúde da pessoa idosa, na perspectiva de se atingir a situação desejada, pela identificação e desenvolvimento de indicadores de avaliação de processo e de resultado em relação às ações desenvolvidas;
 - r) Identificar métodos e técnicas de ensino-aprendizagem mais adequados à capacitação de pessoas da comunidade que lidam com práticas de cuidado às pessoas idosas.
- Prevenção e monitoramento das doenças prevalentes na população idosa: capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletiva, visando à prevenção específica e o monitoramento das doenças prevalentes na população idosa. Neste contexto, as habilidades requeridas ao médico e ao enfermeiro são:
 - a) Conhecer as condições de vida e de saúde da pessoa idosa em seu contexto familiar na área adstrita à unidade de saúde (aspectos demográficos, perfil de morbi-mortalidade – mortalidade por causa específica, maltrato e abandono – renda e pobreza, trabalho);

- b) Desenvolvimento de ações de caráter coletivo voltadas à prevenção individual e coletiva com base nos fatores de risco universais à saúde da população idosa;
 - c) Associar os fatores de risco universais a outros que podem adquirir pesos variáveis de acordo com a realidade da área de abrangência da equipe de saúde;
 - d) Orientar as pessoas idosas, seus familiares, seus cuidadores e a comunidade acerca de medidas que reduzam ou previnam os riscos à saúde da pessoa idosa;
 - e) Identificar as condições do meio ambiente físico, social e domiciliar que constituem risco para a saúde da pessoa idosa.
- Identificação de agravos e recuperação da saúde no idoso: capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletivo, visando à prevenção específica, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos principais problemas da pessoa idosa.
 - a) *Habilidades requeridas ao médico e ao enfermeiro:*
 - 1) Ensinar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a administração de medicamentos em casa, a utilização de tratamento sintomático e a detecção de sinais e/ou sintomas que requeiram retorno imediato à unidade de saúde;
 - 2) Aconselhar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a alimentação apropriada à pessoa idosa doente e sobre quando retornar à unidade de saúde;
 - 3) Identificar grupos específicos e traçar estratégias para a redução de danos no idoso com deficiência física ou mental, com desnutrição e vítima de violência intra-familiar.
 - b) *Habilidades específicas do médico:*
 - 1) Realizar consulta médica para avaliação dos fatores de risco, confirmação diagnóstica e identificação de processos terapêuticos específicos referentes aos transtornos físicos e mentais prevalentes na população idosa;
 - 2) Avaliar a pessoa idosa, classificando-a segundo o risco, em relação aos problemas típicos de sua idade – imobilidade, instabilidade

postural, incontinência, insuficiência cerebral e iatrogenia, bem como empregar terapêuticas específicas;

3) Realizar consulta médica com vistas a identificar possíveis causas orgânicas ou causas psicossociais com os idosos que apresentam problemas de relacionamento;

4) Explicar à pessoa idosa, aos familiares e/ou aos cuidadores os aspectos referentes ao tratamento não- medicamentoso e medicamentoso específicos de cada agravo;

5) Usar tratamento não-medicamentoso e medicamentoso de acordo com a necessidade;

6) Acompanhar o idoso doente, na unidade ou no domicílio, até a sua cura;

7) Realizar atendimentos de primeiros cuidados nos casos de urgência geriátrica;

8) Encaminhar o idoso refratário aos tratamentos convencionais ou com doenças não-compatíveis com a complexidade da UBS para unidades especializadas de referência;

9) Acompanhar a evolução de pessoas idosas que foram encaminhadas a outros serviços até sua total recuperação e/ou reabilitação.

c) Habilidades específicas do enfermeiro:

1) Programar visitas domiciliares ao idoso em situação de risco ou pertencente a grupos de risco e por solicitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

2) Realizar assistência domiciliar da pessoa idosa quando as condições clínicas e familiares da mesma permitirem ou assim o exigirem;

3) Supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem visando ao desempenho de suas funções na atenção integral à pessoa idosa.

Dentro do exposto, de acordo com SILVESTRE & COSTA NETO (2003) almeja-se para o trabalho na atenção básica sob a Estratégia de Saúde da Família uma adequada

abordagem da pessoa idosa, além de se buscar a necessária compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não patológico.

Para estes autores, entretanto, as equipes de saúde da família não podem perder de vista que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o passar do tempo e, conseqüentemente, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para saúde da pessoa idosa. Diante de tal realidade, o profissional de saúde enfrenta o desafio de traçar limites entre o que se pode considerar como envelhecimento normal com suas limitações fisiológicas gradativas e as características patológicas que podem se instalar durante esse processo. Diversos fenômenos que eram considerados normais, por causa do avançar da idade, hoje são considerados como decorrentes da instalação de processos patológicos, e devem ser precocemente identificados e trabalhados de forma participativa e efetiva.

Desta forma, os cuidados para uma pessoa idosa devem visar à manutenção de seu estado de saúde, com uma expectativa de vida ativa tanto quanto possível, junto aos seus familiares e à comunidade, com independência funcional e autonomia.

2. O ENVELHECIMENTO E O ADOECER

Segundo QUADRANTE (2004), o mundo sofreu relevantes transformações no último século. As populações de países desenvolvidos tiveram aumento de trinta a quarenta anos na expectativa de vida, produto não somente de avanços científicos e tecnológicos, mas também das melhorias nas condições sanitárias. Há de se considerar também o desenvolvimento da urbanização, haja vista que, entre 1950 e 1985, a população urbana dos países desenvolvidos dobrou, e a dos países em desenvolvimento quadruplicou. Todo esse processo levou a importantes alterações no estilo de vida das populações, refletindo-se em sua saúde. Assim como no século XX as doenças infecto-contagiosas necessitaram de grandes esforços para a diminuição de seu impacto, o novo século apresenta um novo desafio: as doenças crônicas.

2.1 Doença crônica: um desafio controlável

O termo doença crônica ainda para QUADRANTE (2004) é usado para designar patologias com um ponto em comum: são persistentes e necessitam de cuidados permanentes. São exemplos freqüentemente lembrados as doenças não-transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, osteoartrose e câncer. Atualmente, entretanto, estamos diante de uma nova realidade. Algumas doenças transmissíveis também se enquadram no conceito de doenças crônicas, sendo o HIV/AIDS o melhor exemplo.

O crescimento das condições crônicas é vertiginoso. Atualmente, são responsáveis por cerca de 60% do ônus decorrente de todas as doenças no mundo e acredita-se que em 2020 responderão por 80% das doenças em países em desenvolvimento. Essas mudanças causam impacto nos planos individuais, sociais e econômicos uma vez que o indivíduo necessita alterar hábitos de vida e, muitas vezes, aderir a tratamentos medicamentosos, além de conviver com a incapacidade, se o controle da patologia não tiver sucesso. Há grande impacto econômico causado não só pelos custos diretamente relacionados ao tratamento de saúde, como também por aqueles derivados da diminuição da força laboral em virtude de óbitos, incapacidade e perda de produtividade (EPPING-JORDAN et al., 2003).

Os idosos, segundo os referidos autores, constituem a população mais acometida pelas doenças crônicas. A incidência de doenças, como hipertensão arterial, diabetes, câncer e patologias cardiovasculares, eleva-se com a idade. Esse aumento parece dever-se à interação entre fatores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis, como tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo, consumo de alimentos não-saudáveis e obesidade.

Já QUADRANTE (2004) relata que estudo epidemiológico, realizado entre os anos de 2000 e 2001, com idosos residentes no município de São Paulo, revelou que uma proporção elevada de entrevistados declarou sofrer de três ou mais doenças. Esse fato foi mais comum entre mulheres (48%) do que entre homens (33%), o que pode refletir a maior procura feminina aos serviços de saúde e, portanto, a maior informação a respeito de suas doenças. O estudo questionou ainda se o idoso sabia ser portador de alguma dentre oito doenças crônicas. A hipertensão arterial (53,3%) foi a doença mais mencionada, seguida por problemas articulares (31,7%), cardiopatias (19,5%), diabetes (17,9%), osteoporose (14,2%), doença pulmonar crônica (12,2%), embolia/derrame (10,2%).

Desta forma, para QUADRANTE (2004), o lugar comum na luta pelo controle das doenças crônicas é a prevenção, primária ou secundária. Quando as condições crônicas são mal gerenciadas, os encargos de saúde tornam-se excessivos, tanto para o governo quanto para os familiares e para a sociedade em geral.

Por todos esses motivos, os profissionais de saúde têm como missão estimular a população a manter hábitos de vida mais saudáveis, além da manutenção de seguimento

médico regular, a fim da realização de diagnóstico precoce, caso essas condições se manifestem. O objetivo desses cuidados é não só aumentar o tempo de vida como a sua qualidade. O maior desejo é manter a independência e a autonomia de cada indivíduo pelo maior tempo possível.

Ainda, para QUADRANTE (2004), observa-se que mudanças de hábitos de vida muitas vezes são mais difíceis de serem mantidas do que tratamentos medicamentosos, pois envolvem padrões de comportamento alicerçados por anos. Há dados objetivos na literatura médica que levam a insistir em mudanças em qualquer momento da vida. Com a cessação do tabagismo, por exemplo, após um ano, o risco de doenças coronarianas diminui em 50% em relação ao prévio. Em pacientes com certo tipo de câncer de pulmão (carcinoma de pequenas células) a sobrevida foi significativamente maior nos que abandonaram o tabagismo.

Assim sendo, sempre é tempo para mudanças e correções na trajetória, apesar de todas as dificuldades inerentes ao processo. É importante que todos se conscientizem de que são parte do processo saúde-doença, em vez de se colocarem apenas como suas vítimas.

Quanto aos cuidados específicos ao paciente idoso, com todas as suas particularidades e presença freqüente de várias doenças associadas, torna-se ainda mais importante a educação em saúde e uma abordagem holística. É importante que o idoso tenha informações sobre as doenças existentes, prevenção e tratamento, para que possa realmente sentir o quanto ele pode fazer por si mesmo. Os profissionais de saúde também devem contemplar o todo, o ser biopsicossocial.

Neste sentido, os tratamentos propostos, descreve QUADRANTE (2004), devem ser adequados a cada indivíduo. Para a atenção global ao idoso tem-se cada vez mais a certeza de que há grande benefício na atuação de equipes interdisciplinares em todas as etapas do processo saúde-doença, seja na prevenção e compensação de doenças crônicas, seja na reabilitação pós-complicações.

2.2 O idoso diabético

O diabetes é uma doença que apresenta importantes conexões culturais, relacionando-se diretamente aos aspectos gerais de saúde, como alimentação e bem-estar físico e emocional. A abordagem deste tema caracteriza-a como problema de saúde pública

demonstrando que é possível oferecer subsídios para os idosos lidarem com a prevenção e controle desta patologia.

Dentro deste contexto, define-se o diabetes como uma patologia que surge como uma disfunção metabólica, originada pelo comprometimento na produção e/ou utilização do hormônio insulina. As conseqüências desta disfunção colocam o diabetes como um problema de saúde pública, atingindo mais de 150 milhões de pessoas em todo o mundo, 5% da população mundial. (CANCELLIERE, 1999).

O diabetes mellitus, segundo DAVIDSON (2001), é uma síndrome com componentes metabólicos, vasculares e neuropatológicos inter-relacionados. A síndrome metabólica é caracterizada por alterações no metabolismo dos carboidratos, das gorduras e das proteínas, que são secundárias a uma ausente ou acentuada diminuição da secreção de insulina e/ou uma ação ineficiente desta.

A hiperglicemia é o *sine qua non* da síndrome metabólica e é o parâmetro mais estritamente monitorizado para fazer o diagnóstico e avaliar a terapia. A síndrome vascular consiste em anormalidades tanto nos grandes vasos (macroangiopatia) como nos pequenos vasos (microangiopatia) (DAVIDSON, 2001).

As alterações macroangiopáticas, explica ainda o citado autor, causam acidentes cérebro-vasculares, infartos do miocárdio e doença vascular periférica. Embora estas seqüelas nos grandes vasos ocorram também em pessoas sem diabetes, parecem ser mais precoces e mais severas em pacientes diabéticos. As expressões clínicas das alterações microangiopáticas são a retinopatia e a nefropatia diabéticas. Finalmente, várias anormalidades no sistema nervoso autonômico e periférico também fazem parte da síndrome diabética, sendo a maioria das alterações neuropáticas causadas por lesões metabólicas, embora algumas destas possam ser secundárias a causas vasculares.

FRANCO (2002) descreve que o diabetes é classificado em 2 tipos mais freqüentes: O tipo 1 chamado de insulino-dependente e o tipo 2 chamado de não-insulino-dependente:

No *diabetes tipo 1 (insulino-dependente)*, o pâncreas não é capaz de produzir insulina, por isso é necessário que o indivíduo diabético tome injeções periódicas deste hormônio; daí o nome de insulino-dependente. Tal deficiência na produção de insulina é causada por uma degeneração ou inativação das células-beta das ilhotas de Langherans, localizadas no pâncreas.

No *diabetes tipo 2 (não insulino-dependente)*, o pâncreas produz normalmente a insulina e, em muitos casos, até produz uma quantidade maior que a normal, mas a glicose não consegue chegar até o interior da célula, pois as células dos tecidos não são sensíveis ao hormônio. Para que isso aconteça, é necessário, além da insulina, estarem presentes em quantidades suficientes alguns receptores chamados de G.L.U.T.4 (glucose transporter 4).

O diabetes tipo 2 é responsável por mais de 90% dos casos de diabetes. A idade mais freqüente de surgimento desse tipo de diabetes é entre os 45 aos 60 anos, associado à obesidade e à aterosclerose. Como no tipo 1, heranças genéticas podem favorecer o surgimento do diabetes tipo 2, mas, com certeza, um dos principais responsáveis pelo surgimento da doença é o estilo de vida que o indivíduo leva (FREITAS et al., 2002).

Na população idosa, o diabetes tipo 2 (não insulino-dependente) é o mais comum e está relacionado a uma taxa de mortalidade em torno de 44%, após dez anos do diagnóstico.

No diabetes tipo 1 (insulino-dependente), explica ainda o autor, é imprescindível a utilização de medicamento (insulina), mas no diabetes tipo 2 (não-insulino-dependente) com uma dieta adequada, a prática regular de exercícios e a obtenção de um peso ideal, somente um em cada dez pacientes necessita de qualquer tipo de medicamento. Em outras palavras, em 90% dos casos, o diabetes é evitável e tratável, por meio de uma melhoria no estilo de vida.

Outros tipos específicos são ainda descritos por FRANCO (2002), entre os quais inclui as várias formas de diabetes do jovem MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young). São situações raras que ocorrem e são causadas por defeitos genéticos funcionais das células-Beta e na ação da insulina; doenças do Pâncreas; endocrinopatias; indução de fármacos e agentes químicos; infecções; formas incomuns de diabetes imuno-mediato, além de outras síndromes genéticas associadas ao diabetes.

As características do diabetes tipo 2 são assim descritas por FREITAS e colaboradores (2002):

- Usualmente ocorre depois dos 35 anos de idade, porém pode acometer crianças e adolescentes com obesidade severa.
- É uma doença genética de transmissão recessiva ainda desconhecida, com penetrâncias variáveis e sua manifestação clínica se condiciona a fatores ambientais.
- Cerca de 80% desses pacientes são obesos, o que indica um forte vínculo entre as duas patologias: obesidade e diabetes.
- Os pacientes não são susceptíveis a cetoacidose, mesmo com hiperglicemia prolongada e podem ter ou não os sintomas clássicos da hiperglicemia.
- Muito freqüentemente são diagnosticadas pelas complicações degenerativas tardias: retinopatia, nefropatia, neuropatias, doença macrovascular aterosclerótica: infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (que são três a cinco vezes de maior incidência que na população em geral), e a gangrena de membros inferiores, quase que exclusiva da população portadora de diabetes.

Segundo FRANCO (2002), o valor de glicemia normal é de 70 a 110mg/dl em jejum oral de 8 horas. Os valores intermediários entre 110–126mg/dl devem ser mais bem investigados com outros testes, para afastar o diagnóstico de diabetes. É aceitável a glicemia pós-prandial (após refeição) de 140mg/dl.

A alternância na prática médica de glicemias de jejum normais e alteradas constitui um sinal da doença já instalada, em sua fase inicial, porém não valorizada pelo médico na busca do diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento precoce. O teste consiste em fornecer 75 ou 100g de glicose oral, geralmente em solução hipertônica a 50% e medir a glicemia a glicosurias a cada 30 minutos, durante 3 horas (FREITAS et al, 2002).

Pacientes acima de 45 anos com história de obesidade e alteração de colesterol e parentes com diabetes devem realizar o teste de glicemia de jejum, pelo menos entre 1 a 3 anos (FRANCO, 2002)

Segundo PAPALÉO NETTO (2000), o tratamento do diabetes tipo 1 e tipo 2 é constituído de estratégias para educação e modificação do estilo de vida que se baseiam em: Reorganização dos hábitos alimentares (alimentação equilibrada por nutricionista); Atividade física; Tratamento medicamentoso (insulina e/ou hipogliceminante oral)

Desta forma, o tratamento para o diabetes, explica ainda o autor, tem a finalidade de manter um equilíbrio entre a glicose e a insulina. A alimentação pode aumentar a glicemia, enquanto a insulina e o exercício fazem com que ela diminua, portanto é necessário manipular esses três fatores para manter os níveis de glicose próximos aos níveis aceitáveis.

Cabe considerar, por fim, os cuidados especiais que a pessoa diabética deve dar à higiene pessoal, por causa da maior susceptibilidade a infecções, como manter: o cuidado com ferimentos na pele, em especial nos pés e na área bucal.

2.3. Educação e cuidados em diabetes

A educação em diabetes tem como marco histórico o trabalho iniciado na Clínica Joslin de Boston, pelo Dr. Elliot P. Joslin, em 1897, quando ele passou a exercer uma medicina preventiva com os diabéticos, a qual incluía seções de atendimento hospitalar com um profissional de enfermagem ou nutricionista que os orientava sobre a importância da automonitorização no controle do diabetes mellitus (TEIXEIRA, 2003).

Posteriormente, refere ainda o mesmo autor, os programas hospitalares evoluíram para experiências mais custo-efetivas ambulatoriais em grupo, incluindo a instrução, uma equipe multidisciplinar de especialistas em diabetes.

Conseqüentemente, estudos mostraram que as mudanças no estilo de vida por meio da educação continuada dos diabéticos resultavam em redução de peso, melhor controle glicêmico, da pressão arterial e lipídeos e diminuía os riscos cardiovasculares. Nesse sentido, TEIXEIRA (2003) relata que vários autores apontam o suporte educativo como o caminho para a obtenção de melhor controle glicêmico, reconhecido como parte integrante da terapêutica.

Segundo LESSA (1998), muitas das estratégias atuais que estão resultando em sucesso para a adesão ao tratamento da hipertensão arterial e diabetes são frutos de erros e acertos dos

programas de intervenção, desenvolvidos nos países do Primeiro Mundo. Refere ainda o autor que o Brasil, ao importar esses programas tais como são, deve adaptá-los racionalmente à realidade social e cultural de cada um e de suas próprias regiões.

A educação em diabetes para a obtenção do bom controle metabólico comporta a frequência apropriada de automonitorização da glicose sanguínea, a terapia nutricional, a atividade física regular, os esquemas terapêuticos farmacológicos, as instruções sobre a prevenção e tratamento das complicações crônicas e agudas, a educação contínua e o reforço e avaliação periódica dos objetivos do tratamento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2001).

Por outro lado, segundo GAGLIARDINO e colaboradores (2002), apesar de amplamente recomendada, a educação em diabetes na América Latina ainda é incipiente, e o grau de controle metabólico tem se apresentado insatisfatório, já que o diabetes mellitus como uma doença metabólica e com pouca expressão clínica, principalmente no tipo 2, contribui para que os pacientes dêem pouca importância e até mesmo negligenciem sua doença.

Desta maneira, a dificuldade de adaptação da pessoa diabética ao tratamento prescrito é ainda o maior obstáculo para o controle do diabetes e a prevenção das complicações agudas e crônicas.

Cabe ainda ressaltar, de acordo com ZANETTI (2002) apud TEIXEIRA (2003), o caráter assintomático da doença, ou seja, motivar as pessoas diabéticas, com níveis glicêmicos alterados, quando elas não têm ainda nenhum sinal ou sintoma da doença, é um dos desafios que o profissional de saúde tem que enfrentar no cuidado com essa clientela. Assim, as estratégias educacionais devem atender aos aspectos emocionais, sociais, de valores e crenças dessas pessoas em relação à própria saúde, uma peça chave no sucesso da terapêutica que exige motivação, força de vontade, conhecimento e concordância com um regime vitalício, difícil e complexo.

Para tanto, TEIXEIRA (2003) afirma que os programas de saúde para o controle do diabetes devem conter ações individuais de assistência e ações populacionais de abrangência coletiva direcionadas à promoção da saúde, a fim de provocar impacto educacional e melhor resolubilidade. Ainda segundo o autor, os programas de educação em diabetes devem visar ao

atendimento global aos diabéticos e envolver a família na terapêutica. Portanto, é necessário que a equipe multiprofissional esteja capacitada e qualificada para o atendimento, o que tem sido recomendado por vários pesquisadores.

Neste contexto, se faz importante reconhecer o papel da equipe multiprofissional na assistência em diabetes, uma vez que a Educação, segundo CASTILHO e outros autores (2001) *é o comprometimento com o processo de mudança do ser humano, envolvendo o educando numa verdadeira parceria em sua percepção, conscientização, mudanças de atitudes e de valores.*

No entanto, programas educativos em diabetes, segundo GAGLIARDINO e colaboradores (2002), demandam tempo, investimento, treinamento específico, capacidade de ensino e comunicação, disposição para ouvir e negociar, o que exige treinamento contínuo dos profissionais. Mas, ainda para este autor, mesmo que as instituições de saúde fossem estruturadas para realizar a educação em diabetes, dificilmente teríamos educadores suficientes para atender à demanda.

Para LESSA (1998), em virtude da insuficiência de pessoas adequadamente formadas e à falta de recursos, a maioria dos diabéticos não é acompanhada em centro especializado, especialmente nos países em desenvolvimento, o que leva este mesmo autor a considerar que, dificilmente, os diabéticos inseridos nos programas de saúde, no Brasil, alcançarão controle metabólico satisfatório.

Em contrapartida, TEIXEIRA (2003) menciona que o Relatório Mundial da OMS refere que para melhorar o tratamento das condições crônicas, os tomadores de decisão precisam de conhecimento sobre a gravidade do problema das condições crônicas, liderança para tomar uma atitude, um entendimento claro sobre a situação do sistema de saúde e um plano de ação.

A situação dos diabetes mellitus no Brasil levou o Ministério da Saúde a constituir um comitê técnico com o objetivo geral de estabelecer as diretrizes, estratégias e metas para o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HAS) e ao Diabetes Mellitus

(DM) no Sistema Único de Saúde – SUS. Esse plano, segundo TEIXEIRA (2003), é composto por três fases:

A primeira fase, iniciada em outubro de 2000, refere-se à capacitação da equipe multiprofissional para o atendimento de portadores de DM na rede pública. Em abril de 2002, teve início uma nova etapa de capacitação, contemplando os municípios com população igual ou superior a cem mil habitantes.

A segunda fase constituiu-se da Campanha Nacional de Informação e Detecção de Casos Suspeitos de DM e HAS, que ocorreu no período de 6 de março a 7 de abril de 2001. Nessa campanha, foram encontrados quase três milhões de casos suspeitos e um milhão de pessoas com DM e HAS.

A terceira fase diz respeito à confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e início da terapêutica. Foram realizados, no período de março a agosto de 2001, 1.213.390 exames de glicemia sérica, acima da média para o mesmo período de 2000. Nessa fase, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 371 no Diário Oficial da União de 6/3/2002, pág. 88, criando o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, pelo qual são garantidos pelo Ministério da Saúde, após o cadastramento de hipertensos e /ou diabéticos pelos municípios, os seguintes medicamentos: Glibenclamida, metformina, insulina, hidroclortiazida, propranolol e captotril (BRASIL, 2002).

Dentro deste contexto, um conhecimento eficaz do sistema de atendimento à saúde, bem como a orientação para a educação em diabetes podem permitir impacto na prevenção do diabetes e suas complicações, na qualidade de vida e na promoção da saúde das pessoas portadoras desta doença.

2.3.1 Algumas considerações sobre grupo para idosos

O ser humano nasce, cresce e morre em grupo. No grupo ele aprende, se desenvolve, se modifica, se protege, se arrisca, se identifica e se diferencia.

As diversas possibilidades de aprendizagem em grupo favorecem mudanças rápidas e eficientes. A dinâmica grupal permite que os participantes se deparem com muitas formas de

viver uma mesma situação, possibilitando um conhecimento amplo e aumentando a experiência de cada componente. É por isso que as instituições que fazem trabalhos multidisciplinares utilizam, além do atendimento individual, as práticas grupais (ANDRADE, 1999).

Conforme menciona ASSIS (1998), trabalhar com idosos implica abrir mão de preconceitos e estereótipos sobre as possibilidades de eles aprenderem. O coordenador deve ser o primeiro a acreditar no potencial de aprendizado e mudança das pessoas mais velhas, pois, muitas vezes, presas a crenças distorcidas e prejudiciais, elas também não acreditam que seja possível.

Estereótipos comuns são, por exemplo, ainda de acordo com o referido autor os de que as pessoas mais velhas são interessantes, sábias, ranzinzas ou desmotivadas. Os idosos têm tantas características de personalidade quanto qualquer adulto da população. É preciso que o grupo ofereça apoio suficiente para que não haja proteção exagerada, para que o clima seja de confiança e os membros se identifiquem uns com os outros e, conseqüentemente, não se sintam sós.

Certamente, as metas serão atingidas e, mais que isso, ocorrerá o restabelecimento dos vínculos sociais, uma vez que os participantes se sentirão úteis, ativos e com a auto-estima aumentada. Compor grupos com idosos traz agradável surpresa pelos resultados obtidos. A pedagogia grupal é favorecedora da aprendizagem da pessoa idosa, pois tem a oportunidade de colocar em prática ali mesmo no grupo o que se aprendeu, como um recurso a mais (ANDRADE, 1999).

Vale a pena lembrar que para uma assimilação em grupo que leve a mudanças devem ser consideradas as dimensões cognitivas, afetivas, emocionais e motoras, que devem estar presentes na pedagogia grupal.

Os pequenos grupos, salienta ainda ANDRADE, ou seja, aqueles nos quais as pessoas podem ver umas às outras, são úteis para informar, esclarecer e estimular a reflexão sobre temas diversos, sendo muito usados nas áreas da educação e da saúde. Eles podem levar seus membros a melhorar sua qualidade de vida, como os grupos de promoção de saúde; favorecer a modificação de hábitos, como o grupo de obesos; dar apoio emocional e prático, como é o

caso dos grupos para familiares de pacientes crônicos; ou ainda ter objetivos psicoterapêuticos.

Por tudo que podem favorecer, os grupos são importantes em qualquer idade. Existem, no entanto, aspectos que se destacam em cada uma das etapas do curso de vida. A criança aprende a se socializar em grupo. O adolescente se identifica com os companheiros de sua faixa de idade e se sente mais seguro. O adulto troca experiências, aumentando o seu repertório de respostas perante o mundo. O idoso encontra fundamentalmente suporte social, que vai apoiar seu aprendizado, suas mudanças e, mais que tudo, permitir o relacionamento interpessoal tão necessário neste estágio da vida (GURFEIN; STUTMAN, 1996)

-Que é grupo?

Grupo é um conjunto de pessoas que têm um objetivo em comum. Os grupos têm fenômenos e dinâmicas próprias diferentes do encontro individual. Dependendo do objetivo, ele pode ser chamado de grupo operativo ou de grupo terapêutico. Os operativos têm como objetivo a realização de uma tarefa, por exemplo, aprender. Os terapêuticos pretendem mudanças e/ou extinção ou alívio de sintomas variados (ZIMERMAN, 1997).

- Dinâmica, fenômenos e funcionamento grupal

Num grupo, a maneira como cada participante se apresenta vai refletir nos outros, que influirão no primeiro e nos demais, que, por sua vez, também agirão de determinada maneira, criando uma dinâmica própria (ANDRADE, 1999).

A dinâmica grupal, segundo ANDRADE (1999), é realizada por meio do papel e da função que cada um representa em determinado momento: um componente fala mais e o outro, menos; um é colaborador e outro, alheio; um é julgador e o outro é benevolente e assim por diante. Esses papéis variam de pessoa para pessoa e de momento para momento. Assim, uma pessoa que num momento se mostra “precisando de ajuda”, num outro, pode se mostrar auto-suficiente, por exemplo.

No grupo também são expressos alguns fenômenos que o caracterizam. Um deles é a coesão, que se refere à tentativa do grupo de se manter sempre unido; outro, as resistências que surgem, impedindo ou dificultando que o grupo atinja suas metas (ZIMERMAN, 1997).

Por intermédio de sua dinâmica interna, o grupo caminha até alcançar seus objetivos. Ademais, a interação dos seus membros possibilita ou não a realização da tarefa. Nesta interação estão presentes solidariedade, cooperação, competição, acolhimento, rejeição, riscos, tudo numa dosagem adequada para que seus membros se movimentem sem sofrerem maiores danos (ASSIS, 1998).

Quando o intercâmbio grupal obtém êxito, a mudança é potencializada e os participantes se transformam. No caso das pessoas com mais idade, refere ZIMERMAN (1997), o acúmulo de experiência conduz à integração do conhecimento de tal forma que elas se tornam mais enriquecidas, favorecendo sua sabedoria. Para tanto, o grupo precisa estar motivado e confiante, e aí entram as habilidades do coordenador.

2.3.2 A equipe e o papel da coordenação

Além da experiência na dinâmica de trabalho com grupos, o coordenador deve ter conhecimentos sobre o tema a ser tratado e sobre a clientela que comporá o grupo. A coordenação tem o papel de facilitar, mediar, aproveitar, valorizar e reforçar as falas adequadas; mostrar a importância das diferenças; interferir nos impasses; esclarecer sem rigidez; quebrar estereótipos e criar um clima de confiança (ASSIS, 1998).

O coordenador, prossegue o autor, deve ser sensível, empático, acolhedor e, ao mesmo tempo, firme e hábil para estabelecer limites. Uma atitude democrática, capaz de ouvir e acatar as diversas opiniões, é fundamental para que o grupo possa caminhar num clima de confiança mútua, confiança essa que será a base para a dinâmica que vai se desenvolver.

Quando há mais de um coordenador, eles devem se completar. Nos grupos de promoção da saúde dá-se preferência a coordenadores de áreas diferentes, pois poderão contribuir mais, na medida em que têm diferentes compreensões de um mesmo assunto.

Ao final de cada encontro, eles devem conversar com muita sinceridade sobre suas intervenções. Este hábito propicia a que a dupla de coordenadores se entrose mais rapidamente, aumentando a possibilidade de um bom resultado dentro do que se espera. Além

do mais, o entrosamento ou não dos coordenadores é captado pelo grupo, que reagirá positiva ou negativamente, conforme o caso (ASSIS, 1998).

O sucesso de um grupo depende dos participantes e da coordenação. No entanto, há sempre o risco de ruptura. Eis alguns exemplos de situações potencialmente desagregadoras e de formas de mediação, conforme descrevem ANDRADE (1999) e ASSIS (1998):

- a competição exagerada de um dos membros que acha que sabe mais que os outros é perigosa e o coordenador deve mostrar que tudo que é dito tem importância;
- existem pessoas que adoram dar conselhos de cunho moralista ou preconceituoso. Esta é mais uma questão perigosa que pode ser diluída, se o coordenador perguntar como cada um vive a situação;
- as pessoas mais silenciosas devem ser estimuladas a falar, embora devam ser respeitadas se não o quiserem;
- as pessoas que desvalorizam os sentimentos dos outros devem ser indagadas sobre como se sentiriam diante de fato similar;
- as pessoas que fogem do tema, devem ser indagadas sobre qual é a relação entre o que elas estão falando e o tema proposto.

Assim, cada comportamento de resistência pede uma forma de intervenção do coordenador. A principal atribuição do coordenador, contudo, é incentivar a troca de experiência entre os participantes. Os componentes do grupo aprendem muito mais com a experiência do companheiro do que com qualquer informação do coordenador. Aliás, o coordenador deve, dentro do possível, se abster de dar recomendações (ASSIS, 1998).

2.3.3 Como organizar os grupos

A metodologia, descreve ZIMERMAN (1997), inclui três momentos do grupo: planejamento, execução e avaliação.

O *planejamento* abarca as atividades anteriores ao início do grupo. Nesta etapa é preciso pensar em diversos aspectos:

- local;

- tamanho do grupo;
- número de encontros;
- periodicidade;
- tempo de cada encontro;
- temas a serem discutidos;
- técnicas utilizadas;
- recursos auxiliares;
- critérios de seleção dos participantes;
- seleção;
- coordenação.

Um grupo operativo de caráter informativo ou reflexivo sobre determinado assunto deve ter de 6 a 12 pessoas. O espaço deve permitir que as pessoas possam ficar em círculo, visíveis umas às outras. Cada encontro deve ter no mínimo 60 minutos e, no máximo, 120 minutos. Os encontros podem ser semanais ou quinzenais, durante o tempo necessário para que os temas escolhidos sejam devidamente desenvolvidos/tratados (ZIMERMAN, 1997).

Ainda, segundo este citado autor, há de se cuidar para que as pessoas selecionadas para participar sejam aquelas que possam se beneficiar e contribuir para que os outros membros também se beneficiem da troca que vai ocorrer no grupo. Para isso é importante observar a coerência entre os objetivos do trabalho e as necessidades e motivações das pessoas envolvidas.

As atividades programadas devem ser de interesse das pessoas que vão compor o grupo. Para isso é importante envolver os participantes na programação. No caso de pessoas idosas é comum o interesse por atividades lúdicas e/ou festivas, por comunicação oral, por relato de experiências, por trabalhos artísticos, técnicas de relaxamento e música. Deve-se evitar, por razões óbvias, exercícios que exijam muito esforço físico ou rapidez. Conhecer as pessoas que vão participar facilita a escolha das técnicas que serão usadas (ZIMERMAN, 1997).

A coordenação de grupos de promoção da saúde pode ser composta por profissionais de saúde das diversas áreas, agentes de saúde ou pessoas que já desenvolvem trabalhos

comunitários com a população (líderes comunitários, professores, etc.). O fundamental é que essas pessoas possam ser treinadas e sejam capacitadas para abordarem os temas.

A *execução* refere-se à maneira como o grupo é conduzido desde o primeiro momento até o seu término. Desta forma, o coordenador começa acolhendo os membros do grupo, promovendo as devidas apresentações e facilitando o entrosamento dos diferentes membros. Ele poderá propor que cada um se apresente dizendo seu nome, por que está no grupo e o que espera dos encontros (ZIMERMAN, 1997).

Verificar as expectativas e agir, quando possível, dentro delas é importante para alcançar as metas planejadas. Quando se percebe que algumas pessoas têm objetivos diferentes dos estabelecidos, é necessário elucidar o que se pretende, no intuito de corrigir distorções. Por exemplo, se uma pessoa espera resolver conflitos familiares num grupo de informação sobre envelhecimento, deve ser esclarecido de que esta não é a pretensão do grupo, podendo-se indicar um grupo terapêutico (ANDRADE, 1999).

Também é nesta fase inicial que são estabelecidas em conjunto com o grupo as regras e normas de funcionamento que devem ser seguidas por todos os participantes e que marcam os limites do que deve e do que não deve ser feito no grupo. Discutem-se o respeito aos horários, a duração dos encontros, a necessidade de estar presente, o respeito à opinião do outro, a importância da participação de todos, de ouvir os companheiros, de não expor particularidades tratadas no grupo fora deste espaço, de não se colocar como quem sabe tudo e demais assuntos que se fizerem necessários. A discussão efetiva e clara das regras do grupo reduz em muito os riscos de ruptura (ASSIS, 1998; ANDRADE, 1999).

Das técnicas usadas, as mais comuns são as expositivas. No entanto, podem ser usados outros meios, como a expressão gráfica (escrita e desenho), a dramatização, pintura, trabalhos em dupla, música, relaxamento, vídeo, textos, recorte e colagem e tantos outros que sejam adequados para a assimilação do que se pretende transmitir. A utilização do tempo deve ser bem planejada para que todos os membros possam participar. Uma boa idéia é dividir o tempo em três etapas conforme menciona ASSIS (1998):

- preparação ou aquecimento – refere-se ao momento em que o tema é apresentado, a proposta é feita e o grupo é estimulado a se envolver na tarefa;

- desenvolvimento – diz respeito ao tempo no qual os participantes estão envolvidos com a tarefa, realizando atividades e/ou buscando soluções;
- fechamento – é a etapa na qual são apresentadas as conclusões e o coordenador e/ou algum componente acrescenta algum ponto ou questão; uma breve avaliação com o grupo deve fazer parte desta etapa.

Depois dessa parte inicial, os sucessivos encontros devem obedecer a uma ordem lógica de prioridades, importância e dificuldades. De maneira geral, descreve ASSIS (1998), cada encontro começa com o coordenador apresentando o tema, situando sua importância dentro da programação e propondo, em seqüência, uma forma de desenvolvê-lo, valendo-se das inúmeras técnicas de dinâmica de grupo e dos recursos audiovisuais e pedagógicos existentes.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Objetivos da pesquisa

3.1.1 Objetivo geral

Analisar a participação de idosos diabéticos em grupo de educação e controle em uma Unidade Básica do Programa Saúde da Família.

3.1.2 Objetivos específicos

- Identificar a percepção de autocuidado que o idoso diabético tem no tratamento de sua doença.
- Resgatar as informações de que o idoso dispõe sobre as formas de controle do diabetes.
- Observar a adesão e a receptividade do idoso ao programa de educação e controle a diabéticos.

3.2 Desenho da pesquisa

Antes de iniciar o curso de mestrado em Gerontologia, já havia mantido contato com os diferentes métodos de pesquisa e, apesar de não conhecê-los em profundidade, identificava-me com o método qualitativo.

Chamava-me a atenção o fato de este método propiciar ao pesquisador a obtenção de dados relacionados à experiência das pessoas: crenças, valores, cultura, processos e problemas, considerados complexos e diversificados o que não seria completamente contemplado pelo método quantitativo.

De acordo com MINAYO (2000), a pesquisa qualitativa favorece a investigação dos fenômenos na perspectiva da própria pessoa, da sua realidade, do seu contexto, analisando e interpretando os dados descritivos, obtidos através da linguagem escrita e/ou falada da própria pessoa ou por meio da observação dos fenômenos em estudo.

Para TRIVINÓS (1997), ainda de acordo com a pesquisa qualitativa, o pesquisador não fica fora da realidade que estuda, à margem dela, dos fenômenos dos quais procura captar os significados e compreendê-los, ou seja, tem por finalidade o entendimento da experiência tão próxima da sua realidade quanto possível.

Desse modo, para conduzir este estudo, utilizei a pesquisa de campo descritiva com abordagem quanti-qualitativa, por considerar que esta técnica permite entender melhor o idoso diabético.

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Vila Jacuí, participante do Programa Saúde da Família (PSF), localizada a Rua Édipo Feliciano, 156 - Vila Jacuí na zona leste da cidade de São Paulo.

A unidade conta com um quadro de 62 funcionários efetivos, e 6 contratados, compostos por 02 Enfermeiros, 12 Médicos, 03 Vigias, 07 Administradores, 06 Agente de

apoio, 03 Dentistas, 04 Auxiliares de Odontologia, 1 Técnico de Odontologia, 01 Psicólogo, 01 Educadora, 01 Assistente Social, 02 Técnicos em ECG e 02 Técnicos em Gasoterapia, 01 Diretora Técnica e 01 Administradora. A UBS ainda, possui os seguintes programas e atividades: Grupos de diabéticos, Hipertensão, planejamento familiar, hanseníase, tuberculose, psiquiatria, ginástica yong com a psicóloga, e higiene bucal com a dentista.

O atendimento na UBS é realizado de segunda-feira à sexta-feira, das 07:00 as 19:00 hs.

3.4 Sujeitos da pesquisa

A população alvo do estudo incluiu indivíduos do sexo feminino e masculino com diagnóstico de diabetes, com idade entre 60-70 anos, que estão cadastrados e realizam acompanhamento no grupo de diabéticos da UBS Jacuí.

No entanto, vale salientar que, segundo KVALE (1996), é comum pesquisadores perguntarem quantos sujeitos devem entrevistar e para tal pergunta a resposta é simples: *“entrevistem quantos sujeitos forem necessários para colher os dados de que precisam”*.

Assim, o número de sujeitos deste estudo resultou em 100 pessoas de ambos os sexos, os quais foram suficientes para cumprir as propostas apresentadas nos objetivos.

3.5. Instrumentos utilizados

A coleta de dados foi realizada por meio de visita à UBS, local escolhido para a pesquisa. Vale salientar aqui, no entanto, que esta UBS pesquisada, foi resultado de várias visitas a outras UBS e várias solicitações a Secretaria de Saúde. Desta forma, embora a UBS pesquisada inicialmente não realizava grupos de diabéticos, foi a única em que teve atenção e interesse por parte da diretoria para a realização deste estudo. Assim, inicialmente se esclareceu o teor do estudo, apresentando a Solicitação de Autorização à Instituição Pesquisada (anexo 1). Posteriormente, procedeu-se à identificação do histórico clínico do paciente mediante seu prontuário e/ou por contatos com os profissionais que o acompanham.

Os dados sobre a educação e orientação do diabetes foram colhidos após apresentação do estudo e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2), garantindo ao paciente seu direito de adesão ou não ao estudo, o qual preservará a identidade do entrevistado. Posteriormente, foi aplicado um questionário (anexo 3) individual, padronizado, contendo dados de identificação do paciente, 1 (uma) questão semi-aberta e 9 (sete) questões fechadas, num total de 10 questões, que foram respondidas em um prazo médio de 30 minutos, em 2 meses de visitas a UBS em dias alternados.

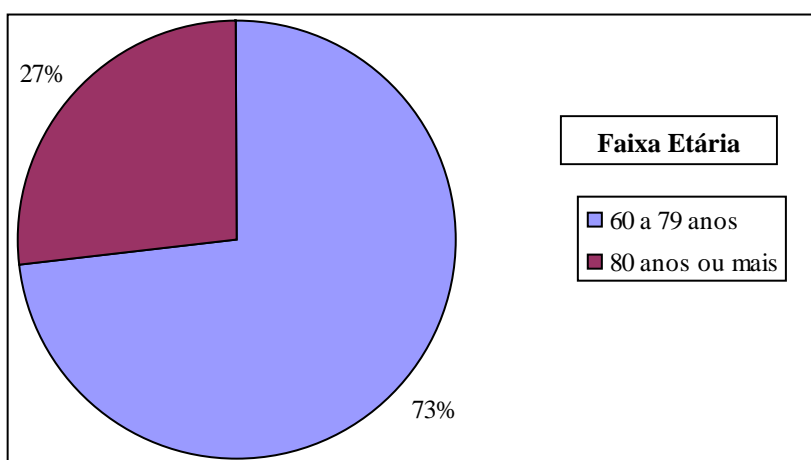
3.6. Análise dos dados

Os dados foram analisados individualmente e contabilizados em números absolutos e percentuais, relativos ao questionário aplicado. Finalmente, procedeu-se à análise dos resultados.

4. RESULTADOS

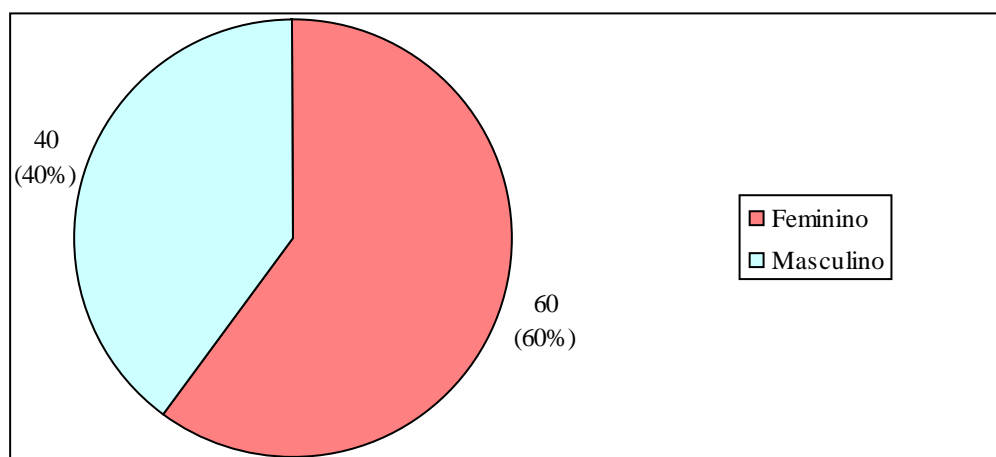
A análise dos dados obtidos permitiu a descrição dos resultados a seguir.

Gráfico 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, segundo a faixa etária. São Paulo, 2006.



Observa-se no gráfico 2 que houve predominância na faixa etária de idosos diabéticos entre 60 a 79 anos (73%), seguida pelos idosos com idade de 80 anos a mais (27%).

Gráfico 3 – Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, segundo o sexo. São Paulo, 2006.



No gráfico 3, verifica-se predominância do sexo feminino 60%, em relação ao sexo masculino composto por 40% de idosos diabéticos.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, em relação ao conhecimento da existência de um grupo controle e educação na unidade. São Paulo, 2006.

Conhecimento da existência de um grupo controle e educação na unidade	n.º	%
Sim	19	19
Não	72	72
Total	100	100

Na tabela 2, verifica-se que dos idosos pesquisados, 72% não tinham conhecimento da existência de um grupo controle e educação na unidade básica. Já 19% sabiam da existência do grupo controle.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, em relação ao tempo que idosos participam do grupo de diabéticos na UBS. São Paulo, 2006.

Tempo que participa do grupo de diabéticos na UBS	n.º	%
01 a 12 meses	15	15
02 anos a 06 anos	32	32
7 a 12 anos	20	20
mais de 12 anos	33	33
Total	100	100

A tabela 3 demonstra que dos pesquisados entrevistados, 33% responderam participar do grupo a mais de 12 anos, 32% de 02 a 06 anos; 20% de 7 a 12 anos, e 15% de 01 mês a 12 meses. No entanto, vale salientar, que esta UBS mantinha somente atendimento clínico para diabéticos, até a implantação do grupo neste ano de 2006 em agosto, o que denota uma certa confusão por parte dos entrevistados com o tempo que possuem a doença.

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto ao conhecimento sobre o que é diabetes. São Paulo, 2006.

Conhecimento sobre o diabetes	n.º	%
Sim	83	83
Não	17	17
Total	100	100

Quanto ao conhecimento sobre o que é diabetes, a tabela 4 demonstra que 83% dos pesquisados conhecem a doença, e 17% não tem conhecimento sobre esta patologia.

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, em relação a manutenção da glicemia. São Paulo, 2006.

Manutenção da glicemia	n.º	%
-------------------------------	------------	----------

Sim	58	58
Não	42	42
Total	100	100

Em relação a manutenção da glicemia, verifica-se na tabela 5 que 58% conseguem manter estável a glicemia e, 42% não conseguem esta manutenção da glicemia.

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto a frequência de aferição da glicemia. São Paulo, 2006.

Frequência de aferição da glicemia	n.º	%
1 vez por semana	10	10
2 ou 3 vezes por semana	14	14
4 vezes ou mais	17	17
Outros	59	59
Total	100	100

Na tabela 6 observa-se, que os pesquisados 17% dos pesquisados costumam aferir a glicemia 4 vezes por semana ou mais, 14% aferem 2 ou 3 vezes por semana, e 10% 1 vez por semana. No entanto, 59% dos pesquisados referiram aferir a glicemia somente quando passa mal (07%), outros referiram não terem aparelho, e então não verificam a glicemia (4%), (2%) referiram que o médico não acha necessário, (5%) aferem a cada 3 meses; (3%) 2 vezes por semana, e (9%) 1 vez por semana.

Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto ao uso de medicação hipoglicemiante. São Paulo, 2006.

Uso de medicação hipoglicemiante	n.º	%
Sim	93	93
Não	7	7
Total	100	100

Na tabela 7, os pesquisados quando perguntados se fazem uso de medicação hipoglicemiante, 93% responderam que fazem uso, e 7% responderam que não fazem uso da

medicação, porque controlam o diabetes através da alimentação. No caso de hipoglicemiantes oral 14% costumam tomar a medicação antes do almoço e jantar, 21% pela manhã e a noite, 15% 1 vez ao dia.

No caso do uso de insulina, 31% dos pesquisados fazem uso de insulina para o controle do diabetes. Quando questionados sobre quem aplica, 44% se auto aplicam, 3% referem ser a esposa, 1% a irmã, 1% a nora, 6% recebem a aplicação pelas filhas, e 3% vão a UBS para receberem a aplicação.

Em relação a técnica utilizada de aplicação, 50% referem que a injeção de insulina é aplicada na barriga, e outros 50% referem ser no músculo deltóide.

Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto a participação em atividades físicas. São Paulo, 2006.

Participação em atividades físicas em grupo	n.º	%
Sim	35	35
Não	65	65
Total	100	100

A tabela 8 demonstra que 65% dos pesquisados não participam de atividades físicas em grupo, e somente 35% costumam realizar atividades físicas.

Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, sobre o controle do diabetes por meio de dieta. São Paulo, 2006.

Dieta para controle do diabetes	n.º	%
--	------------	----------

Sim	64	64
Não	36	36
Total	100	100

Dos entrevistados pesquisados, constata-se na tabela 9 que 64% costumam controlar o diabetes por meio da dieta, e 36% não costumam controlar a sua dieta.

Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto ao comparecimento em consultas agendadas. São Paulo, 2006.

Comparecimento em consultas agendadas	n.º	%
Sim	97	97
Não	03	03
Total	100	100

Em relação as consultas agendadas, pode-se verificar na tabela 10, que a predominância dos pesquisados em comparecerem as consultas agendadas, sendo que somente 3% não costumam freqüentar as consultas agendadas.

Tabela 11 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto ao comparecimento as reuniões de grupo controle. São Paulo, 2006.

Comparecimento às reuniões do grupo controle	n.º	%
Sim	18	18
Não	82	82
Total	100	100

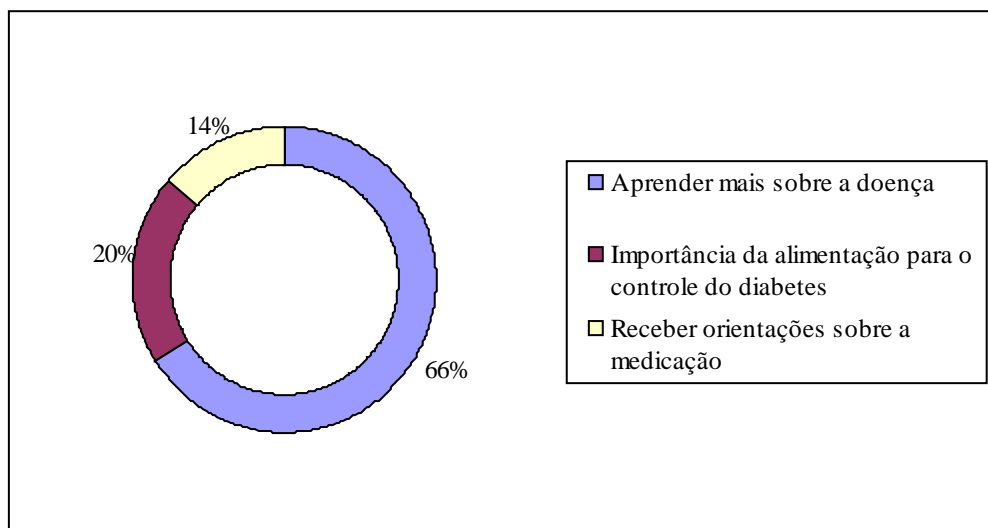
Verifica-se na tabela 11, que 82% dos pesquisados não comparecem as reuniões de grupo controle realizadas pela UBS, enquanto 18% costumam freqüentar as reuniões.

Tabela 12 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto a compreensão e seguimento das orientações para o controle do diabetes. São Paulo, 2006.

Compreensão e seguimento das orientações para o controle do diabetes	n.º	%
Sim	86	86
Não	14	14
Total	100	100

Embora, observou-se na tabela anterior, a pouca participação nas reuniões de grupo controle, verifica-se na tabela 12 que maioria dos pesquisados 86%, compreendem e seguem as orientações para o controle do diabetes, sendo que somente 14% referiram não compreender ou mesmo seguirem as orientações recebidas.

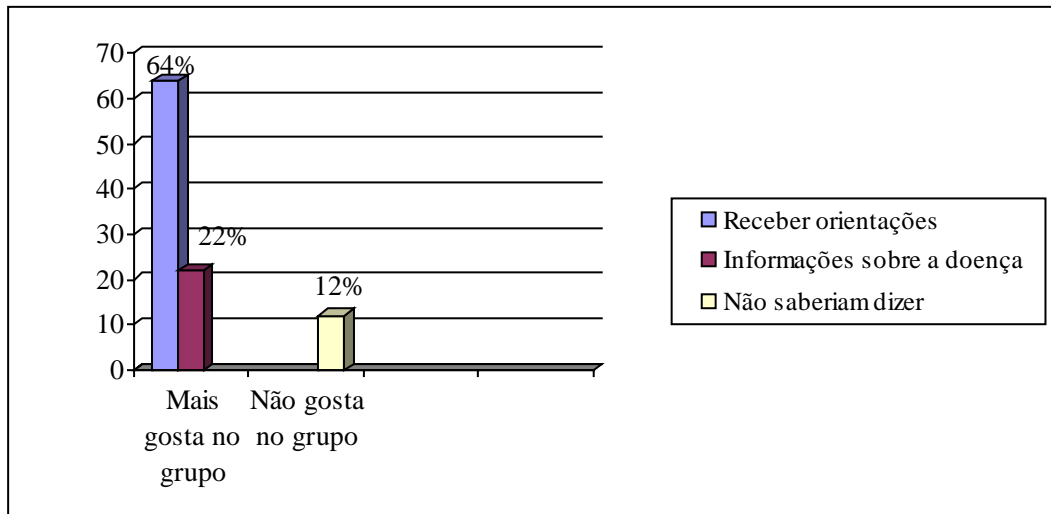
Gráfico 4 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto aos motivos de participação nas reuniões do grupo de diabéticos. São Paulo, 2006.



Quanto aos motivos que levam os pesquisados a participarem das reuniões no grupo de diabéticos, o gráfico 4 demonstra que para 60% são sobre aprender mais sobre a doença,

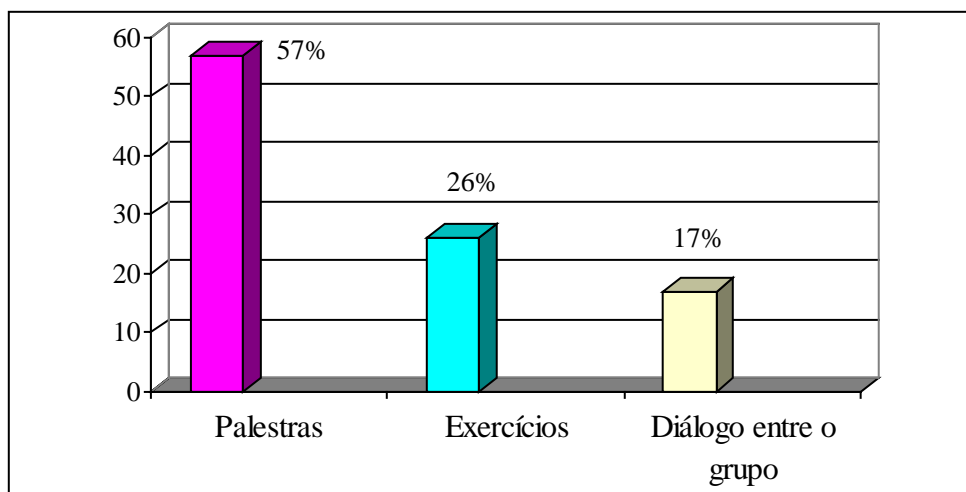
para 20% é o conhecimento da importância da alimentação para o controle do diabetes, e para 14% é sobre receber orientações sobre a medicação.

Gráfico 5 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, quanto ao que mais gostam no grupo e não gostam. São Paulo, 2006.



Em relação ao gráfico 5, verifica-se que 64% dos pesquisados referiram gostar mais de receber orientações, e 22% gostam mais das informações sobre a doença, e 12% não sabem o que dizer sobre o que não gostam no grupo.

Gráfico 6 - Distribuição numérica e percentual da amostra estudada na UBS Vila Jacuí, em relação a sugestões para o grupo. São Paulo, 2006.



No gráfico 6, observa-se que 57% dos entrevistados sugeriram a realização de palestras explicando mais sobre a doença, 26% sugeriram a realização de exercícios durante o grupo, e 17% sugeriram que houvesse mais diálogo entre os profissionais da UBS e os participantes do grupo para troca de experiências entre os mesmos.

5. DISCUSSÃO

Na análise da atenção em diabetes mellitus na UBS Vila Jacuí, em relação à estrutura de um serviço de saúde, observamos quanto às instalações e equipamentos, que a localização da mesma no bairro da zona leste da cidade facilita o acesso ao serviço dos moradores da região, uma vez que, esta região é uma das mais antigas da cidade. As pessoas residentes nesta região possuem uma rede de amigos da terceira idade, e conseqüentemente, resgatam as atividades sociais e de lazer em ambiente diferente de seus domicílios.

Ainda, em relação à estrutura física, cabe ressaltar a importância das reformas do prédio para garantir a facilidade de acesso, principalmente, a segurança e conforto de usuários idosos e pessoas com deficiência física.

O gerenciamento e comodidades são as características indiretamente relacionadas ao atendimento. Nessa direção, os sistemas não informatizados da UBS não garante o acesso e manuseio das informações para a análise do processo do trabalho.

MARIN (1995) recomenda que para iniciar a construção de um sistema de informação em enfermagem, algumas etapas são necessárias, ou seja, planejamento, análise, implantação, avaliação e manutenção.

Dessa maneira, a forma de registrar as informações são realizadas em cadastros individuais permitindo as análises de desempenho por usuário, como por exemplo sua frequência de participação, peso corporal, glicemia, pressão arterial entre outros dados.

Desta maneira, de acordo com EDUARDO (1990) que as informações em saúde, tanto de caráter administrativo e as relativas ao processo saúde/doença, são essenciais no processo de tomada de decisão. Constituem um instrumento indispensável na área do planejamento e organização em saúde.

Dentre as comodidades, destaca-se que não a utilização de recursos audiovisuais, tais como, o uso de multimídia, data-show, folhetos educativos, facilitando a apresentação e execução do programa.

Em relação à produção de serviços oferecidos pelas instalações, chamou-nos a atenção que o primeiro programa educativo escolhido e oferecido pela administração da UBS foi em diabetes, logo após o início da pesquisa deste estudo. Essa escolha ocorreu porque educar em diabetes é uma atividade complexa, possibilitando maior reflexão do processo de trabalho e avaliação dos resultados do atendimento.

Por outro lado, o oferecimento de programas relacionados a outras doenças está sendo implementado atendendo à necessidade da comunidade assistida nesta unidade. Cabe ressaltar ainda, que o maior número de atendimentos é de usuários idosos e obesos, refletindo os dados de prevalência na população. Sabemos que a frequência de doenças crônicas não transmissíveis eleva-se gradativamente com a idade, acrescido do fato de que 32% dos brasileiros têm algum grau de excesso de peso e está ocorrendo um aumento na expectativa de vida dos brasileiros (LESSA, 1998).

A UBS possibilita somente uma atividade extra, a ginástica Yong. Desta forma, o caráter crônico e assintomático do DM imprime ao serviço de saúde buscar estratégias para motivar o engajamento do usuário com a terapêutica e com o serviço. Por outro lado,

STARFIELD (2002) coloca que nem sempre a variedade de serviços irá garantir o melhor cuidado. Alguns tipos de serviços podem ser efetivos, mas não justificam o custo e outros podem ser simples, efetivos e de baixo custo para a sua implantação.

Quanto à organização do serviço, o trabalho grupal constituiu o método de escolha da UBS. Esta forma de trabalho permite maior eficiência e menor custo-efetividade nos programas educativos STARFIELD (2002) demonstrou similaridades efetivas dos grupos de educação em diabetes em comparação ao atendimento individual, quando avaliaram o aproveitamento das atividades desenvolvidas e os níveis de controle glicêmico dos pacientes.

Por outro lado, o “Grupo de Estudio de la Diabetes em la Atención Primaria de Salud” - GEDAPS (2000) recomenda que a educação em grupo traz vantagens em relação ao atendimento individual, pois possibilita a troca de experiências e conhecimentos dos usuários, constituindo-se em estímulo para mudanças de atitudes e otimiza os esforços da equipe de saúde.

Segundo o mesmo grupo citado acima, o potencial e alcance dos serviços podem ser medidos pela abordagem capacidade desempenho ou estrutura-processo. O processo envolve as ações de oferta e recebimento dos serviços na relação entre os usuários e profissionais e resgata alguns elementos da estrutura ou capacidade.

No presente estudo, o trabalho grupal como organização do serviço é abordado como uma estratégia de mudança no processo de “fazer saúde”, dentro das UBS pertencentes ao PSF. Para ZIMERMAN et al (1997), a formação inicial de um grupo passa por três etapas sucessivas: encaminhamento, seleção e grupamento. No que tange ao encaminhamento, a UBS está organizada para atender aos usuários encaminhados pelo profissional médico.

Na fase de seleção e grupamento, alguns profissionais preferem aceitar qualquer usuário que manifestar interesse em participar de um determinado grupo, sob a alegação de que os possíveis contratemplos serão resolvidos durante o próprio andamento do grupo. Assim, optou-se por criar estratégias de abordagens diferenciadas que permitiram a criação dos grupos abertos de integração, com estratégias dinâmicas, objetivando receber e acolher os usuários na UBS.

Outro ponto fundamental do trabalho grupal é estabelecer/criar uma atmosfera de acolhimento desde o primeiro contato. Essa atmosfera é desenvolvida pelo profissional que assume uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada, estabelecendo o vínculo entre profissionais e os usuários. O acolhimento busca a intervenção da equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e da resolução do problema do usuário, desencadeando um “novo fazer em saúde” (MALTA et al., 2000).

Segundo CAMPOS (1994), para assegurar a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários, é preciso que se tenha em mente as noções de “vínculo de acolhida” e de responsabilizar a equipe de saúde pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual. Nessa direção, o mesmo autor aponta que o acolhimento deve ser incorporado nos serviços de saúde, ao mesmo tempo, em que necessita transcender o caráter de rotina do cotidiano.

Há reconhecimento, por parte dos profissionais, de que para ocorrer o processo de mudança é preciso investir no abandono de velhos hábitos e comportamentos presentes no cotidiano. Também, é preciso ter disponibilidade para participar de um trabalho em grupo. Percebemos que, por muitas vezes, a dificuldade é maior que a disponibilidade, de estarmos abertos para experimentar o novo e a mudança, tanto os profissionais quanto os usuários.

Nessa direção, ressalta-se a importância do acolhimento no primeiro contato, pois muitos usuários que recusaram a participar das atividades na UBS, no primeiro contato, retornaram ao serviço num momento posterior. Então, ressaltamos, que o grupo de integração, sem a intenção de grupamento, permitiu que o usuário escolhesse a participar ou não da proposta após o conhecimento do trabalho.

Na UBS o número de usuários que compõem os grupos foi de no mínimo dez e no máximo quinze. No início das atividades na UBS, os usuários foram esclarecidos da importância do número de participantes para o desenvolvimento dos trabalhos e da necessidade de entrada de novos elementos e/ou remanejamento dos usuários diante à necessidade do serviço.

Em relação à duração do encontro grupal, cada encontro tem uma hora de atividade por semana, para atender à dinâmica proposta.

A condução do trabalho, pela equipe multiprofissional com portadores de DM na UBS, favoreceu o amadurecimento dos profissionais para compreender quais as necessidades reais do cliente para a conquista de sua própria saúde e a adoção de hábitos de vida saudáveis. É preciso entender que o cliente já traz na sua concepção de saúde, aquelas que ele tem mais facilidade para adesão ao tratamento. Assim, é necessário conhecer com cuidado as concepções apresentadas para motivá-los ou sensibilizá-los naquelas que os profissionais podem ajudar, favorecer ou desencadear o seu processo de mudança em direção a um novo estilo de vida ou reorganização do estilo já incorporado.

Para tanto, concorda-se com HELENO (2001) que o modelo de orientação é diferente da oferta de informações, pois implica no vínculo estabelecido entre o cliente e o profissional de saúde. O profissional possui a técnica que é de fundamental importância para o cliente diabético, mas não se restringe a ela. O profissional não pode ter a ingenuidade de acreditar que tudo que é ensinado é automaticamente aprendido e leva a uma transformação interna acompanhada de uma mudança de comportamento do cliente. Ele funciona como um facilitador para as transformações do cliente. O orientador não se coloca em uma condição de saber total, mas é alguém que vai caminhar com seu cliente na tentativa de juntos descobrirem uma maneira de aderir ao tratamento e melhorar, conseqüentemente, sua eficácia adaptativa.

A avaliação dos resultados é um outro componente importante dentro dos serviços de saúde, refere o mesmo citado autor, O desafio em pesquisa, principalmente, na educação em diabetes mellitus, envolve a seleção de indicadores que reflitam o impacto do serviço na saúde da população atendida. Portanto, desta forma, foram analisadas algumas características dos usuários diabéticos atendidos na UBS.

Dos 100 (100%) pesquisados, possuem o diabetes tipo 2. A maior prevalência do diabetes tipo 2 também é encontrada nos estudos de ZANETTI (2002), bem como, em relação ao sexo, participaram do estudo 60 (60%) pessoas do sexo feminino, como encontrado no estudo deste mesmo autor. Ao estudarem a prevalência de diabetes na cidade de São Paulo, GOLDENBERG et al (1996) encontraram elevada proporção em mulheres atribuindo este fato talvez a maior procura e frequência das mulheres ao serviço de saúde.

Por conseguinte, sabe-se que a educação é um processo de envolvimento tanto do profissional quanto do usuário, evidenciando eficácia desse trabalho na melhora não só do controle metabólico, mas na independência do tratamento, no sentido de prevenir o aparecimento de complicações. Para ser eficaz, o processo educativo deve ser direcionado para a família, amigos, associações, enfim, para a sociedade em geral (ZANETTI, 2002).

Proporcionar atenção em saúde e educação a um membro da família pode resultar na redução dos riscos para todos os parentes próximos, visto que os fatores de risco tendem a se concentrar nas famílias (OPAS, 2003).

Assim ainda segundo a OPAS a pessoa com doença crônica em algum momento da vida poderá depender em variados graus de seus familiares ou cuidadores. Colocam que ao longo do tempo, a pessoa poderá requerer dois tipos de cuidados: o cuidado social (atividades do cotidiano) e o cuidado relacionado à saúde (atividades específicas do tratamento). A idade variou de 60 a 79 anos de idade, com predominância de 73 (73%) pessoas com DM tipo 2.

A predominância de idosos diabéticos tipo 2, neste estudo, nos remete a pensar na importância de buscar estratégias para atender a esta demanda no serviço. Segundo GUERRA et al (2001), ao analisar internações hospitalares de idosos, encontraram que as variáveis independentes que demonstraram associações mais fortes com o número de internações hospitalares foram: o fato de viver sozinho; restrições financeiras à aquisição da medicação prescrita e diversos indicadores de necessidade (percepção negativa da própria saúde, número maior de consultas médicas, maior uso de medicação com receita médica e história de doença coronariana). Essas variáveis poderiam ajudar a identificar os idosos com risco elevado de hospitalização e contribuir para medidas preventivas.

Por outro lado, vale mencionar que segundo LESSA (1998) as piores condições de vida favorecem a ocorrência de doenças e dificultam a adoção de hábitos saudáveis de vida. Assim como, torna-se mais freqüente que os diagnósticos sejam feitos em uma etapa mais avançada da doença, na qual podem ocorrer mais complicações, uma vez que, DM é uma doença de caráter insidioso, silencioso.

Desta forma, observou-se, embora não fosse variável deste estudo, que a escolaridade é um dos fatores que deve ser considerado na elaboração e implementação de programas

educativos e sua condução, principalmente, na formação dos grupos. Verificamos que os usuários que possuíam escolaridade superior, exigiam dos profissionais conhecimentos específicos e mais profundos em DM. Esta exigência, por muitas vezes, constituiu o fator desencadeante para a busca da equipe multiprofissional de educação continuada frente ao DM e sua complexidade.

Por outro lado, a equipe deve considerar, ainda, a ação direta da baixa escolaridade do indivíduo e as decorrentes dificuldades à compreensão das orientações médicas e de saúde. Dessa maneira, é preciso versatilidade na linguagem utilizada pelos profissionais para que os objetivos da educação em diabetes possam ser alcançados, considerando a escolaridade da população atendida.

Neste estudo, encontrou-se uma redução na média da glicemia do grupo durante a participação na UBS. Assim, cabe ressaltar a importância de valorizar a conquista da redução e a manutenção dos valores como fundamental no trabalho grupal.

A avaliação de rotina da glicemia deve ser realizada em todos os diabéticos. Primeiramente, para documentar o grau do controle glicêmico inicial e para acompanhar a adesão às orientações fornecidas para melhora do controle glicêmico. Para cada pessoa com DM, a frequência dos testes deve depender do esquema terapêutico e controle metabólico alcançado (OPAS, 2003).

Por outro lado, a realização da glicemia contribuiu para uma maior conscientização dos usuários e médicos quanto à importância da automonitorização do diabetes.

Reconhecemos que a automonitorização do diabetes pode contribuir para melhorar o grau de controle metabólico dos usuários, além do fato de que LESSA (1998) refere que as pessoas com DM que não recebem treinamento de automonitorização apresentam quatro vezes maior probabilidade de desenvolver uma complicação do diabetes.

Segundo ZANETTI (2002) 80 a 90% dos diabéticos tipo 2 são obesos, sendo que a própria obesidade acrescenta resistência adicional à insulina. Devido à frequente associação entre portadores de DM e excesso de peso, o tratamento rigoroso da obesidade é essencial no manejo em DM. Mesmo pequenas reduções de peso de 5 a 10% estão intimamente

relacionadas à melhora do controle metabólico e níveis pressóricos dos usuários, reduzindo desta forma a mortalidade relacionada ao DM.

O conjunto de anormalidades que inclui obesidade, hipertensão, diabetes tipo 2 e dislipidemia é denominado síndrome metabólica. O risco para apresentar diabetes tipo 2 e hipertensão está fortemente relacionado à obesidade e à distribuição central da gordura corporal (ZANETTI, 2002). Dessa maneira, acredita-se na importância do controle e rastreamento desses parâmetros clínicos na prevenção e tratamento do DM.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados obtidos com este estudo, sabe-se que as complicações crônicas estão relacionadas, diretamente, ao grau de controle metabólico, ou seja, pacientes com um bom controle da doença apresentam menor incidência de complicações em relação àqueles com a doença mal controlada. Assim, o objetivo do tratamento visa melhorar os sintomas relacionados à hiperglicemia, controlar complicações agudas, prevenir ou retardar o aparecimento de complicações crônicas e melhorar a qualidade de vida, reduzindo a mortalidade e comortalidade.

Desta forma, os resultados deste estudo apontam que as metas de controle metabólico dos pacientes investigados estão entre aceitáveis e ruins, evidenciando dificuldade para adesão ao tratamento, a fim de atingirem um bom controle metabólico.

Sendo assim, uma enfermidade crônico degenerativa, tal como o diabetes mellitus, requer tratamento durante toda a vida para se obter um bom controle metabólico. No entanto, para a adesão ao tratamento é imprescindível, dentre vários fatores, a atitude de aceitação do paciente frente ao manejo do diabetes.

Desse modo, cabe aos enfermeiros intensificar as atividades educativas em grupo, enfatizando a atividade física como parte do tratamento e considerando as dificuldades no que diz respeito ao tipo de diabetes, idade, grau de controle metabólico complicações crônicas, entre outras, de modo a assegurarem que a pessoa possa adquirir conhecimentos e habilidades para cuidar de si mesma.

Assim, acreditamos que um programa educativo com atividades em grupo para pacientes idosos com diabetes mellitus, visando ao autoconhecimento e à autotransformação, passa pelo processo de construção de mundo de cada um deles, propiciando que educador e educando permutem informações, habilidades e atitudes através do vínculo e do compromisso de cada um com o processo em questão. No entanto, é necessário que haja fortalecimento e ampliação do grupo de educação em diabetes, na referida UBS, com vistas a motivar o paciente e sua família a participarem efetivamente dele, através do qual poderão elaborar a resolução dos problemas decorrentes do diabetes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Recomendações para os portadores de diabetes mellitus. **Diabetes clínica**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 258-262, 2001.

ANDRADE, S. G. **Teoria e Prática de Dinâmica de Grupo: jogos e exercícios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 207 p.

ASSIS, M. **Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ**. 2004. 236 p. [Tese] Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

_____. Educação em Saúde: para além dos modelos, a busca da comunicação. **Estudos em Saúde Coletiva**. RJ, IMS-UERJ, n° 169, 1998. 30 p.

BRASIL. Diário Oficial, Lei da Política Nacional do Idoso; 5/1/94.

_____ Diário Oficial - regulamentação da Lei da Política Nacional do Idoso; 5/1/94.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Brasília sobre Envelhecimento**. Seminário Internacional, 1 a 3 de julho de 1996. Disponível em Internet: <http://www.cies.org.br> (acesso em 30/3/2006).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família – uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília, 2002.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. o caso da saúde. In: CECILIO, L.C. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. cap.2, p-29-87.

CASTILHO, L. F. et al. A importância da educação multidisciplinar na melhora da qualidade de vida do portador de diabetes – experiência da ANAD. **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 408-413, nov./dez., 2001.

CANCELLIERE, C. **Diabetes e atividade física**. Jundiaí-SP: Fortuna, 1999.

CIANCIARULLO, TI. **Cidadania e qualidade de vida**. São Paulo: Ícone Editora, 1998.

COELI, C. M. et al. Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada. **Rev Saúde Pública**; 36(2):135-40, 2002.

COSTA FILHO, E. T. Fisiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (org.) **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997. pp.60-69

COSTA LOPES, R. G. da. **Saúde na velhice: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento**. São Paulo: EDUC, 2000.

DAMIANI, D. Qual a melhor maneira de tratar o diabetes mellitus. In: SETIAN, N; DAMIANI, D; DICHTCHKENIAN, V. **Diabetes mellitus na criança e no adolescente: encarando o desafio**. São Paulo, Sarvier, 1995. Cap. 10, pp. 57 -76.

DAVIDSON, M. B. **Diabetes mellitus: diagnóstico e tratamento**. 4.^a ed., Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

DYNIEWICZ, A.M.; PAGANINI, M.C. A enfermeira e as transformações nos sistemas de comunicação. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.5, n. esp., p. 25-28, jan./jun., 2000.

EDUARDO, M. B.de P. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.70-7, ago./out. 1990.

EPPING-JORDAN J. et al: Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. World Health Organization, 2003.15-30. In: QUADRANTE, A. C. R. **Doenças crônicas e envelhecimento**. [on line]. 2004. Disponível em: http://www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/saiunamidia/Geral/noticia_138.htm

FERRARI, M.A.C.. O envelhecer no Brasil. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 23 (4), 197:203, 1999.

FOCAULT, M. O privilégio da velhice (meta positiva e ponto ideal da existência). In: **A Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FRANCO, D. **Exercícios, uma maneira fácil de controlar a diabetes** 31/05/2002. [on line]. Disponível em: <<http://www.diabetenet.com.br>>. Acesso em 13/02/05.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 58, Diabetes mellitus no idoso, p. 498.

GAGLIARDINO, J. J. et al. Avaliação da qualidade da assistência ao paciente diabético na América Latina. **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 46-54, 2002.

GOLDMAN, S. N. **Aspectos Sociais e Políticos do Envelhecimento**. [on line]. 2003. Disponível em: <<http://www.sbggrj.org.br/artigos/aspectos.htm>> Acesso em 30 março de 2006.

GOLDENBERG, P. et al. Diabetes mellitus auto-referido no Município de São Paulo: prevalência e desigualdade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.37-45, jan./mar. 1996.

GUERRA, H.L. et al. Projeto Bambuí: fatores associados a internações hospitalares entre idosos na comunidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, nov./dez.2001.

GURFEIN, H. N. e STUTMAN, G. F. Psicoterapia de Grupo com Idosos. IN: KAPLAN, Harold I. e SADOCK Benjamin J. (Orgs.). **Compêndio de Psicoterapia de Grupo**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 636 p. p. 486-495.

GRUPO DE ESTUDIO DE LA DIABETES EM LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD – GEDAPS. Guia para el tratamiento de la diabetes tipo 2 em la Atención Primaria. Contribución al programa de acción de la Declaración de St. Vicente, 2000.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4 (2):341-353; 1999.

HELENO, M.G.V. Aspectos sócio-psico-somáticos de uma amostra de pacientes diabéticos tipo 2 **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, n.1, p. 48-54, 2001.

HOUAISS, Dicionário. **Dicionário eletrônico**. Cd-Rom, 2004.

KVALE, S. **InterViews - An Introduction to Qualitative Research Interviewing**. Thousand Oaks, California, SAGE Publications, p.101 – 2, 1996.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. **Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 77-96.

MALTA, D.C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.21-34, set/dez. 2000.

MARIN, H. de F. **Informática em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1995.

MELLO, D.A., ROUQUAYROL, M.Z. e ARAÚJO, D. et al. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 16 (4)1149, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2000. p. 127-129.

MORIN, E. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 2002.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, R.F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 1997.

OPAS. Envejecimiento y salud: um cambio de paradigma. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am/Public Health**, 7 (1):60-67; 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. CARMEN- Iniciativa para a prevenção integrada de doenças não-transmissíveis nas Américas. Brasília, 32 p., 2003.

PACHECO FILHO, R. A. A psicanálise e as mulheres e homens de “uns tantos ou quantos anos”. **Revista Kairós: Gerontologia** /Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento, São Paulo, Caderno Temático 2, ago. p 88-89, EDUC, 2002.

PAPALÉO NETTO, M. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. In: Eurico Thomaz de Carvalho Filho, Matheus Papaléo Netto. Cap. 1, pp. 1-29: Teorias do Envelhecimento. São Paulo: Atheneu, 2000.

QUADRANTE, A. C. R. **Doenças crônicas e envelhecimento**. [on line]. 2004. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/saiunamidia/Geral/noticia_138.htm> Acesso em 15 ago 2005.

RIZZOTO, M.L.F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

ROCHA, J. Educação é a melhor maneira de controlar o diabetes. [on line]. 2004. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/saiunamidia/Geral/noticia_138.htm> Acesso em 15 ago 2005.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (3): 839-847, mai-jun, 2003.

_____. **Atenção à Saúde do Idoso – Instabilidade Postural e Queda**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

SILVEIRA NETTO, E. **Atividade física para diabéticos**. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

SOWERS, J. R. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease. An update. Hypertension. **Journal of the American Heart Association**, v. 37, n. 4, p. 1053-1059, 2001.

SCRUTTON, S. Ageing, healthy and in control: an alternative, approach to maintaining the health of older people. London: Chapman and Hall, 1992. In: ASSIS, M. **Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ**. 2004. 236 p. [Tese] Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

STOTZ, E. N. e VALLA, V.V. Desenvolvimento de habilidades pessoais. In: BUSS, P.M. (coord. e editor) **Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

TEIXEIRA, C. R. S. **A atenção em diabetes mellitus no serviço de medicina preventiva-SEMPRE: um estudo de caso**. 2003. 162p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TRIVINÕS, A.N.S. - **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1997.

VICINI, G. **Abraço afetoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos**. São Paulo: Editora SENAC, 2002, 192 p.

ZANETTI, M. L. **O cuidado com a pessoa diabética no Centro Educativo de Enfermagem para adultos e idosos**. 2002. 178p. Tese (livre docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ZIMERMAN, Guite. Grupos com Idosos. IN: ZIMERMAN, David. E. e OSORIO, Luís Carlos. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 424 p. p. 331-342.

WHO/NMH/NPH. **Active ageing: a policy framework**. Disponível em Internet: <http://www.who.int/hpr/ageing>. 2002.

ANEXOS

Anexo 1 – Solicitação de Autorização à Instituição a ser pesquisada

Ilma. Sr.^a

DD. Diretora do Hospital

Unidade Básica de Saúde Vila Jacuí

Prezada Sr.^a:

Venho por meio desta solicitar a autorização para a realização de um Projeto de Pesquisa, de cunho acadêmico, intitulado **“Idosos diabéticos - acompanhamento de um grupo de diabéticos em uma unidade básica de saúde.”** como requisito para a conclusão do Curso de **Mestrado em Gerontologia na Pontifícia Universidade Católica - PUC-SP.**

Para tanto, será realizada uma entrevista junto a usuários idosos que voluntariamente concordarem em participar na pesquisa no próprio local da Unidade.

Esclareço que não haverá ônus para a Instituição em função da realização da presente pesquisa.

Anexo o Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelo meu orientador e Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade, e certa de contar com a sua atenção e aprovação desta solicitação, coloco-me à disposição para esclarecimentos pelo telefone: 9921-7752.

Outrossim, informo que os resultados da presente pesquisa estarão à disposição de V.S.^{as} junto à coordenação do Curso, a partir de Novembro de 2006 e estarei lhe encaminhando um exemplar.

Atenciosamente,

Jéssia Oliveira dos Santos Fernandes

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Mestrado em Gerontologia PUC-SP

Título da pesquisa: “Idosos diabéticos - acompanhamento de um grupo de diabéticos em uma unidade básica de saúde.”

Objetivo: Investigar a perspectiva de intervenção de grupos-controle de diabetes para idosos em uma Unidade de Programa Saúde da Família.

Metodologia: Pesquisa qualitativa.

Eu, _____, declaro ter sido informado(a) a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo que está sendo realizado. Recebi garantias de total sigilo e da possibilidade de obter esclarecimentos sempre que desejar. Sei que minha participação está isenta de despesas. Concordo em participar voluntariamente deste estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Data: ____/____/____

Pesquisador Responsável

Eu, **Jéssia Oliveira dos Santos Fernandes**, responsável pela pesquisa “**Idosos diabéticos - acompanhamento de um grupo de diabéticos em uma unidade básica de saúde**”, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Telefone para contato:

Obs.: 01 cópia será fornecida ao entrevistado.

Anexo 3 – Instrumento de coleta de dados

1 . DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente: _____

N.º do Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () masculino () feminino

Data da consulta : ____/____/____

O Sr.(a) sabe da existência de um grupo controle e educação nesta Unidade?

SIM NÃO

Há quanto tempo o Sr. (a) participa do grupo de diabéticos nesta UBS: _____

2) Você sabe o que é diabetes?

SIM NÃO

3). Consegue manter estável a glicemia?

SIM NÃO

4). Qual a frequência de aferição?

1 x / Sem 2 ou 3 x / sem. 4 x ou +

5). Faz uso de medicação hipoglicemiante?

SIM NÃO

Qual: _____

Se não utiliza medicação, justifique porque: _____

No caso de uso de hipoglicemiantes oral, como os utiliza?

No caso de insulina:

Quem aplica? _____

Como aplica (técnica)? _____

6). O Sr (a) participa de atividades físicas em grupo?

SIM NÃO

7). O Sr.(a) faz dieta para controle do diabetes?

SIM NÃO

8). O Sr.(a) comparece as consultas agendadas?

SIM NÃO

9). O Sr.(a) comparece as reuniões de grupo controle?

SIM NÃO

10). O Sr.(a) compreende e segue as orientações para o controle do diabetes?

SIM NÃO

11). Quais os motivos que levam o Sr.(a) a participar nas reuniões do grupo de diabéticos?

12) O que o Sr.(a) mais gosta no grupo?

13) O que o Sr. (a) não gosta no grupo?

13) Qual a sugestão que o Sr.(a) gostaria de dar para o grupo?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)