

# Itinerário terapêutico de pessoas idosas com Diabetes Mellitus: implicações para o cuidado de enfermagem

*Therapeutic itinerary of elderly people with diabetes mellitus: implications for nursing care*

*Itinerario terapéutico de personas ancianas con diabetes mellitus: implicancias para la atención de enfermería*

**Francine Feltrin de Oliveira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5105-7053

**Margrid Beuter<sup>1</sup>**

ORCID:0000-0002-3179-9842

**Maria Denise Schimith<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4867-4990

**Marinês Tambara Leite<sup>11</sup>**

ORCID: 0000-0003-3280-337X

**Carolina Backes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-2504-9105

**Eliane Raquel Rieth Benetti<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1626-5698

**Larissa Venturini<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5401-3849

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>11</sup>Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

## Como citar este artigo:

Oliveira FF, Beuter M, Schimith MD, Leite MT, Backes C, Benetti ERR, et al. Therapeutic itinerary of elderly people with diabetes mellitus: implications for nursing care.

Rev Bras Enferm. 2021;74(3):e20200788.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0788>

## Autor Correspondente:

Francine Feltrin de Oliveira

E-mail: francinefeltrin@uol.com.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Broca

Submissão: 11-08-2020 Aprovação: 01-11-2020

## RESUMO

**Objetivo:** descrever o itinerário terapêutico de pessoas idosas com diabetes mellitus cadastradas em unidades de Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, realizado com 15 pessoas idosas com diabetes mellitus, entre fevereiro e abril de 2019, por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram submetidos à análise da proposta operativa de Minayo. **Resultados:** no subsistema de cuidado folclórico, foi evidenciado o uso de plantas medicinais, de benzedores e fé. No subsistema de cuidado profissional, as equipes de Estratégia Saúde da Família são os serviços de maior vínculo com as pessoas idosas que, porém, ainda precisam recorrer à rede privada de saúde. A família mostra-se como principal fonte de apoio no subsistema de cuidado popular. **Considerações finais:** faz-se necessário que a enfermagem reconheça a pluralidade de saberes, estratégias de enfrentamento, crenças e cultura das pessoas idosas com diabetes mellitus, para garantir um cuidado integral.

**Descritores:** Idoso; Diabetes Mellitus; Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the therapeutic itinerary of elderly people with diabetes mellitus registered at Family Health Strategy units. **Methods:** qualitative and descriptive study carried out with 15 elderly people with diabetes mellitus between February and April 2019 by applying semi-structured interviews with the participants. Data were submitted to analysis of Minayo's operational proposal. **Results:** in the folk care subsystem, the use of medicinal herbs, healers, and faith was emphasized by the participants. In the professional care subsystem, Family Health Strategy units were the services with the strongest bond to elderly people, but these patients still had to resort to the private healthcare network. Family proved to be the main source of support in the popular care subsystem. **Final considerations:** nursing must acknowledge the different types of knowledge, coping strategies, beliefs, and the culture of elderly people with diabetes mellitus to guarantee the delivery of comprehensive care.

**Descriptors:** Aged; Diabetes Mellitus; Nursing Care; Primary Health Care; Family Health Strategy.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el itinerario terapéutico de personas ancianas con diabetes mellitus registradas en unidades de Estrategia Salud de la Familia. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo, realizado con 15 ancianos con diabetes mellitus entre febrero y abril de 2019 utilizando entrevistas semiestructuradas. Datos sometidos a análisis de la propuesta operativa de Minayo. **Resultados:** En el subsistema de cuidado folclórico, fue evidenciado el uso de plantas medicinales, de curanderos y fé. En el subsistema de atención profesional, los equipos de Estrategia Salud de la Familia son los de mayor vínculo con los ancianos que, aún, necesitan recorrer la red privada de salud. La familia se muestra como fuente de apoyo principal en el sistema popular. **Consideraciones finales:** Es necesario que la enfermería reconozca la pluralidad de saberes, estrategias de enfrentamiento, creencias y cultura de los ancianos con diabetes mellitus para garantizar una atención integral.

**Descriptorios:** Anciano; Diabetes Mellitus; Atención de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar.

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento apresenta ritmo e evolução individual e sofre influência dos fatores biopsicossociais. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) não estão intrinsecamente relacionadas ao envelhecimento, no entanto, a pessoa idosa torna-se mais vulnerável a algumas morbidades, como o Diabetes Mellitus (DM). Essa doença constitui-se em um problema de saúde pública. Em 2017, o Brasil ocupou a quarta posição do *ranking* mundial no número de pessoas que convivem com DM<sup>(1)</sup>, e as projeções mundiais indicaram que, em 2019, aproximadamente 463 milhões de pessoas na faixa etária entre 20 e 79 anos viviam com esta morbidade, e esse número poderá chegar a 700 milhões em 2045. Além disso, estima-se que uma em cada cinco pessoas com mais de 65 anos tenha DM<sup>(2)</sup>.

Estudos evidenciam que o DM em pessoas idosas interfere na qualidade de vida, uma vez que aumenta o risco de comprometimento da função motora, a incidência de sarcopenia e o desenvolvimento da síndrome de fragilidade, quando comparadas às pessoas idosas não diabéticas de mesma idade cronológica. Isso sugere um envelhecimento biológico precoce<sup>(3-4)</sup>.

O Itinerário Terapêutico (IT) é um dos conceitos centrais dos estudos socioantropológicos da saúde<sup>(5)</sup> e dispõe-se a interpretar o processo pelos quais as pessoas ou grupos sociais escolhem determinadas formas de tratamento à saúde. Os estudos iniciais acerca do IT originam-se a partir do termo "*illness behavior*" - ou comportamento do enfermo -, pautados na lógica de condutas individuais na busca pelos serviços de saúde, orientados pela gênese de custo-benefício<sup>(5)</sup>. Essa concepção ampliou seu escopo analítico a partir da década de 1980, especialmente com os estudos de Arthur Kleinman que passou a dar maior ênfase às distintas concepções médicas sobre saúde e doença, e sua interação com o sistema de cuidado à saúde<sup>(5)</sup>.

Perante o processo de adoecimento, as pessoas buscam diferentes recursos terapêuticos nos quais se desenham distintas trajetórias, na tentativa de sanar o que lhes causa incômodo<sup>(5)</sup>. Entre os caminhos para o cuidado, encontra-se a Atenção Primária à Saúde (APS), que se consolida por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e configura-se como o primeiro nível de atenção à saúde<sup>(6)</sup>. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) vislumbra a ESF como porta preferencial de acesso aos serviços de saúde, sendo a ordenadora e coordenadora do cuidado<sup>(7)</sup>. Sendo assim, a responsabilidade de acompanhar a população com DM cabe às equipes de ESF<sup>(8)</sup>, além de promover práticas de cuidado que considerem o indivíduo em sua singularidade e complexidade.

Tendo em vista as intervenções de enfermagem, torna-se relevante que o enfermeiro conheça os saberes e o percurso empreendido pelas pessoas idosas com DM à procura de cuidados, considerando o campo sociocultural em que elas estão inseridas e sua vivência com a doença. Dessa forma, reconhecer a singularidade do processo de envelhecimento e as formas de cuidar, no que se refere a crenças, modos próprios de entender a vida, saúde e doença das pessoas idosas com DM, contribui para o cuidado de enfermagem no acompanhamento gerontológico.

A fim de elucidar o IT de pessoas idosas com DM, adotou-se, nesse estudo, como guia o sistema de cuidado à saúde proposto por Kleinman<sup>(9)</sup>. Esse autor propôs esclarecer a influência da matriz social e cultural na compreensão do processo saúde, doença

e cuidados, a partir da interação de três subsistemas: folclórico (*folk*), profissional e popular. O folclórico (*folk*) concebe a inclusão de especialistas de cura não profissional, como os curandeiros e rezadeiras. O profissional consiste no cuidado científico, como os sistemas médicos tradicionais. O popular compreende o contexto familiar, redes sociais e comunitárias<sup>(9)</sup>. Neles, as pessoas circulam a partir da interpretação de sua condição de saúde ou doença e buscam possíveis ações que proporcionem o tratamento ou a cura. Esses subsistemas são responsáveis pela elaboração de distintas realidades terapêuticas concebidas como construções socioculturais ligadas às crenças sobre a doença e à experiência com os sintomas, estabelecendo uma relação sistêmica e interrelacional<sup>(9)</sup>.

Com base no exposto, infere-se que ainda são limitados os estudos que desvelam as práticas de cuidado em saúde, nos quais as pessoas idosas com DM aderem a seus Itinerários Terapêuticos (ITs). Assim, justifica-se a realização deste estudo. Tornam-se plausíveis investigações científicas que possam aprofundar o conhecimento da enfermagem gerontológica na APS, para compreender as estratégias de cuidados e as trajetórias empreendidas nos diferentes subsistemas de cuidado. Diante desse contexto, questiona-se: qual o itinerário terapêutico realizado pelas pessoas idosas com diabetes mellitus vinculadas às unidades de ESF? Espera-se que, ao conhecer o IT das pessoas idosas com DM, seja possível ampliar o conhecimento de forma a subsidiar a prática e ação da enfermagem à pessoa idosa, a fim de garantir a integralidade do cuidado prestado.

## OBJETIVO

Descrever o itinerário terapêutico de pessoas idosas com diabetes mellitus cadastradas em unidades de Estratégia Saúde da Família.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Foram respeitados os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012. A produção de dados foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, para preservar o anonimato, as entrevistas foram identificadas com a letra "E" e numeradas (E1, E2...) de acordo com a sequência das entrevistas.

### Tipo de estudo

Estudo de natureza qualitativa de caráter descritivo. O detalhamento metodológico deste estudo ancora-se no *guideline* de Consolidação para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (COREQ)<sup>(10)</sup>.

### Procedimentos metodológicos

#### Cenário

O estudo foi desenvolvido com pessoas idosas cadastradas em unidade de ESF de um município da região Sul do Brasil, no período de fevereiro a abril de 2019. Optou-se por duas unidades de ESF

do respectivo município, pois são campos práticos da residência multiprofissional de uma Universidade Federal e desenvolvem um trabalho direcionado à população idosa com DCNT.

### Fonte de dados

O número de participantes foi de 15 pessoas idosas com DM, e alcançou-se a reincidência das informações com a consequente saturação dos dados<sup>(11)</sup>. A seleção dos participantes ocorreu com a colaboração dos enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das unidades de saúde que auxiliaram na identificação das pessoas idosas com DM. Depois, a pesquisadora principal do estudo foi pessoalmente aos domicílios para convidá-las. Com o aceite, foi agendada uma nova visita conforme disponibilidade de dia, horário e em local mais conveniente para as pessoas idosas com DM.

Participaram do estudo pessoas idosas com DM que foram selecionadas de forma intencional, após atenderem aos seguintes critérios de inclusão: possuir capacidade cognitiva preservada, avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>(12)</sup>, ter o diagnóstico de DM estabelecido há, no mínimo, dois anos e estar vinculada a uma unidade de ESF. Esse tempo foi estabelecido por entender-se que, em dois anos, a pessoa idosa já teria percorrido os sistemas de cuidado à saúde e poderia fazer uma descrição desse trajeto.

### Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado, constituída de duas partes: a primeira, com questões referentes à caracterização dos participantes e, a segunda, com cinco questões abertas elaboradas pelas pesquisadoras que descreviam o IT das pessoas idosas com DM: - O(a) senhor(a) poderia contar como descobriu que tinha DM? - Quem o ajuda quando precisa de cuidado? - Qual a ligação com essas pessoas? - Quais os serviços que busca para tratamento ou cuidado? - O(a) senhor(a) já buscou ou tem buscado alguma forma alternativa de tratamento? Todas as entrevistas foram realizadas na residência dos participantes, de forma reservada, mantendo o sigilo e a privacidade no momento da coleta, com duração média de 60 minutos e audiogravadas, mediante autorização dos mesmos. Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizado teste piloto com três pessoas idosas com DM, cujos dados não foram incluídos na pesquisa.

### Análise dos dados

A análise dos dados fundamentou-se na proposta operativa de Minayo<sup>(13)</sup>, para a qual são recomendadas as seguintes etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados, análise dos dados e relatório. As entrevistas foram transcritas e posteriormente exportadas para o programa *software* NVivo®, a fim de facilitar a ordenação e classificação dos dados.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 15 pessoas idosas com DM, seis eram do sexo masculino e nove do sexo feminino. A idade variou de 61 a 74 anos, e a escolaridade média foi ensino fundamental

incompleto. Delas, 12 residiam com companheiros(as) e três eram viúvos(as). Quanto à profissão, 13 estavam aposentadas, uma pessoa recebia o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e outra, não tendo nenhuma fonte de recurso financeiro, aguardava a idade mínima para o recebimento do BPC. O tempo de diagnóstico de DM variou de cinco a 23 anos.

Para apreender a dimensão do IT das pessoas idosas com DM, as informações estão delineadas em três categorias temáticas:

### Práticas folclóricas e suas implicações no cuidado às pessoas idosas com diabetes mellitus

As informações acerca do uso e preparo das plantas medicinais advêm das relações sociais entre amigos, vizinhos e familiares, os quais formam uma rede de apoio que contribui para o tratamento do DM, o qual é um desdobramento do sistema de cuidado folclórico.

*[...] eu tenho um cipó, que se chama cipó macaco. Foi o marido da minha prima lá da colônia que me mandou [...] meu irmão me ensinou. Pega um pedaço de cipó em um litro de água e ferve. E daí vai tomando durante o dia, é muito bom. (E7 - 62 anos)*

Os participantes relataram êxito com o uso de chás no controle da glicemia e comprovaram efeito hipoglicemiante das plantas medicinais pelo resultado do automonitoramento da glicemia capilar.

*[...], mas se você tomar um chá de jambolão, você pode medir, que baixa a diabetes. Esses dias eu fiz um teste, fiquei uns dias sem tomar a metformina, que tomo diariamente, e tomei somente o chá e não senti nada, foi tudo a mesma coisa. (E6 - 68 anos)*

Observou-se, ainda, por parte de alguns participantes, a suspensão da medicação para validar a efetividade do chá. Além do uso de chás, outras práticas de cuidado foram adotadas pelas pessoas idosas com DM em seus ITs, como a fé e as orações invocadas por benzedeiros.

*Eu tenho muita fé, eu rezo sempre. Se a fé não curar, ela ameniza ou controla a doença [...] eu me sinto bem e isso dá uma fortaleza na vida, a gente fica mais forte espiritualmente e isso interfere na vida e no corpo. (E8 - 65 anos)*

Essas práticas surgiram como elementos de cuidado e são utilizadas de forma abrangente, no sentido de buscar melhores condições de saúde e apoio no enfrentamento do agravado.

*Aqui na cidade, tem uma curandeira, no bairro [...] ela faz uma oração com todos em uma sala e depois vem na cabeça de cada um. Fomos lá, para ver se essa doença tem cura [...] sempre fui nesses lugares acreditando que ia melhorar [...] a gente fica bem e se sente melhor. (E11 - 64 anos)*

Os cuidados terapêuticos confiados ao ritual do ato de benzer foram mencionados como ajuda no controle e na cura da doença e assim proporcionam sensação de bem-estar. Denota-se que o sentimento de finitude está presente na fala de participantes, pelo fato de solicitarem a Deus uma sobrevida maior.

*A gente pensa: por que isso em mim, essa doença? Será que me vou antes da hora? Eu tenho que me ajudar. Eles trabalham, e estão todos bem, eu tenho que ficar bem também, não quero depender de ninguém, e Deus me ajude!* (E10 - 66 anos)

A forma como vivenciam o adoecimento por DM, correlacionado às perdas do envelhecimento, afeta a dimensão subjetiva do cuidado, abarcando emoções, desejos e o confronto com a finitude e a morte.

### **Percepções das pessoas idosas com diabetes mellitus acerca do cuidado profissional**

Identificou-se, nos ITs, que a ESF é considerada a porta prioritária de acesso das pessoas idosas com DM aos serviços de saúde, pois este permite o acompanhamento e estabelece vínculos com essa população.

*É tudo na unidade de saúde como te falei: é a nossa referência em saúde ou então, no hospital, em caso de emergência de noite, numa febre, dor ou até quando fico ruim do diabetes como já aconteceu. As enfermeiras são muito atenciosas. Elas estão ali na unidade há muitos anos e acabam conhecendo a nossa situação de saúde.* (E10 - 66 anos)

Nos relatos, há referência às enfermeiras que têm estreita relação com as pessoas idosas, por realizarem o acompanhamento ao longo do tempo, na ESF. Os participantes pontuaram, em seus ITs, as dificuldades no acesso para atendimentos na ESF, como enfrentar filas para agendamento de consultas e idas de madrugada para conseguir atendimento.

*Existe agendamento para idoso e diabético, mas é demorado. Agora é tudo na fila, eu fui lá para consultar e o [...] falou "tem que vir de madrugada se não está bem, e se conseguir a ficha tudo certo, e se não, marcamos para outro dia ou então passa pelo acolhimento com as enfermeiras".* (E2 - 73 anos)

O profissional enfermeiro foi citado, por atuar no acolhimento às pessoas idosas, como forma de viabilizar acesso aos serviços de saúde. Outro ponto que emergiu nos relatos foi a escolha dos serviços de saúde a partir da percepção dos sinais de gravidade.

*Na unidade de saúde, têm as filas, mas sempre vou lá para acompanhar o diabetes e a pressão. No hospital, tem que esperar também, escolhemos o local conforme a situação, se é grave ou não. Por exemplo, vou no hospital quando é pressão alta e dor muito forte, e, na unidade de saúde, para rotinas, exame de teste de diabetes e um curativo.* (E4 - 71 anos)

Os participantes citaram a rede hospitalar por entender que esse serviço é mais eficiente diante de um problema de maior complexidade. Percebeu-se que as consultas, na rede privada de saúde, foram apontadas como uma estratégia adotada no IT, quando existe demora nos encaminhamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, as fragilidades econômicas às quais a população idosa com DM está exposta dificultam essa prática.

*Se fosse pagar um médico, não seria fácil. Todo o acompanhamento é feito ali na unidade, só paguei o oftalmologista porque era*

*grave e não consegui pelo SUS. Agora que consegui pelo SUS, acompanho no hospital de olhos.* (E9 - 69 anos)

Entretanto, na medida em que conseguiram acesso ao SUS, abandonaram a rede privada de saúde. No território, os ACS foram mencionados como profissionais presentes no cuidado, acompanhando as pessoas idosas.

*Quem me auxilia aqui é a ACS. Eu tenho dúvidas, dou um grito e ela vem aqui e explica e dá orientações. Ela está sempre pelas ruas do bairro, conhece a vida das pessoas. Esses dias, eu estava tomando um remédio e me atrapalhei, ela veio aqui e me explicou, e descobrimos que nem estava tomando.* (E15 - 63 anos)

O ACS, em seu cotidiano, esclarece dúvidas e orienta cuidados, atendendo às necessidades da população. Outro ponto de acesso à ESF são as atividades, em grupo, de educação em saúde, consideradas pelos participantes como ferramentas que potencializam o aprendizado para o autocuidado acerca do DM.

*Eu participei dos grupos de diabéticos e hipertensos na unidade de saúde que tinha, uma vez ao mês, com diversos profissionais [...] aprendi muito com os profissionais e os outros pacientes sobre o diabetes. A ACS vem na minha casa e avisa do dia dos grupos. Era a enfermeira, farmacêutica, médico e, às vezes, a nutricionista. Tu passas a entender o que é o diabetes. Ah, às vezes a dentista também participava.* (E7 - 62 anos)

Os grupos foram sinalizados como espaço que favorece o desenvolvimento dos participantes, no âmbito pessoal, acerca do processo saúde e doença. Partindo do IT das pessoas idosas com DM, pode-se compreender que o cuidado profissional sempre será acionado pelas pessoas idosas e sua família, por sua influência cultural como modelo predominante de cuidado e por promover resultados eficazes em caso de agudização da doença.

### **Relações de cuidado identificadas no subsistema de cuidado popular - redes tecidas com o apoio da família e dos amigos**

Os participantes encontraram motivação para o cuidado inspirados na família, nos vínculos emocionais e afetivos. A família se manifesta como a parte mais importante do subsistema de cuidado popular para a pessoa idosa com DM.

*Por isso que eu me cuido muito, ainda mais com 71 anos, e tenho muita coisa para ajudar meu filho. Aqui temos a nora e o neto e quando precisamos, um ajuda o outro [...] vivemos um para o outro, nos cuidamos para viver mais.* (E4 - 71 anos)

Destacou-se uma relação mútua no cuidado, na qual a pessoa idosa com DM cuida e é cuidada pelos familiares, como filhos e netos. Os filhos têm influência direta no IT das pessoas idosas, oferecendo apoio e atuando na busca pelo cuidado.

*O filho que mora longe ligava muito para ver como eu estava. O marido disse: "Vamos pegar um médico [...]", eu dizia que estava bem. E as filhas diziam: "Mãe, o médico disse que a senhora não estava bem." Um belo dia as filhas marcaram a consulta [...] e eu fui meio renegada, não precisava elas terem marcado. Sabe, eu*

*tenho a minha vida, vou onde eu quero, e elas tomaram a frente.*  
(E1 - 71 anos)

Por outro lado, as pessoas idosas também descreveram essa situação como constrangedora, pois sempre tiveram autonomia e independência para buscar os recursos de saúde que lhes fossem necessários. Outras relações de cuidado foram mencionadas pelos participantes, destacando-se as relações sociais e o apoio dos vizinhos.

*O vizinho da esquina é muito companheiro [...]. Ele me cuida muito. A minha filha o deixa encarregado de vir me olhar. Ela liga para ele e pergunta se está tudo bem. É de confiança, e a gente fica mais tranquila se precisar de alguém.* (E15 - 63 anos)

Identificou-se que, na ausência dos filhos, a rede de cuidados não familiar acaba exercendo o cuidado principal. Todavia, a doença crônica incorpora-se ao viver dos participantes e famílias, o qual estimula a pessoa idosa com DM acerca dos cuidados.

## DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que, embora as pessoas tenham acesso aos recursos de saúde por meio da ESF, o uso de plantas medicinais e outras práticas de cuidado estão incorporados ao IT das pessoas idosas com DM, medida proveniente do subsistema de cuidado folclórico. Estudo sinaliza que o uso de plantas medicinais está presente no cotidiano das pessoas e que essa prática não é utilizada apenas na inexistência dos recursos dos serviços de saúde, mas constitui-se como uma forma de autocuidado<sup>(14)</sup>. Em pessoas com DM, a utilização de plantas medicinais é prática comum<sup>(15)</sup>, e seu uso é disseminado pela cultura popular, por meio de relações sociais<sup>(16)</sup> entre pessoas que obtiveram algum efeito positivo com o uso de alguma planta no controle da doença.

Identificou-se que o automonitoramento da glicemia capilar foi utilizado para confirmar a eficácia das plantas na redução da glicemia. Entende-se essa prática como uma construção sociocultural que se apropria de ação do modelo biomédico nas práticas terapêuticas populares. Assim, observou-se que, na apropriação das práticas biomédicas, as pessoas reinterpretem seus saberes a partir de sua realidade e conforme suas necessidades<sup>(14)</sup>, evidenciando a interpenetrabilidade dos saberes científico e popular. Ademais, é importante reconhecer as questões culturais de uma determinada população, como também, estabelecer diálogo entre os saberes e compreender que o conhecimento científico não é o único referencial o qual a população utiliza para interpretar os fenômenos da vida<sup>(17-18)</sup>.

Os dados encontrados no IT evidenciaram que a fé foi uma dimensão significativa no cuidado à pessoa idosa com DM. A fé pode manifestar-se como uma forma de abrandar as situações de sofrimento em relação à doença, principalmente dos indivíduos que apresentam alguma fragilidade que possa advir de um agravo crônico<sup>(19)</sup>.

Observou-se que o ato de benzer foi considerado uma atividade terapêutica acionada com o intuito de promover o controle da doença na impossibilidade de cura, diante do modelo biomédico. A benzedura cumpre o papel de interceder entre o sagrado e o humano, na busca da cura do corpo físico e espiritual, favorecendo

o bem-estar<sup>(14,20)</sup>. Todavia, muitas vezes, essa prática é desconhecida ou desvalorizada pelos profissionais de saúde, por ser caracterizada como uma prática que permeia o campo empírico<sup>(14)</sup>. Essas práticas de cuidado convergem da cultura da população, especialmente dentro do subsistema de cuidado folclórico<sup>(9)</sup>.

No imbricamento das práticas folclóricas descritas nos ITs, observou-se que as pessoas idosas com DM criam suas próprias estratégias de cuidado a partir da influência sociocultural e da vivência do adoecimento. Destaca-se que, para o cuidado integral de enfermagem, é importante o reconhecimento da pluralidade das práticas de cuidado adotadas pelas pessoas idosas no controle da doença, considerando o seu saber local, de sua família e das relações sociais - para além dos moldes do modelo biomédico ou do subsistema de cuidado profissional.

Os achados revelaram que a ESF é referência no cuidado: estabelece vínculos com as pessoas idosas. Desse modo, constitui um local que privilegia a atenção integral à saúde da pessoa idosa por sua proximidade da população e possibilita vínculos longitudinais, regulares e inserção da pessoa idosa no contexto do SUS<sup>(21)</sup>. Apesar disso, há ineficiências, como filas para agendamento de consultas na ESF, atenção especializada e problemas no estabelecimento de prioridades para a população idosa com DM. Estudo identificou que as pessoas idosas demonstraram insatisfação e aflição com as longas filas de espera para consultas<sup>(21)</sup>.

Ressalta-se que as fragilidades identificadas nos ITs para consultas na atenção especializada trazem desafios perante as carências socioeconômicas às quais as pessoas idosas com DM estão expostas. Pessoas com DM requerem cuidados prolongados os quais implicam encargos financeiros, ou seja, recursos escassos deixam as pessoas em posição social de maior vulnerabilidade<sup>(22)</sup>. Muitos desafios devem ser superados ao se pensar na qualidade do cuidado ofertado às pessoas idosas na APS, indicando a necessidade de melhorias quanto à integralidade, orientação familiar, acessibilidade, horários de funcionamento, com enfoque no cuidado à população idosa<sup>(23)</sup>. Cabe destacar que, no Brasil, é assegurado atendimento prioritário à população acima de 60 anos, garantido pela Lei nº 10.741/03 em seu artigo terceiro<sup>(24)</sup>. Dentre as pessoas idosas, os longevos (acima de 80 anos) têm preferência especial sobre as demais pessoas idosas, exceto em caso de emergência<sup>(25)</sup>.

O ACS foi identificado como uma figura importante no processo de cuidado e na interlocução com a equipe de ESF. Por meio da visita domiciliar, o ACS percebe as singularidades que estão envolvidas no modo de vida de cada pessoa idosa<sup>(26)</sup> e desempenha função estratégica na atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, pois consegue indicar para os demais profissionais da equipe as necessidades de cuidado dessa população<sup>(21)</sup>.

O enfermeiro foi sinalizado como um profissional que participa dos grupos de educação em saúde, estabelece vínculos, realiza acolhimento à população idosa e, assim, viabiliza acesso aos serviços de saúde na ESF. O vínculo é potente para o cuidado, apoiado na relação terapêutica entre pessoa e profissional ao longo do tempo. Nesse mesmo sentido, encontra-se o acolhimento que abarca as necessidades de saúde e representa um importante elemento que organiza o acesso<sup>(27)</sup>. Destarte, o enfermeiro auxilia a equipe de ESF a repensar rotinas de cuidado instituídas às pessoas idosas que vivenciam uma condição crônica, comprometendo-se com uma prática integral, equitativa e multidisciplinar com resolutividade

nos serviços de saúde<sup>(28)</sup>. O enfermeiro tem função expressiva no IT das pessoas idosas com DM, no âmbito da APS, especialmente por fazer parte do subsistema de cuidado profissional e ter destaque nas atividades individuais e coletivas, com relação ao cuidado à saúde. Portanto, este subsistema sempre será solicitado pela pessoa idosa ou familiar em caso de acompanhamento do DM.

Nos ITs delineados neste estudo, observou-se que as pessoas escolheram os serviços de saúde a partir de uma avaliação de seu estado de gravidade, não seguindo os fluxos estabelecidos pelos serviços de saúde. Esse resultado foi pontuado em estudo com IT o qual identificou que os percursos à procura de recursos terapêuticos não coincidem com os fluxos determinados pelos serviços de saúde<sup>(29)</sup> ou redes de atenção à saúde. Os grupos de educação em saúde mostraram-se como uma alternativa terapêutica que potencializa o aprendizado para o autocuidado. Desse modo, melhoram a segurança e habilidade dos usuários no manejo de seu problema de saúde e reconhecem o papel ativo da pessoa idosa com DM na gestão de sua condição crônica de saúde<sup>(30)</sup>.

Verificou-se, no estudo, que a família é o principal núcleo de cuidado à pessoa idosa. Uma característica marcante do subsistema de cuidado popular é a participação da família e rede social no cuidado definindo, de forma leiga, a entrada em outros subsistemas<sup>(9)</sup>. O cuidado à pessoa idosa com condição crônica na APS é permeado pelo contexto familiar<sup>(21)</sup> e, por essa razão, é primordial que a enfermagem compreenda as relações estabelecidas na dinâmica familiar, para a organização e sistematização da assistência à pessoa idosa<sup>(31)</sup>. Por outro lado, uma pessoa idosa demarcou a atitude realizada pela família na intenção de cuidá-la como uma situação constrangedora, uma vez que interferiu na autonomia para buscar os recursos necessários.

Salienta-se que relações de conflito perpassam as relações do cuidado familiar, principalmente quando a pessoa idosa não quer sentir-se dependente de seus familiares e se vê obrigada a atender ao desejo de quem dela cuida<sup>(21)</sup>. Pontua-se que as relações com vizinhos favorecem o cuidado e a interação social. Os vizinhos exercem função importante no cuidado à pessoa idosa, uma vez que recorrem a serviços de saúde ou aos familiares, caso identifiquem algo diferente no momento de ausência de suporte familiar<sup>(21)</sup>.

O sentimento de finitude aparece na interação entre velhice e doença crônica, suscitando o desejo de permanecer mais tempo com a família. Pessoas idosas salientam a importância de prosseguir a vida com serenidade na velhice, como também criar estratégias favoráveis de enfrentamento na rede social e familiar<sup>(32)</sup>. Por meio do traçado dos ITs, evidencia-se que as pessoas idosas são diretamente influenciadas e apoiadas pelo núcleo familiar e pelas relações sociais e, quando necessário, recorrem a outros subsistemas. Desse modo, conjectura-se para a enfermagem, no contexto da APS, que há muitos desafios ao implementar o cuidado às pessoas idosas com DM, especialmente ao considerar os aspectos familiares e culturais das mesmas.

## Limitações do estudo

Como limitação do estudo, a sua realização em unidades de saúde da área urbana não assegura a replicação dos achados para a população idosa com DM no contexto rural. Além disso, o estudo foi realizado em um município com cobertura de 100% pela ESF, o que difere de outras realidades no país. Sugerem-se novos estudos que possam ampliar o cenário e o objeto investigado, a fim de contribuir para a construção do conhecimento sobre essa temática na Enfermagem.

## Contribuições para a área

O estudo contribui para a prática da enfermagem no contexto da APS, por fornecer subsídios para a execução do cuidado a pessoas idosas com DM. Salienta-se que as pessoas trazem consigo um conjunto de saberes dos subsistemas de cuidado popular e folclórico que vai além do subsistema profissional, como histórias de vida, cultura e, por vezes, ignorado pelos profissionais da saúde. Ademais, cabe, na prática assistencial na APS, reconhecer os diversos recursos terapêuticos desvelados no subsistema folclórico e, dessa forma, promover uma integração com o subsistema profissional, potencializando o cuidado e a autonomia das pessoas, visto que os aspectos biopsicossociais e culturais legitimam as práticas em saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Descrever os ITs, a partir da perspectiva de pessoas idosas com DM vinculadas à ESF, sinaliza as potencialidades e fragilidades no cuidado a essas pessoas através subsistemas de cuidado à saúde popular, profissional e folclórico. Destaca-se que o cuidado profissional apresentou potencialidade quanto ao cuidado, vínculo, acolhimento e grupos de educação em saúde voltados à população idosa. No entanto, as filas foram um entrave para o acesso aos serviços de saúde. Em vista disso, mesmo com fragilidades socioeconômicas, as pessoas precisam buscar acesso à rede privada de saúde. Ao considerar os diferentes subsistemas de cuidado à saúde e suas interações, depreende-se que os achados evidenciaram como as pessoas idosas com o DM convivem com a doença, suas estratégias de enfrentamento permeadas pelos aspectos socioculturais, o que tem expressão no contexto da APS. Nessa perspectiva, impõem-se desafios aos SUS e ao cuidado profissional, no sentido de propor práticas de cuidado que vislumbrem as pessoas idosas com DM com base na raiz cultural.

Salienta-se que, para a enfermagem, é necessária uma prática sensível em que a pluralidade de saberes, crenças e cultura das pessoas idosas com DM seja reconhecida, para potencializar vínculos terapêuticos e assim conceber relações com os demais subsistemas de cuidado, no sentido de fomentar práticas de cuidado integrais à saúde da população idosa.

## REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas [Internet]. 8th ed. Brussels (Belgium):International Diabetes Federation; 2017 [cited 2020 Feb 10]. 150 p. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>

2. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas [Internet]. 9nd ed. Brussels (Belgium):International Diabetes Federation; 2019 [cited 2020 Feb 10]. 176 p. Available from: <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/>
3. Fritschi C, Bronas UG, Park CG, Collins EG, Quinn L. Early declines in physical function among aging adults with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications*. 2017;31(2):347-52. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2016.06.022>
4. Sinclair AJ, Rodriguez-Mañas L. Diabetes and frailty: two converging conditions?. *Can J Diabetes*. 2016;40(1):77-83. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2015.09.004>
5. Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Rev Ciênc Soc Pol Trab* [Internet] 2015 [cited 2020 Feb 24];(42):29-43. Available from: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/05/ALVES-2015-Itinerarios-Terapeuticos.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 12]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. 2006 [cited 2020 Feb 12]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)
8. Stopa SR, Cesar CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Health services utilization to control arterial hypertension and diabetes mellitus in the city of São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190057. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190057>
9. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med*. 1978;12(2B):85-95. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ):a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
11. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualit* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 15];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
12. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14nd ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.
14. Lima CAB, Lima ARA, Mendonça CV, Lopes CV, Heck RM. The use of medicinal plants and the role of faith in family care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(spe.):e68285. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68285>
15. Defani MA, Oliveira LEN. Utilização das plantas medicinais por diabéticos do município de Colorado (PR). *Rev Saúde Pesqui*. 2015;8(3):413-21. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2015v8n3p413-421>
16. Silva AB, Araújo CRF, Mariz SR, Meneses AB, Coutinho MS, Alves RBS. The use of medicinal plants for elderly users of a basic family health unit. *Rev Enferm UFPE*. 2015;9(suppl-3):7636-43. <https://doi.org/10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201517>
17. Acioli S, Kebian LVA, Dias JR, Corrêa VAF, Daher DV, Martins ALX. Scientific and popular knowledge in Family Health Strategies from a hermeneutic-dialectic perspective. *Online Braz J Nurs*. 2016;15(4):644-54. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165465>
18. Lima MRA, Nunes MLA, Klüppel BLP, Medeiros SM, Sá LD. Nurses' performance on indigenous and African-Brazilian health care practices. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):788-94. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>
19. Coulibaly A, Alves VP. As crenças religiosas e espirituais no enfrentamento de desafios advindos das feridas crônicas em idosos. *Rev Kairós Gerontol*. 2016;19(esp.):323-39. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p323-339>
20. Marin RC, Scorsolini-Comin F. Desfazendo o "mau-olhado": magia, saúde e desenvolvimento no ofício das benzedeiras. *Psicol Ciênc Prof*. 2017;37(2):446-60. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002352016>
21. Schenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(4):1369-80. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>
22. Chen J, Jing X, Liu X, Volkmann AM, Chen Y, Liu Y, et al. Assessment of factors affecting diabetes management in the City Changing Diabetes (CCD) study in Tianjin. *PLoS One*. 2019;14(2):e0209222. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209222>
23. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Jr HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3521-32. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>
24. Presidência da República (BR). Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2003 out 03.
25. Presidência da República (BR). Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e outras providências. *Diário Oficial da União*. 2017 jul 13.
26. Assis AS, Castro-Silva CR. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. *Physis*. 2018;28(3):e280308. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280308>
27. Silva TF, David HMSL, Caldas CP, Martins EL, Ferreira SR. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. *Saúde Debate*. 2018;42(spe4):249-60. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s420>
28. Silva LB, Silva PAB, Santos JFG, Silqueira SMF, Borges EL, Soares SM. Risk strata and quality of care for the elderly in Primary Health Care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3166. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2968.3166>

29. Younes S, Rizzotto MLF, Araújo ACF. Therapeutic itinerary of patients with obesity treated in high-complexity services of a university hospital. *Saúde Debate*. 2017;41(115):1046-60. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711505>
  30. Silva LB, Soares SM, Silva PAB, Santos JFG, Miranda LCV, Santos RM. Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e2987. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2331.2987>
  31. Aires M, Dal Pizzol FLF, Mocellin D, Rosset I, Morais EP, Pasjulin LMG. Cross-cultural adaptation of the Filial Responsibility protocol for use in Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1338-46. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0479>
  32. Ribeiro MS, Borges MS, Araújo TCCF, Souza MCS. Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(6):880-8. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170083>
-