

Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil

PENSIONERS WITH TYPE 2 DIABETES IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO - BRAZIL

JUBILADOS CON DIABETES TIPO 2 EN LA SALUD DE LA FAMILIA EN RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO - BRASIL

Laís Mara Caetano da Silva¹, Pedro Fredemir Palha², Guilherme Rodrigues Barbosa³, Simone Terezinha Protti⁴, Aline da Silveira Ramos⁵

RESUMO

O estudo objetivou caracterizar idosos aposentados com Diabetes tipo 2, usuários de um serviço de atenção primária, e contou com 43 sujeitos que atenderam a critérios de inclusão. Os dados foram obtidos em fontes primárias e secundárias, e analisados no programa SPSS 15.0. A média de idade foi 75,3 anos. Houve pouca participação em grupos comunitários e na prática de atividade física. Dezesete idosos utilizam a atenção primária. Doze homens aposentaram-se por tempo de serviço, e 12 mulheres recebem pensão. Níveis pressóricos apresentaram média de 130x80 mmHg e a Glicemia, média de 141 mg/dl. Orientações sobre dieta foram realizadas na sua maioria pelos médicos. São necessários novos estudos para avaliar os motivos que levam a baixa adesão a grupos e prática de atividade física. Sugere-se participação efetiva da equipe no controle do Diabetes e no incentivo à participação da família nos cuidados, visto que essa doença demanda gerenciamento de longo prazo.

DESCRITORES

Idoso.
Aposentadoria.
Diabetes mellitus tipo 2.
Doença crônica.
Atenção primária à saúde.
Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT

The objective of the present study was to characterize aged pensioners with type 2 diabetes, users of a primary health care service. Participants were 43 individuals selected according to the inclusion criteria. Data was obtained from primary and secondary sources, and analyzed using the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) software. The average age was 75.3 years. There was little participation in community groups and in physical activities. Seventeen aged individuals used the primary healthcare service. Twelve men were retired and twelve women received pension. The average arterial blood pressure was 130x80 mmHg and the average glucose level was 141 mg/dl. Diet orientations were given mostly by physicians. Further studies are necessary to analyze the cause of the little adherence to the groups and to physical activity. Health teams should have an effective participation in diabetes control and should encourage the family to participate in the care process, as this disease requires long term management.

KEY WORDS

Aged.
Retirement.
Diabetes mellitus, type 2.
Chronic disease.
Primary health care.
Health Services for the Aged.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo caracterizar ancianos jubilados afectados por diabetes tipo 2, usuarios de un servicio de atención primaria. Contó con 43 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos fueron obtenidos en fuentes primarias y secundarias, y analizados en el Programa Estadístico SPSS 15.0. La media de edad fue de 75,3 años. Se verificó escasa participación de los sujetos en grupos comunitarios y en la práctica de actividad física. Diecisiete ancianos utilizan la atención primaria. Doce hombres se jubilaron por tiempo de servicio y 12 mujeres reciben pensión. Los niveles de presión arterial se ubicaron en un promedio de 130 x 80 mmHg y la glucemia media fue de 141 mg/dl. Orientaciones sobre dieta fueron realizadas en su mayoría por los médicos. Se necesita de nuevos estudios para evaluar los motivos que originan la baja adhesión a grupos y a la práctica de actividad física. Se sugiere participación del equipo de salud en el control de la diabetes y en la motivación para la participación de la familia en el cuidado del anciano, entendiéndose que esta enfermedad demanda tratamiento de largo plazo.

DESCRIPTORES

Anciano.
Jubilación.
Diabetes mellitus tipo 2.
Enfermedad crónica.
Atención primaria de salud.
Servicios de Salud para Ancianos.

¹ Graduanda do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista PIBIC/USP/CNPq. Ribeirão Preto, SP, Brasil. laismara@eerp.usp.br ² Enfermeiro. Professor Doutor do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. palha@eerp.usp.br ³ Fisioterapeuta. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. gbarbosa@eerp.usp.br ⁴ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. simoneprotti@yahoo.com.br ⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. alline_rs@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade incontestável. As pessoas estão vivendo por mais tempo, fato que tem ocasionado mudanças importantes em diversos setores da sociedade, incluindo o setor saúde. Apesar do limite biológico de idade não ter se modificado, o número de pessoas que vivem próximo a este tem aumentado expressivamente⁽¹⁾. Com isso, há uma maior exposição às doenças crônico-degenerativas⁽²⁾.

A realidade exposta apresenta-se desafiadora, uma vez que os idosos apresentam necessidades específicas que nem sempre estão em sintonia com os serviços de saúde – mais voltados para a assistência a eventos agudos⁽²⁾.

A América Latina e Caribe chamam a atenção pela rapidez com que suas populações envelhecem. Em 2050, a população da América Latina e Caribe se aproximará da população da Europa e da África, superando a da América do Norte, caracterizando o mais veloz processo de envelhecimento mundial. O índice de idosos, que em 1950 era de 9,2%, atingirá 83,7% em 2050⁽³⁾.

O número de portadores de doenças crônicas está crescendo em todo o mundo. Problemas anteriormente considerados como de países industrializados ou da população rica nos países em desenvolvimento, agora são reconhecidos como doenças globais. Em 2001, as doenças cardiovasculares se tornaram a principal causa de morte no mundo e são responsáveis por 28% de todas as mortes, com 80% da carga em países de renda média e baixa.

Embora a atenção dispensada às condições crônicas deva priorizar a adesão ao tratamento – realizado em longo prazo – nota-se que a baixa adesão é um problema recorrente. Um serviço de saúde que fornece informação e monitoramento constante pode melhorar a adesão ao tratamento e às orientações, proporcionando melhor qualidade de vida aos usuários⁽⁴⁾.

Na perspectiva econômica, o impacto das condições crônicas vai além dos gastos relacionados ao tratamento em saúde, tornando os encargos excessivamente altos quando essas condições são mal gerenciadas. Sendo assim, todos arcam com o custo: pacientes e famílias; organizações de assistência à saúde; profissionais de saúde; governos, empregadores e sociedade acabam por padecer devido a perda de produtividade e da mão-de-obra relacionada a óbitos, incapacidade e morbidade⁽⁵⁾.

A maioria das doenças crônicas não transmissíveis, advindas do envelhecimento populacional, resultam na perda de funções físicas e mentais, interferindo na capacidade funcional e na realização de Atividades da Vida Diária (AVDs)⁽²⁾. Apesar dos avanços referentes ao conhecimento

sobre o Diabetes, este ainda aparece como um dos grandes problemas de saúde pública no último século tanto no contexto brasileiro como mundial⁽⁵⁾.

O Diabetes consiste em um grupo de disfunções metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de um déficit na produção de insulina, na ação da insulina, ou ambos⁽⁶⁾. É dividida em tipo 1 e 2, sendo a última a mais prevalente. Indivíduos portadores de Diabetes tipo 2 apresentam uma história de progressão lenta da doença e muitas vezes são assintomáticos ou diagnosticados na presença de condições como Insuficiência Coronariana, Neuropatia, Nefropatia, entre outra⁽⁶⁾.

No Brasil, o Diabetes se manifesta em quase 8% da população adulta, e há uma tendência crescente ao surgimento desta doença conforme aumenta a idade, alcançando o valor de 17% nos idosos com mais de 60 anos⁽⁷⁾. Há uma previsão de que em 2010 possa existir cerca de 11 milhões de diabéticos, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos 5 milhões de diabéticos no ano 2000⁽⁸⁾.

A presença de doença crônica associada ao processo de envelhecimento é freqüente no Brasil, sendo que entre os idosos a grande maioria (mais de 85%) apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e cerca de 15% convivem com cinco dessas doenças, como a Hipertensão e o Diabetes⁽⁹⁾.

O Diabetes tipo 2 é mais prevalente entre os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia e excesso de peso, sendo que nestes o risco é de três vezes maior para o desenvolvimento do Diabetes, quando comparados à população sem tais fatores de risco. A Hipertensão Arterial Sistêmica é o maior determinante da ocorrência de eventos cardiovasculares em pacientes com Diabetes tipo 2, sendo duas vezes mais prevalente entre os indivíduos diabéticos, o que contribui para a ocorrência de complicações micro e macrovasculares⁽¹⁰⁾.

O Diabetes se apresenta como a sexta causa mais freqüente de internação hospitalar no Brasil e contribui de forma significativa (30% a 50%) para outras causas como Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Cardíaca, Colecistopatias, Acidente Vascular Encefálico e Hipertensão Arterial Sistêmica⁽¹¹⁾, sendo que as hospitalizações ocorrem pelas descompensações agudas, advindas do controle inadequado da doença e de complicações oculares (cegueira), renais (insuficiência renal), neurológicas e vasculares (amputações de membros inferiores), o que enfatiza a necessidade de um acompanhamento para o controle adequado dos níveis glicêmicos e pressóricos e prevenção das complicações e/ou seqüelas⁽¹²⁾.

Na cidade de Ribeirão Preto a prevalência do Diabetes e intolerância a glicose é de 12% e 7,7%, respectivamente, entre a população de 30 a 69 anos de idade⁽¹¹⁾. Quando se observa o comportamento em relação às internações por

O Diabetes tipo 2 é mais prevalente entre os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia e excesso de peso...

Diabetes, no período de 1988 a 1997, houve um aumento em sua ocorrência, sendo superior às outras causas de internação e ao crescimento populacional⁽¹²⁾.

Além do aumento considerável das condições crônicas e de sua necessidade de acompanhamento permanente, elas causam impactos importantes em todos os países, o que constitui um desafio para a organização dos Sistemas de Saúde⁽⁵⁾.

Com o crescimento de condições crônicas como o Diabetes e da expectativa de vida, torna-se importante a elaboração de estratégias e ações de saúde que visem uma assistência mais adequada às necessidades dessa faixa etária⁽³⁾.

No modelo de saúde vigente no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família – ESF – pode atuar como uma via de enfrentamento das condições crônicas. Nesse modelo de atenção, os profissionais de saúde podem atuar em todas as fases do processo saúde-doença, de modo a contemplar a integralidade da assistência. Em parcerias com grupos comunitários e familiares, os profissionais auxiliam na busca de soluções, atuam de modo a minimizar os problemas de saúde da população⁽⁸⁾.

OBJETIVO

O estudo teve como objetivo caracterizar a população de idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família (NSF) com relação a variáveis sócio-econômicas, clínicas e frequência nos serviços de saúde, além de analisar a presença de fatores de risco para o diabético – tais como o uso de tabaco, bebidas alcoólicas, sedentarismo e padrão alimentar.

MÉTODO

O município do estudo possui aproximadamente 567.917 habitantes encontrando-se entre os maiores municípios do estado de São Paulo⁽¹³⁾. É dividido em cinco Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central), sendo cada um de responsabilidade de determinada instituição de ensino superior. A pesquisa foi realizada no distrito Oeste, o qual possui cinco Núcleos de Saúde da Família (NSF), com equipes compostas por Médicos, Equipe de Enfermagem (Enfermeira, Auxiliares e Técnicos), Agentes Comunitários de Saúde, faxineira e pessoal administrativo. Para este estudo, foi selecionado um destes Núcleos de Saúde da Família.

Atendendo à resolução 196/96, o presente estudo foi enviado e aprovado na 51ª reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Protocolo 0185/CEP/CSE-FMRP-USP.

Foram incluídos na pesquisa idosos que se enquadravam nos critérios de inclusão: mais de 65 anos, aposentados e portadores de Diabetes tipo 2. Inicialmente a amostra

contava com 45 indivíduos, reduzindo-se para 43 devido ao falecimento de um deles e por ter verificado que outro não se enquadrava nos critérios de inclusão.

A coleta de dados foi realizada em três etapas: levantamento dos usuários aposentados residentes na área de abrangência do NSF, idade acima de 65 anos e com Diabetes tipo 2; levantamento dos prontuários e coleta de dados sócio demográficos, tempo de diagnóstico do Diabetes e dados clínicos (Glicemia, Hemoglobina Glicosilada, Colesterol – Total, LDL e HDL, Pressão Arterial), presença de sequelas e frequência relacionada a utilização de serviços de saúde por meio de informações presentes no prontuário no e, por fim, entrevista com o próprio usuário para a coleta de dados relacionados ao estilo de vida.

Assim, constituíram como fontes de informação desta pesquisa dados primários, considerado aqui as entrevistas com os idosos, e os dados secundários foram coletados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), prontuários (individuais e familiares) e o HYGIA (Sistema de Informações municipal que traz, dentre outras informações, a frequência dos usuários aos serviços de saúde).

Para a coleta foi utilizado um questionário semi-estruturado, preenchido a partir de entrevista com os participantes e consulta de prontuários. Além da pesquisa de prontuários no NSF foram utilizados os prontuários de idosos que faziam concomitantemente acompanhamento no centro de referência secundário, o Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE-FMRP-USP).

A análise dos dados univariada e bivariada foi realizada empregando-se o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0. De fato, as variáveis quantitativas foram analisadas e apresentadas em tabelas de frequência simples e de contingência, ao passo que para as variáveis quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão).

RESULTADOS

A média de idade dos indivíduos incluídos na pesquisa foi de 75,3 anos, cerca de 10 anos acima da idade mínima estabelecida como critério de inclusão para o estudo. A amostra foi composta por 26 (60,5%) sujeitos do sexo masculino, e 17 (39,5%) do sexo feminino. A escolaridade da população se mostrou baixa (média de 4 anos de estudo). Doze (27,9%) são procedentes da região de Ribeirão Preto, 8 (18,6%) do Estado de São Paulo, 3 (7%) de Ribeirão Preto, 9 (21%) de outros estados, sendo que em 11 (25,6%) prontuários não havia esta informação.

Há um predomínio de 23 (53,5%) idosos casados. Dos 43 idosos pesquisados, apenas 7 (16,3%) possuem algum tipo de atividade remunerada além da aposentadoria, dentre elas o artesanato e o comércio. A aposentadoria por tempo de serviço esteve presente em 12 dos idosos do sexo

masculino, e aposentadoria por pensão ocorreu em 12 entre os idosos do sexo feminino, com frequência de 27,9% para ambos os sexos. Em relação à data da aposentadoria somente 10 (23,3%) dos idosos conseguiram recordar o ano no qual se aposentaram.

Dez (23,3%) idosos participam de algum tipo de grupo comunitário, sendo que 9 (20,9%) participa de grupo religioso e 1 (2,3%) em uma cooperativa. Quanto ao convênio de saúde privado, 11 (25,6%) idosos fazem o uso deste, sendo que 3 (6,97%) realizam o acompanhamento tanto no Núcleo de Saúde da Família quanto no convênio. Dos idosos que não possuem convênio, 17 (39,5%) fazem acompanhamento junto ao NSF, 13 (30,2%) fazem acompanhamento no CSE-FMRP-USP (serviço de caráter secundário), e 13 (30,2%) não fazem nenhum acompanhamento para o controle do Diabetes.

Em relação à procura pelos serviços de saúde, não foram obtidos registros acerca da frequência no NSF e de

Internações Hospitalares. Um idoso (2,3%) frequentou o ambulatório especializado terciário, 19 (44,2%) idosos frequentaram o ambulatório especializado secundário e 27 (62,79%) procuraram o serviço de Pronto-Atendimento durante o ano.

Onze (25,6%) idosos têm o Diabetes tipo 2 há mais de 15 anos, sendo que 8 (18,6%) idosos apresentam algum tipo de seqüela. Quanto ao tipo de tratamento, 26 (60,5%) idosos referiram o uso de hipoglicemiantes orais.

O valor médio da glicemia do grupo é de 141 mg/dl. A pressão arterial teve um valor médio de 130x80 mmHg. O Índice de Massa Corporal (IMC) apresentou média de 28,600 kg/m², e variou entre o mínimo de 50,600 a 93,100 quilos, com média de 78,100 quilos. Segue uma tabela com os valores de Pressão Arterial apresentados na pesquisa, frente ao preconizado pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial em 2006⁽¹⁴⁾:

Tabela 1 - Valores de pressão arterial entre idosos aposentados com Diabetes tipo 2 acompanhados por um Núcleo de Saúde da Família - Ribeirão Preto - 2007

Classificação segundo V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006)	Valores apresentados no estudo	Frequência
Pressão Arterial Ótima	80x60 mmHg – 120x80 mmHg	11
Pressão Arterial Normal/Límitrofe	120x90 mmHg – 130x90 mmHg	11
Hipertensão Estágio I	140x60 mmHg – 150x90 mmHg	10
Hipertensão Estágio II	160x90 mmHg – 170x100 mmHg	2
Hipertensão Estágio III	180x100 mmHg – 190x100 mmHg	3
Total		37

Fonte: Prontuários (2007).

Com base nos resultados apresentados acima, pôde-se identificar que 11 (25,6%) dos idosos apresentaram Pressão Arterial dentro do denominado ótimo pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). Outros 11 (25,6%) destes apresentaram valores dentro do normal e límitrofe. Dez (23,3%), apresentaram o que é classificado como Hipertensão estágio I, 2 (4,7%), valores referentes à Hipertensão estágio II, e 3 (6,9%) Hipertensão estágio III. Face ao exposto, 15 idosos apresentam quadro de Hipertensão Arterial Sistêmica entre estágio I e III. Dos 43 idosos cujos prontuários foram consultados, em 6 (14,1%), esta informação não estava presente.

A Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) apresentou média de 8,20. Valores relacionados aos níveis de colesterol mostraram média de 188,63 mg/dl para o colesterol total; 130,74 mg/dl para o colesterol LDL; e 49,8 mg/dl para o colesterol HDL.

Quanto à presença de fatores de risco, 5 (11,63%) entrevistados faziam uso de tabaco e este hábito apresentou duração média de 56,6 anos. O consumo do álcool foi relatado por 3 (7,0%) idosos e 19 (44,2%) referiram consumir álcool socialmente, sendo que o mesmo número relatou não consumir bebidas alcoólicas. Nenhum dos entrevistados referiu o consumo exclusivo de destilados, tendo des-

taque o consumo de fermentados e associação de destilados e fermentados.

Dentre os 18 (41,86%) idosos que referiram praticar atividade física, 14 (32,6%) deles a executam três ou mais vezes por semana com duração média de 36 minutos/dia e com intensidade de baixa a moderada. Dois (4,7%) idosos relataram praticar atividade física duas vezes por semana e 2 (4,7%) relataram realizar até três vezes por semana. Apenas um idoso (2,3%) referiu realizar atividade física junto ao Programa de Integração Comunitária (PIC) da Secretaria Municipal de Saúde, que oferece atividade física orientada e supervisionada gratuitamente na área em que esses idosos estão inseridos.

As orientações sobre dieta foram realizadas pelo médico para 29 (67,4%) dos idosos da amostra, 9 (20,9%) relataram ter recebido orientações concomitantes do médico e nutricionista, 2 (4,7%) disseram ter recebido somente do nutricionista e 2 (4,7%) relataram ter recebido orientação de outro profissional – Enfermeiro ou Agente Comunitário de Saúde, sendo que 1 (2,3%) não soube responder a questão. Dos 43 idosos incluídos na pesquisa, 32 (74,42%) relataram seguir a dieta conforme orientações, sendo que a maior parte deles referiu substituir o açúcar pelo adoçante além de diminuir o consumo de carboidratos.

Tabela 2 - Orientações fornecidas por diferentes profissionais da Equipe de Saúde - Ribeirão Preto - 2007

Profissional	Frequência
Médico	29
Médico e Nutricionista	9
Nutricionista	2
Enfermeiro ou Agente Comunitário de Saúde	2

Fonte: Idosos com Diabetes (2007).

Vinte e um (50%) dos idosos envolvidos na pesquisa têm algum tipo de co-morbidade, sendo que 8 (18,6%) dos 43 idosos apresentavam alguma complicação relacionada ao Diabetes tipo 2. Dentre as co-morbidades estiveram presentes a Hipertensão Arterial Sistêmica, em 15 (34,9%) dos idosos (de acordo com valores do V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - Pressão Arterial Sistólica maior que 140 mmHg e Pressão Arterial Diastólica maior que 90 mmHg)⁽¹⁴⁾, e a Dislipidemia em 17 (39,5%). Cinco (11,6%) idosos apresentavam Retinopatia e 4 (9,3%) Nefropatia, sendo que a associação das duas complicações foi presente em 2 (4,7%) idosos, sendo que estas poderiam se apresentar de forma isolada ou concomitantemente, a depender do estágio da doença e de seu controle.

Tabela 3 - Co-morbidades apresentadas por idosos aposentados com Diabetes tipo 2 acompanhados por um Núcleo de Saúde da Família - Ribeirão Preto - 2007

Co-morbidade	Frequência
Hipertensão Arterial Sistêmica	15
Dislipidemia	17
Retinopatia	5
Nefropatia	4
Retinopatia e Nefropatia	2

Fonte: Prontuários (2007).

DISCUSSÃO

Assim como em estudo realizado no mesmo município no período de 2003 a 2005, os achados relacionados à caracterização dos usuários de um serviço de atenção a pacientes com Diabetes foi semelhante. Neste, encontraram-se em sua maioria usuários casados e aposentados. No que se relaciona à educação, a maioria não finalizou a educação primária⁽¹⁵⁾, sendo que no presente estudo, a média de frequência à escola foi de quatro anos. A baixa escolaridade presente no grupo de idosos merece atenção devido à influência que esta pode exercer sobre aspectos como a compreensão e uso correto da terapêutica instituída, das orientações de enfermagem, do seguimento nutricional, do controle glicêmico e outros exames laboratoriais dentre outros que pode influenciar na saúde-doença. Este fator deve ser considerado por ocasião das práticas educacionais, tomada como parte essencial do tratamento e da assistência a usuários com Diabetes e da clínica individual ou grupal, atentando-se para a utilização dos recursos e uso de linguagem adequada.

Cabe destacar que o envelhecimento não altera a capacidade cognitiva do idoso, o que se percebe é que no decorrer dos anos, há declínio na atividade física, olfato, tato, habilidade na fala, não se observando declínio na capacidade de entendimento deste. A internalidade do conhecimento pode ser obtida por meio de adaptações que levem em conta aspectos individuais e o entorno social que vive o idoso. O serviço de saúde deve considerar a necessidade de uma abordagem usuário-centrada, com a promoção da autonomia, oportunidade e tempo, propiciando momentos para a reflexão da experiência como diabético e estimulá-los a participar ativamente por ocasião do diagnóstico e tratamento⁽¹⁶⁾. Estas práticas se aproximam do cotidiano da Estratégia de Saúde da Família, que apresenta como um de seus propósitos a maior aproximação do usuário do serviço e de seu contexto. Neste espaço, as ações de saúde podem ser realizadas tendo em vista o auto-cuidado e a minimização dos riscos que possam resultar em complicações decorrentes do Diabetes, atuando também na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas⁽¹⁵⁾.

Estas ações devem ter como metas prover o controle glicêmico, prevenir complicações decorrentes da cronicidade da doença e prover qualidade de vida com um custo razoável. Para que ações educativas sejam desenvolvidas, faz-se necessário treinamento, conhecimento, metodologias de ensino adequadas, habilidades de comunicação e escuta, bem como compreensão e negociação entre os profissionais que compõem a equipe de saúde⁽¹⁵⁾. Os resultados deste estudo demonstraram pouca participação de outros profissionais que compõem a equipe de saúde em ações educativas e de controle da doença, sendo esta ainda centrada na figura do médico. Como componente da equipe de saúde, o enfermeiro tem como competência planejar, programar e desenvolver ações educativas para esta parcela da população, dado que tem maior domínio e proximidade acerca do entorno social e condições de vida dos usuários, valorizando e colocando-os como agente pró-ativo para a melhora de seu estado de saúde. Além disso, o suporte familiar também deve ser considerado para a prática do cuidado, principalmente no que se relaciona à adequação às mudanças nutricionais que podem acontecer em razão da doença⁽¹⁵⁾.

Em estudo realizado com diferentes grupos de usuários de serviços de saúde, a atenção às respostas emocionais decorrentes do advento da doença é vista como fator importante para a efetividade das ações desenvolvidas pela equipe de saúde. Por se tratar de uma doença crônica, ocorre um grande choque no momento de seu diagnóstico, bem como grande incerteza com relação à convivência com o Diabetes. Assim como no presente estudo, identificou-se nesse também que as principais mudanças que ocorreram por conta da doença foram as relacionadas à alimentação e à realização de atividades físicas, adotando-se também a caminhada como principal modalidade⁽¹⁷⁾.

A aposentadoria por tempo de serviço foi encontrada em 12 (27,9%) dos idosos e demonstrou que a presença de uma condição crônica parece não ter sido um fator limitante

para o desenvolvimento de suas funções no trabalho. Esta condição poderia, inclusive, se apresentar como momento oportuno para realização de caminhadas e modificação na dinâmica de vida, adotando-se práticas mais saudáveis que culminariam com o controle adequado da doença.

A participação pequena desses idosos em grupos comunitários revelou a necessidade de um maior enfoque em relação aos benefícios que essas atividades podem proporcionar, pois um grupo pode atuar nas dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença e ao envelhecimento saudável, sendo compreendida e vivenciada, rompendo com a representação social da doença como fatalidade e estabelecendo um vínculo em torno do qual poderá ser constituída a tarefa de promoção da saúde⁽¹⁸⁾.

Em relação ao seguimento no convênio e no NSF de forma concomitante verificou-se que este contexto parece estar relacionado à gratuidade da terapêutica medicamentosa e pela proximidade geográfica do serviço público de saúde de sua residência, levando-nos a supor que este fato é circunstanciado pelo baixo poder aquisitivo desta população e dificuldade de acessar serviços de saúde distantes de sua moradia.

A média do IMC encontrada no grupo de idosos desta pesquisa se enquadra na classe do sobrepeso de acordo com a Organização Mundial da Saúde em 1998, o que requer atenção da equipe multidisciplinar sobre a alimentação e hábitos de vida adotados, atentando-se também às alterações metabólicas que essa faixa etária pode apresentar. O valor do colesterol LDL estava acima do normal, com média de 117,9 mg/dl frente aos 100 mg/dl preconizados⁽¹⁹⁾.

Identificou-se que parte importante do grupo de idosos busca o serviço de Pronto-Atendimento, fato preocupante dado que o Diabetes é uma doença crônica que exige um acompanhamento contínuo e ao longo do tempo. A procura pelo Pronto-Atendimento parece estar mais relacionada aos eventos de agudização ocasionados pelo inadequado controle glicêmico e pela administração da insulina, quando em uso. Um fator limitante para esta análise consistiu na ausência de informações sobre a frequência dos usuários nos serviços de saúde, fato que permitiria uma melhor exploração e discussão acerca deste aspecto. A maior recorrência junto ao ambulatório especializado secundário e pelo Pronto-Atendimento é possivelmente decorrente da facilidade de acesso e proximidade geográfica junto ao NSF ou pela falta do acesso no mesmo. Cabe também destacar a importância dos registros nos Sistemas de Informação em Saúde para que possam ser avaliados os distintos níveis de atenção em saúde (primário, secundário e terciário) e sua repercussão no controle do Diabetes, possibilitando assim melhor planejamento na oferta da atenção em saúde, bem como maior resolubilidade da assistência.

A atividade física realizada pela maioria dos idosos é sem orientação ou supervisão e se caracteriza pela predominância da realização de caminhadas. Este fato chama a atenção na medida em que na área de atuação desta equipe de saúde existe um Programa de Integração Comunitária

(PIC), que oferece atividade física orientada e supervisionada, sendo na população do estudo apenas 1 (2,3%) freqüente aquele programa. Este fato demonstra a necessidade de outras investigações que visem compreender o porquê da baixa participação nas atividades propostas, bem como sobre os possíveis fatores que interferiram nesta.

Os benefícios à saúde para portadores de Diabetes ocorrem mesmo quando a prática de atividade física se inicia em uma fase tardia da vida, atuando sobre a perda de peso, diminuição do risco para o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares, aumento na capacidade da função motora, além de benefícios nutricionais e melhora no padrão do sono. Ainda há relatos de melhora dos níveis glicêmicos e da Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)⁽²⁰⁾. A HbA1c, por sua vez, apresenta-se como parâmetro de grande importância para o controle de complicações decorrentes do Diabetes. Estudo realizado no Reino Unido demonstrou que seus níveis são intimamente relacionados ao desenvolvimento de retinopatia diabética, evento que resulta em grande limitação na realização de atividades da vida diária e leva a uma grande perda da qualidade de vida do indivíduo com Diabetes⁽²¹⁾. Neste, encontrou-se também o fato de que um controle deficiente da doença é mais sugestivo para o desenvolvimento desta complicação, sendo o tempo de doença e o nível de HbA1c fatores preponderantes para a diminuição do risco de seu desenvolvimento, principalmente em pacientes que não são insulino-dependentes. Níveis maiores que 6,9% de HbA1c e mais de quatro anos com a doença configuram-se como riscos para a ocorrência desta e de outras complicações relacionadas ao diabetes, levando-nos assim à necessidade de demandar maior atenção à população estudada no que se relaciona a estes fatores⁽²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se neste estudo que a população, composta de portadores de Diabetes e aposentados, apresentou uma média de idade bastante elevada, fator que pode ter refletido na baixa adesão aos grupos comunitários e às práticas de atividade física, componentes essenciais do plano terapêutico. Mostra-se preocupante o relato de que muitos realizam algum tipo de atividade corporal sem orientação ou supervisão de profissionais da saúde.

A prática da atividade física figura como benéfica para a diminuição das variáveis clínicas em geral, especialmente os níveis glicêmicos e IMC, além de compor o plano terapêutico e propiciar maior convívio social. Além deste, outro fator preocupante é o não seguimento a uma dieta adequada, o que pode contribuir para as dificuldades no controle e monitoramento do Diabetes.

O novo modelo de saúde para condições crônicas compreende uma estrutura que deve incluir uma parceria entre pacientes, familiares, equipes de saúde, instituições e a comunidade, auxiliando na prevenção e contingenciamento de agravos das condições crônicas. Com um maior monitoramento do Diabetes através da atenção básica à saúde, espera-se que seja

proporcionada uma melhora da prática clínica corroborando para uma melhor qualidade de vida a esta população.

Concluimos, assim, que além da atenção aos aspectos técnicos da doença, tais como a manutenção dos níveis glicêmicos, de HbA1c dentro dos padrões de normalidade e do monitoramento de complicações decorrentes da doença, as ações realizadas pela equipe de saúde devem também se pautar nos aspectos emocionais decorrentes da doença. Deve se ter maior compreensão acerca da repercussão de uma doença crônica para o próprio doente e tam-

bém para sua família, para que assim seja planejado um plano de cuidados individual e efetivo para o controle da doença e a minimização das seqüelas decorrentes desta. Além do planejamento de um plano de cuidados individualizado e pautado no contexto de vida do doente, este também deve integrar os familiares, que se apresentam como peça chave para a adesão ao tratamento e controle efetivo da doença. Somente de forma conjunta e articulada (doentes, familiares e equipe multidisciplinar) é que se pode pensar no controle adequado e na melhor qualidade de vida de idosos portadores de Diabetes tipo 2.

REFERÊNCIAS

1. Laurindo MC, Recco DC, Roberti DB, Rodrigues CDS. Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(2):80-4.
2. Farinasso ALC. Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
3. Protti ST. A saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa de Saúde da Família. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília; 2003.
5. Barbosa GR. Atividade física e doença arterial coronariana: revisando a literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
6. American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2008;31 Suppl 1:S55-60.
7. Mancini MC, Medeiros MMA. Diabetes mellitus. *Rev Bras Med*. 2003;60(n.esp):41-54.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Fatores biológicos ou genéticos [texto na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2006 nov. 11]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23264
9. Brasil. Ministério da Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso. Guia Operacional e Portarias Relacionadas [texto na Internet]. Brasília; 2002. [citado 2006 nov. 11]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/redes_estaduais_idoso.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde lança campanha de prevenção à hipertensão e outras doenças crônicas [texto na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2006 nov. 11]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=20912.
11. Torquato MTCG, Montenegro RM, Viana LAL, Souza RAHG, Lanna JCB, Durin CB, ET al. Prevalência do diabetes mellitus: diminuição da tolerância à glicose e fatores de risco cardiovascular em uma população urbana adulta de Ribeirão Preto. *Diabetes Clin*. 2001; 5(3):183-9.
12. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro Sobre Diabetes. Diagnóstico e classificação do diabetes e tratamento do Diabetes tipo 2 [texto na Internet]. [citado 2009 jan. 29]. Disponível em: www.diabetes.org.br/educacao/docs/consenso_atual_2002.pdf
13. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Prestação de contas: exercício 2007 – consolidado [texto na Internet]. Ribeirão Preto; 2008. [citado 2009 jan. 29]. Disponível em: www.ribeiraopreto.sp.gov.br
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Diagnóstico e classificação. São Paulo: SBC; 2006.
15. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. *Rev Lat Am Enferm*. 2008; 16(2):231-7.
16. Tavares DMS, Rodrigues RAP. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(1):88-96.
17. Furler J, Walker C, Blackberry I, Dunning T, Sulaiman N, Dunbar J, et al. The emotional context of self-management in chronic illness: a qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:214.
18. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social entre idosos brasileiros: Um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):745-57.
19. Zanetti ML. O cuidado com a pessoa diabética no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.
20. Caromano FA, Ide MR, Kerbauy RR. Manutenção na prática de exercícios por idosos. *Rev Depart Psicol UFF*. 2006;18(2):177-92.
21. Saum SL, Thomas E, Lewis AM, Croft PR. The effect of diabetic control on the incidence of, and changes in, retinopathy in type 2 non-insulin dependent diabetic patients. *Br J General Pract*. 2002;52(2):214-6.