

DIABETES MELLITUS: O papel da família nos cuidados ao idoso no ambiente domiciliar

Maria Angélica Palmeira da Rocha¹
Josiane Costa e Silva²
Maria Janine Pereira Fernandes³
Maria Monica Fonsêca da Silva⁴
Maria Zélia Araújo⁵

RESUMO

Objetivo: Identificar o papel da família no cuidado domiciliar ao idoso com diabetes mellitus. **Metodologia:** Estudo de campo, exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada nas residências de idosos portadores de diabetes mellitus (DM), que tinham assistência domiciliar pela família no município de Campina Grande, em maio de 2018. Foram incluídos familiares que dão suporte assistencial aos idosos portadores de DM, usuários dos serviços de saúde da UBSF Conceição (Rosa Mistica), distrito três, em Campina Grande-PB. Foram excluídas os familiares de pacientes diagnosticados a menos de 3 meses. Para a análise dos resultados utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin. O estudo recebeu CAAE: 87378118.0.0000.5187 e aprovação em 20 de abril de 2018. **Resultados:** Na pesquisa percebeu-se que os cuidadores têm conhecimento da doença; das limitações que ela traz para o idoso; da necessidade de um planejamento para a promoção da saúde dele diante da patologia ministrando os “medicamentos no horário certo” representando 58%; “alimentação certa” 42%; “caminhada” realizada pelo idoso, 37% e 37% a realização de “exercício físico”; quanto ao cuidador enfrentar dificuldades ao procurar os profissionais das UBSF’s, 52% são bem atendidos ao procura a assistência nas UBSF’s; quanto as dificuldades no ambiente familiar, os cuidadores destacaram a teimosia do idoso em querer realizar atividades que não tem forças suficiente para executar, dentre outras ações. **Conclusão:** Com o estudo foi possibilitado conhecimentos práticos e científicos aos cuidadores para garantir uma melhor qualidade de vida para o idoso e facilitar os cuidados dos familiares no ambiente domiciliar.

Palavras-chave: Idoso. Diabetes Mellitus. Doença Crônica.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional provocado pela redução da mortalidade, queda na fecundidade e o aumento da expectativa de vida, nos coloca diante de novos desafios, que exigem respostas urgentes. Para isso, é indispensável que haja uma organização

¹Graduada do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unesc Faculdades-FAC/CG. agiangelica@hotmail.com

² Mestre em Recursos Naturais – UFCG, Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unesc Faculdades-FAC/CG. josiane_gcs@hotmail.com;

³ Mestre em Saúde Pública e Gestão Hospitalar. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unesc Faculdades-FAC/CG, nine_pfernande@hotmail.com;

⁴ Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unesc Faculdades-FAC/CG. [fonsecamoniam_@hotmail.com](mailto:fonsecamonicam_@hotmail.com);

⁵Mestre em Sociologia. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unesc Faculdades-FAC/CG. Zelinha_araujo@hotmail.com.

da prestação de serviços de saúde adequado à população idosa, contribuindo para o desenvolvimento de ações educativas, estratégias de prevenção, controle dos principais agravos, medidas de reabilitação e incentivo à participação ativa na melhoria da qualidade de vida (ROCHA, et al., 2017).

O Estatuto do Idoso dispõe a população idosa o direito assegurado à atenção integral de sua saúde por meio do Sistema Único de Saúde – SUS e este deverá garantir o acesso universal e igualitário, promovendo ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (FERREIRA, et al., 2017).

O profissional de saúde que se propõe a atuar na Atenção Primária de Saúde (APS), na condição de integrante de uma equipe multiprofissional, deve se preparar, desde a Graduação, para lidar com a mudança do perfil da população que busca o serviço, com uma presença crescente de idosos. Pode-se inferir que, para aprimorar uma assistência com qualidade e efetividade, conforme proposto pelo Estatuto do Idoso e pelas políticas o acolhimento e a humanização é um direito garantido ao idoso em qualquer ambiente seja de saúde, lazer ou domiciliar (FERREIRA, et al., 2017).

Nos últimos tempos o envelhecimento da população mundial acontece de forma rápida, em especial nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Na medida em que cresce a população idosa, aumenta a prevalência de doenças crônicas, e com isso a morbidade e mortalidade no mundo. Entre estas doenças está o Diabetes Mellitus (DM) que acontece quando o organismo não consegue usar adequadamente a insulina que produz ou não produz insulina suficiente para suprir as necessidades do organismo (SILVA; BRANDÃO; LIMA, 2017).

O Diabetes Mellitus (DM) é uma condição crônica, caracterizada por hiperglicemia relacionada à deficiência de insulina, com isso eleva os riscos de danos micro e macrovasculares nos portadores, causando redução da expectativa e da qualidade de vida. Sendo que considerando o aceleração do ritmo de envelhecimento populacional é notável o aumento de mortalidade pela doença, especialmente entre os idosos em função da vulnerabilidade criada pelos efeitos do estilo de vida inadequado (CAROLINO, et al., 2008).

O envelhecimento e a velhice, portanto, têm se tornado um grande desafio para o sistema de saúde, um idoso doente promove aumento de internações e reinternações, separação do ambiente familiar e dificuldade para ter um familiar como acompanhante neste período, além de riscos como infecções hospitalares. Com isso os gastos públicos são grandes, sendo assim o presidente pela responsabilidade de aumentar as potencialidades de saúde dos

idosos em níveis que lhes permitam conservarem-se no contexto familiar com autonomia, autoestima e qualidade de vida, ao sistema de saúde coube criar alternativas para essas situações (LIMA, et al., 2016).

A humanização depende diretamente da capacidade de falar e ouvir das pessoas envolvidas no processo, se refere também ao atendimento das demandas biopsicossociais e espirituais dos indivíduos, tanto do profissional, quanto do próprio idoso. Portanto, para que haja harmonia nas relações, é imprescindível a existência do diálogo de uma forma de comunicação que viabilize as relações e interações entre as pessoas. Esta perspectiva se apoia na diretriz da Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), onde define saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente ausência de doença ou enfermidade”. Com esta definição a OMS amplia o modelo estritamente biomédico de saúde para um modelo mais abrangente, partindo da possibilidade de se colocar no lugar de outro que, por vezes vulnerável, encontrará na assistência suporte para enfrentar seus desafios (OLIVEIRA; CONCONE; SOUZA, 2016).

O objetivo da pesquisa é identificar o papel da família no cuidado ao idoso com diabetes mellitus e foi norteada pela seguinte questão de pesquisa: Diante dos desafios que o diabetes mellitus traz para saúde do idoso, como a família desenvolve seu papel para cuidar do mesmo no ambiente domiciliar?

METODOLOGIA

O estudo foi de campo, exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. O estudo exploratório é caracterizado pela investigação, permitindo um amplo e pormenorizado conhecimento da realidade e dos fenômenos pesquisados. Os estudos descritivos têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. A abordagem qualitativa trabalha os dados buscando seus significados, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto (GIL, 2002).

A presente pesquisa foi realizada nas residências de idosos portadores de DM, que tem assistência domiciliar pela família no município de Campina Grande, Conforme o Censo do IBGE de 2010 a população de Campina Grande, PB era composta por 182.205 homens e 203.008 homens, e, em 2017, o mesmo órgão apresentou que a população estimada era de

410.332 habitantes. A área em km² de Campina Grande, PB é de 594.182, representando 1,05% da área total do estado de Paraíba. A pesquisa aconteceu em maio de 2018.

A população foi composta por familiares que prestam assistência domiciliar a idosos portador de DM, idosos esses que utilizaram os serviços de saúde da UBSF Conceição (Rosa Mística), distrito três, município de Campina Grande-PB. A amostra correspondeu a 19 membros do grupo familiar, acompanhantes/cuidador de idosos.

Foram incluídos todos os familiares que dão suporte assistencial a idosos portadores de diabetes mellitus, que são usuários dos serviços de saúde da UBSF Conceição (Rosa Mística), distrito três, município de Campina Grande-PB e que assinarem o TCLE. Foram excluídos os familiares de pacientes diagnosticado a menos de três meses e os que não assinarem o TCLE.

Foi elaborado um formulário semiestruturado com variáveis que atendessem aos objetivos da pesquisa. O mesmo foi formado por sete perguntas abertas no qual se buscou entender o papel da família nos cuidados ao idoso diabético no ambiente familiar.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética para apreciação e liberação do estudo, em seguida o pesquisador realizou as entrevistas na comunidade, a medida que se identificou informando à instituição que faz parte, e apresentou o tema da pesquisa após a aceitação dos entrevistados, os mesmos foram informados sobre o termo TCLE. O período médio estimado foi de 30 minutos, deixando-o ciente que o mesmo poderia interromper a pesquisa, cabendo marcar data e horário que tivesse disponibilidade. Durante a pesquisa o material usado foi caneta esferográfica azul ou preta, formulário e o termo, o pesquisador esteve ciente que até cinco anos seu formulário estará arquivado para que em alguma situação que o venha achar inoportuno peça o cancelamento de suas informações, sendo assim ao concluir as respostas o pesquisador conferiu o preenchimento do formulário para saber se não ficaram questões sem respostas e finalizou a coleta agradecendo aos entrevistados. Os contatos e endereços foram fornecidos pela equipe da Estratégia Saúde da Família.

A análise de dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo é uma técnica refinada, utiliza procedimentos organizados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, objetivando a identificação do que está sendo dito a respeito de determinado tema. A técnica de análise de conteúdo se compõe de três grandes etapas: a primeira fase: pré-análise (organização); segunda fase: a exploração do material (etapa dos dados registrados) terceira fase: o tratamento dos resultados e interpretação, que terá a classificação dos elementos e suas diferenças e semelhanças (BARDIN, 2015 e 2004).

O presente estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, obedecendo a Resolução 466/12 que regulamenta pesquisa com seres humanos e direciona seu foco ao âmbito biótico dos estudos, ao enfatizar a necessidade de valorizar o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas envolvendo seres humanos; o desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico; e que todo o progresso e seu avanço devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano. O município autorizou a pesquisa mediante o Termo de Concessão e a pesquisa só foi iniciada após aprovação do CEP.

O estudo foi levado para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre Ética em Pesquisas que envolvem Seres Humanos. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e o pesquisador aguardou o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa o qual recebeu CAAE: 87378118.0.0000.5187e foi aprovado em 20 de abril de 2018. A pesquisa teve início após emissão do Parecer do Comitê de Ética efetivando a sua aprovação.

DESENVOLVIMENTO

DIABETES MELLITUS VERSUS TERCEIRA IDADE

Alterações fisiológicas na terceira idade

As alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento são extensas, mas incluem uma redução lenta e gradual do bom funcionamento do corpo. Essas alterações quando associadas a algum fator genético e/ou ambiental, proporcionam ao idoso o desenvolvimento de patologias recorrentes e outras manifestações clínicas, que lhes conferem inúmeros prejuízos à saúde. Dentre as patologias que mais acometem a população idosa, as doenças crônicas se destacam, dentre elas pode-se citar o Diabetes Mellitus (MEDEIROS et al., 2014).

Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que afeta aproximadamente 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos. A hiperglicemia persistente em característica da

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

doença, atinge de forma significativa os indivíduos, exigindo alterações importantes em seus estilos de vida. Pacientes com diabetes necessitam modificar hábitos alimentares e aderir a esquemas terapêuticos restritivos, tais como aplicações regulares de insulina e monitorização glicêmica diária. Além disso, estes pacientes devem lidar com o fato de ter que conviver durante toda a vida com uma doença que é responsável por complicações clínicas que prejudicam a saúde do indivíduo. Todas essas variáveis poderiam repercutir no estado de humor dos pacientes diabéticos (CÂNDIDO, et al., 2017).

O Diabetes Mellitus (DM) tipo II é compreendido como uma doença crônica em expansão, que provoca alterações na vida cotidiana dos indivíduos, ocasionando sofrimento psicológico e forte impacto familiar e social. Caracteriza-se pelo aumento dos níveis de glicose no sangue e os principais sintomas estão relacionados ao aumento da sede, fome e micção, perda repentina de peso, formigamentos nas mãos e pés, cansaço, entre outros. Além disso, a DM tipo II é responsável por 90% a 95% dos diagnósticos, considerando-se a mais comum entre as DM, apresentando como fatores de riscos a obesidade, idade avançada, histórico familiar e sedentarismo (GARCIA, et al., 2017).

Tratamento do Diabetes Mellitus

O tratamento envolve a aceitação da doença, apoio social e familiar, bem como cautela quanto à adesão medicamentosa e não medicamentosa. Na maioria dos casos, as pessoas com DM tipo II necessitam utilizar medicamentos por via oral, injetáveis ou a combinação de ambos, em vista do controle dos níveis de glicose presentes no sangue, caracterizando o tratamento medicamentoso; já o tratamento não medicamentoso está relacionado à associação do controle da glicose no sangue, realização de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis, entretanto, tendo em vista que o DM tipo II é caracterizado como uma doença progressiva, o tratamento farmacológico é imprescindível para o controle glicêmico e prevenção de possíveis complicações da doença (GARCIA, et al., 2017).

O diabetes em idosos está relacionado a um risco maior de morte prematura, a maior associação com outras morbidades e, principalmente, com as grandes síndromes geriátricas, sendo importante destacar os prejuízos em relação à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, o que a configura como uma doença de alto impacto, com repercussões sobre o sistema de saúde, família e o próprio idoso acometido. Representa uma doença altamente limitante, tendo como consequências em longo prazo, danos, disfunção e falência

de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (SOUZA et al., 2017).

As pessoas com diabetes têm maior risco de hipertensão arterial, doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral, podendo, ainda, desenvolver neuropatia, atrofia e disfunção autonômica, inclusive sexual, as quais acometem mais frequentemente os idosos. Além disso, o idoso diabético, quando comparado ao não diabético, está mais sujeito a ser bastante medicado, apresentar perdas funcionais (dificuldade de locomoção, por exemplo), problemas cognitivos, depressão, quedas e fraturas, incontinência urinária e dores crônicas, devendo, portanto, ser tratado de forma individualizada (RAMOS, et al., 2017).

A adesão terapêutica para tratamento de diabetes mellitus é muito complexa e depende de múltiplos fatores. Por exemplo, a questão financeira, informações acerca da DM, escolaridade e a não ocorrência dos sintomas da patologia interferem consideravelmente. Além disso, a maior parte dos portadores são idosos, e existe uma gama de medicamentos que este público administra para outras co-morbidades e isso dificulta a aceitação de mais uma terapia medicamentosa para o manejo do tratamento (DUARTE; et al., 2013).

O envelhecimento e a velhice, portanto, têm se tornado um grande desafio para o Sistema de Saúde no que concerne ao idoso doente por promover o aumento de internações e reinternações, separação do ambiente familiar e dificuldade para ter um familiar como acompanhante neste período, além de riscos como infecções hospitalares. Com isso os gastos públicos são grandes, sendo assim o presidente pela responsabilidade de aumentar as potencialidades de saúde dos idosos em níveis que lhes permitam conservarem-se no contexto familiar com autonomia, autoestima e qualidade de vida, ao sistema de saúde coube criar alternativas para essas situações (LIMA, et al., 2016).

Os riscos da falta de cuidado associado ao portador de DM é muito grave pois o idoso naturalmente já tem suas limitações e portando tal patologia associada a estas limitações aumentam, pois vem os agravos decorrente do problema de saúde que afetam muitos órgãos e podem levar da cegueira ao óbito. O cuidado domiciliar é muito importante na prevenção destes agravos, para o cuidador os obstáculos são grandes, mas os profissionais da UBS tem um papel primordial na assistência ao idoso portador de DM como também no apoio ao cuidador e/ou familiar (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011).

Estresse crônico, depressão e ansiedade, decorrentes do cuidado diário ofertado a um idoso dependente, podem contribuir para o prejuízo da saúde e do bem-estar do cuidador. O comprometimento na saúde pode exercer um risco sobre a qualidade dos cuidados prestados

ao outro e a si mesmo. Os cuidadores, especialmente mulheres e cônjuges, têm níveis mais elevados de depressão e sobrecarga advindos ao compromisso de cuidar e níveis mais baixos de bem-estar subjetivo e saúde percebida. Esses cuidadores na maioria das vezes desenvolvem problemas de comportamento nos receptores de cuidado, provém da quantidade de horas de cuidado e de atribuições. As queixas de saúde mais frequentes entre os cuidadores são dor, hipertensão arterial sistêmica, problemas de coluna, insônia e problemas na visão. Outras queixas de morbidades como anemia, audição prejudicada, câncer, constipação, hipotireoidismo, incontinência urinária/fecal, obesidade, osteoporose e problemas pulmonares estudos afirmam estes fatores (SANTOS; KOETZ, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados seguindo-se os modelos de pesquisa que trabalham com dados qualitativos, os quais se apresentam os elementos que compuseram o instrumento de coleta de dados, neste caso, cada um dos itens que fizeram parte do roteiro da pesquisa com as devidas colocações dos pesquisados para posterior análise, seguindo-se o modelo de análise de conteúdo apresentado por Bardin (2015).

Para tanto se inicia a apresentação dos resultados com o levantamento das questões abordadas com os sujeitos sociais envolvidos na pesquisa que trata do papel da família nos cuidados ao idoso acometido com diabetes mellitus no ambiente domiciliar analisando os registros das indagações feitas a cada um dos cuidadores, levando em consideração a análise de conteúdo de cada um dos pesquisados.

Foram entrevistados 19 cuidadores, predominando sexo feminino, estado civil solteiro, mas também havia casados, principalmente dentro dos cuidadores que se encontram no seio familiar. A escolaridade deles variou entre conhecimento do nível fundamental, ensino médio e superior, tempo de exercício da função maior que 12 meses, em sua abrangência cuidadores informais e com vínculo de parentesco com o idoso. Os cuidadores reconheceram que é importante a presença de um cuidador e consideraram o idoso sob seu cuidado como saudável, em relação a ser um portador de uma doença crônica.

O cuidador tem conhecimento sobre o Diabetes Mellitus

Em busca desse tipo de conhecimento junto ao cuidador do idoso obtiveram-se com os 19 participantes da pesquisa os seguintes resultados:

- “Sim é uma doença que não tem cura, mas tem controle”. C1
- “Sim, é uma doença que tira tudo que eu gosto de comer que pode prejudicar a minha saúde”. C7
- “Sim, porque ela transmite várias doenças como problema de rins, cegueira, pressão etc.”. C9
- “Sim, é uma doença ruim e me priva de comer de tudo”. C12
- “Sim, restrição de açúcar e massa a pessoa vive num regime constante”. C13
- “Uma doença crônica”. C14
- “É uma doença crônica que ataca a vista”. C15
- “Sim, doença silenciosa com vários agravantes”. C16
- “É um desequilíbrio total na vida da pessoa”. C17
- “Uma doença que não controlada pode levar a amputação e morte”. C18
- “Sim, uma doença crônica, pode ser hereditária ou não”. C19

Interpretando cada um dos discursos registrados pelos participantes da pesquisa tem-se entre eles, sete que disseram sim e comentaram a indagação. Um que apenas disse sim e não fez nenhum comentário e os demais apenas comentaram a indagação sem dizer sim ou não. Analisando cada registro têm-se, entre eles, aqueles que destacaram que conhecem a doença, os quais compreenderam 14 participantes, a saber: do C1 ao C7; C9; C12; C14 a C16; C18 e C19. No tocante a doença eles classificaram como: doença sem cura (duas pessoas); doença que não pode comer açúcar; doença difícil; doença que o paciente não produz insulina; doença muito grave; doença que prejudica a saúde; doença que transmite várias doenças; doença ruim; doença crônica (três pessoas); doença silenciosa e doença que não tem controle, o que para os pesquisados ela é vista como algo que não somente prejudica a qualidade de vida daquele que é acometido por ela, mas que soa mal comentar sobre a mesma o que é ratificada com as arguições de Medeiros et al. (2014) ao destacar que as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento são extensas, mas incluem uma redução lenta e gradual do bom funcionamento do corpo. Dentre as patologias que mais acometem a população idosa, têm-se as doenças crônicas e dentre elas destaca-se o diabetes mellitus que atingi, hoje, boa parte da população, principalmente os idosos. Além do que já fora destacado ainda vale notificar que os pesquisados C2 e C13 enfocaram a questão da restrição do açúcar, elemento comum nos hábitos alimentares do povo brasileiro.

Embora, só tenha sido citada por C9 a questão do problema dos rins e da cegueira, mas são questões que se deve levar em consideração por serem sequelas que poderão acontecer com os pacientes que não seguem as recomendações médicas que vão desde a alimentação, caminhadas, exercícios físicos, entre outros aspectos, e principalmente tomar a medicação de

forma correta seguindo os horários de cada medicação. Na argumentação de Souza et al. (2012) eles destacaram que o diabetes em idosos está relacionado a um risco maior de morte prematura, a maior associação com outras morbidades e, principalmente, com as grandes síndromes geriátricas, sendo importante destacar os prejuízos em relação à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, o que a configura como uma doença de alto impacto, com repercussões sobre o sistema de saúde, família e o próprio idoso acometido. Representa uma doença altamente limitante, tendo como consequências em longo prazo, danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos o que foi frisado por C9.

O cuidador conhece as limitações que o diabetes traz para o idoso

No tocante ao conhecimento e as limitações que o diabetes traz para o idoso obteve-se como resultados os seguintes registros:

- “Alimentação adequada, remédio, caminhada”. C1
- “Não sei mais só alimentação restrita”. C3
- “Sim, pois o idoso se não tomar a medicação pode apresentar quadro de hipoglicemia e sofrer consequências graves.” C4
- “Restrição na alimentação e beber bastante água”. C6
- “Sim, principalmente na parte da alimentação e ter cuidados com calçados”. C7
- “Primeiro o açúcar, massas e gorduras” C8
- “Manter o açúcar reduzido e não comer massas”. C10
- “Tem que cuidar da alimentação evitando doces e massas”. C11
- “Atrapalha minha vista, e quando baixa de mais a glicemia”. C14
- “Caminhada e alimentação”. C16
- “Na alimentação”. C17
- “Principalmente na alimentação e em alguns casos nas vidas cotidiano do paciente”. C18

Argumentando os resultados referentes ao conhecimento que o cuidador do idoso acometido com diabetes mellitus verificou-se que foi dado ênfase a alguns termos como “alimentação” que foi citado por oito informantes (C1; C3; C6; C7; C11; C16; C17 e C18); “massas” foram destacadas pelos pesquisados C8; C10; e C11; “remédios ou medicamentos” foram citados por C1 e C4; “hipoglicemia” C4 e C14; e “caminhada” C1 e C16. Esses enfoques merecem destaques porque, realmente, interferem na vida do idoso acometido com o diabetes mellitus, isto dentre outros aspectos o que é verificado na literatura pertinente a exemplo de Cândido, et al., (2017) que ao argumentarem sobre o Diabetes Mellitus (DM) enfatizaram que é uma doença crônica que afeta aproximadamente 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos. A hiperglicemia persistente em característica da doença atinge,

de forma significativa, os indivíduos, exigindo alterações importantes em seus estilos de vida. Pacientes com diabetes necessitam modificar hábitos alimentares e aderir a esquemas terapêuticos restritivos, tais como aplicações regulares de insulina e monitorização glicêmica diária. Além disso, estes pacientes devem lidar com o fato de ter que conviver durante toda a vida com uma doença que é responsável por complicações clínicas que prejudicam a saúde do indivíduo. Todas essas variáveis poderiam repercutir no estado de humor dos pacientes diabéticos o que fora verificado na pesquisa em apreço. Também foi discutida a questão das sequelas gerada pela diabetes na percepção de Campolina; Dini; Ciconelli, (2011) arguindo sobre os riscos provocados no tocante a falta do cuidado associado ao portador de DM ser muito grave, pois o idoso naturalmente já tem suas limitações e portando tal patologia associada a estas limitações aumentam, pois vêm os agravos decorrentes do problema de saúde que afetam muitos órgãos e podem levar da cegueira ao óbito. O cuidado domiciliar é muito importante na prevenção destes agravos, para o cuidador os obstáculos são grandes, mas os profissionais das UBSF's tem um papel primordial na assistência ao idoso portador de DM como também no apoio ao cuidador e/ou familiar.

Planejamento do cuidador referente a promoção a saúde do idoso diante da patologia

No processo do cuidado com o idoso os cuidadores ao argumentarem sobre o planejamento e a promoção a saúde do idoso diante da patologia descreveram o seguinte:

- “Medicamentos no horário correto e tentar seguir as orientações médicas”. C1
- “Medicação na hora certa, caminhar e fazer a dieta de açúcar”. C2
- “Caminhada medicação hora certa”. C3
- “Administração a medicação prescrita, protegendo os membros inferiores de acidentes, cuidando da alimentação”. C4
- “Tomar medicação na hora certa”. C5
- “Caminhada, alimentação, medicação na hora certa”. C7
- “Exercícios, medicamento correto nas horas certas, boa alimentação com verduras e frutas”. C8
- “Fazer exercícios, caminhada etc.”. C9
- “Sim eu caminho e tomo a medicação no horário certo”. C12
- “Toma medicação na hora certa”. C13
- “Mantendo o medicamento no horário certo, mantendo a alimentação adequada”. C15
- “Cuidado com alimentação e horário certo da medicação”. C16
- “Caminhada exercícios, medicação nas horas certas e alimentação de 3 em 3 horas”. C18
- “Acompanhamento médico, dieta, exercícios físico e caminhada”. C19

Fazendo a leitura dos resultados das arguições a respeito do planejamento do cuidador referente à promoção a saúde do idoso diante da patologia pode-se destacar a importância dada a ministração dos “medicamentos no horário certo” o que pode ser visto em C1; C2; C3; C5; C7; C8; C12; C13; C15; C16 e C18, representando 58% dos pesquisados. Outro item destacado foi a “alimentação” correspondendo a 42% dos participantes, a saber: C2; C4; C7; C8; C15; C16; C18 e C19 por considerarem que a alimentação gera uma ação diferencial na arte do cuidado com o idoso. Também foi destacada “caminhada” por C2; C3; C7; C9; C12; C18 e C19, correspondendo a 37% dos participantes. Com o mesmo percentual de 37% dos participantes houve o destaque para a realização de “exercício físico” isto feito por C8; C9; C10; C14; C17; C18 e C19. Apenas C1 e C19 enfatizaram a importância do acompanhamento médico. Na pesquisa de Floriano, et al. (2012, p. 543) relataram em seus resultados que:

O cuidado desenvolvido ao idoso em condição de dependência é uma atividade que leva a mudanças na vida dos cuidadores, o que pode gerar estressores de ordem física, emocional e social. A enfermagem como elemento essencial da Estratégia de Saúde da Família, deve estar atenta às necessidades de saúde dos idosos dependentes, bem como, mais próxima dos cuidadores, no sentido de orientá-los, e acompanhar o cuidado realizado, a fim de oferecer suporte assistencial de forma integral, ou seja, ao idoso e sua família.

O posicionamento de Floriano, et al. (2012) destaca a importância não somente com o idoso, mas também com o cuidador, sua família, principalmente pela Enfermagem que atua na Estratégia de Saúde da Família, o que veio corroborar com o estudo em apreço que foi realizado numa Unidade Básica de Saúde da Família da cidade Campina Grande-PB.

O cuidador pode afirmar se encontra dificuldades ao procurar os profissionais da UBSF onde o idoso é cadastrado

Em se tratando das dificuldades encontradas ou não pelo cuidador do idoso ao procurar os profissionais da UBSF onde o idoso encontra-se cadastrado os pesquisados relataram que:

“Não, sempre que procuro acho atendimento”. C2
“Não, só atendida quando necessário”. C3
“Não, quando procuro sou atendida”. C5
“Não, quando procuro sou bem atendida no Posto e também em casa”. C6
“Não, dentro as dificuldades, sou atendida”. C8
“Não, porém quando procuro sou bem atendida, também sou assistido pela rede particular”. I 12
“Sim, por demorar nos exames”. I 13

- “Não, pois quando procuro eu sou bem recebida”. I 14
- “Não, pois sempre que necessário e tendo sou atendida”. I 15
- “Não, quando procuro sempre é atendido”. I 16
- “Não, qualquer profissional que procurar é bem atendido I 17
- “Não, sempre que busco acho atendimento dentro do possível”. I 18
- “Não, dificuldade para realizar os exames solicitados ou encaminhamento quando necessário”. I 19

Interpretando os relatos registros pelos pesquisados pode-se afirmar que mais de 52% dos cuidadores enfocaram que são bem atendidos ao procura a assistência na UBSF onde o idoso cuidado por ele se encontra cadastrado, o que pode ser visto em C2; C3; C5; C6; C8; C12; C14; C15; C16 e C17, demonstrando que não encontram dificuldades.

Entretanto, houve alguns que arguíram que encontram dificuldades quando se trata de solicitação de exames que são demorados demais (C13 e C19) e outros argumentaram sobre o profissionalismo do médico (C1 e C4) e ainda os que afirmaram que sobre a questão de só ser atendido dentro do possível ou dentro do tempo certo (C9 e C18). Apenas C11 afirmou que não passa por dificuldades uma vez que o idoso que ele cuida tem plano de saúde.

Argumentando com a literatura sobre as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores Araújo et al. (2013, p. 157) em uma pesquisa realizada no Estado do Pará em 2011 que:

A maior parte dos entrevistados referenciou que as principais dificuldades encontradas durante os cuidados com os idosos foram a falta de formação para cuidadores e a falta de paciência. Relataram realizar o trabalho de forma experimental, semelhante à pesquisa de Caldeira e Ribeiro (2004) que ressaltou a complexidade da função e o despreparo dos cuidadores revelados por meio de incertezas e de imprevisibilidades de cuidados, abalando a moral e a crença do cuidador, pois este não sabe se proporciona um cuidado digno ao idoso.

Os pesquisadores supracitados arguíram com precisam a respeito das dificuldades enfrentadas pelos cuidadores que, em parte se assemelham com a pesquisa em apreço, por ser realizada numa Estratégia de Saúde da Família e ser os cuidadores parentes dos idosos cuidados. Entretanto, no que concerne ao relacionamento descrito na pesquisa averiguou-se que os pesquisados afirmaram, em sua maioria ser bem atendido ao recorrer pelo atendimento dos profissionais da UBSF Conceição (Rosa Mística), na cidade de Campina Grande-PB.

Dificuldades que o cuidador encontra para assistir o idoso com DM no ambiente familiar

Buscando conhecer o processo de convivência do cuidador do idoso no ambiente familiar é que indagou a respeito das dificuldades que o cuidador encontra para assistir o idoso com DM no ambiente família e obteve-se dentre as respostas que se trataram das dificuldades encontradas por esses sujeitos sociais as seguintes colocações:

- “Quando o paciente é teimoso, pois dificulta o tratamento”. C2
- “A teimosia para determinada coisa. Ex.: Toma água passeia sozinha”. C3
- “As dificuldades relacionam-se basicamente quanto aos familiares que desconhecemos cuidados com o paciente diabético”. C4
- “Tomar medicação, não segue orientação médica na alimentação”. C6
- “O regime que é rigoroso, alimentação sem açúcar e massas”. C11
- “Teimoso querer comer tudo tenho que está policiando”. C16
- “Na alimentação é mais complicada pois acostumados a comer tudo e de repente ser privado” C18

As dificuldades elencadas teve como proposição mostrar o que o cuidador enfrenta no seu dia a dia ao realizar a arte do cuidar.

Os sentimentos que o cuidador observa no idoso ao ver perder sua autonomia

Quanto aos sentimentos que o cuidador observa no idoso ao ver que estar perdendo sua autonomia, elencou o seguinte:

- “Tristeza, resmungo”. C3
- “Sentimentos de tristeza, vergonha e revolta”. C4
- “Sente-se desgostosa, triste, mas, ao mesmo tempo, fica conformada”. C5
- “Antes ela podia fazer tudo e hoje ela tem limitações com as coisas diárias”. C7
- “Emagrecer, ficar esquecido, nervoso e comer bastante”. C9
- “Só a preocupação da hora das medicações. As atividades diárias normal”. C13
- “É um paciente consciente e não perdeu na autonomia”. C17
- “Tristeza por não pode fazer e comer o que quer”. C18
- “Tristeza”. C19

Dentre os cuidadores pesquisados, eles destacaram os seguintes sentimentos: “autonomia”; “tristeza”; “vergonha”; “desgosto”; “nervosismo” dentre outros sentimento por se configurarem como limitações que os impedem de fazerem determinadas atividades como faziam no vigor da vida por haver um equilíbrio entre as ações físicas e as suas emoções e sentimento, os quais contribuíam para a qualidade de vida e bem-estar social.

Algumas informações que os cuidadores acrescentaram sobre o ato de cuidar do idoso

As pesquisadoras fecharam o instrumento de coleta de dados solicitando aos pesquisados que apresentassem algumas informações sobre o ato de cuidar do idoso, e o resultado foi:

“Não. Está bastante coerente a temática sobre o tema assistido” C1
“Falar mais e sempre desta doença”. C2
“Por mim é um aprendizado cada dia que passa”. C3
“É de fundamental importância para acrescentar ao doente e familiar esclarecimento sobre a importância do conhecimento a respeito da doença diabetes mellitus”. C4
“Não., C5, C9, C16, C17, “Foi suficiente”
“Não era para existir essa doença”
“Sinto falta de palestras e convívio com pessoas de diabetes como exemplo danças como grupo de passeios este ajuda muito”. C8
“Achei tudo em ordem”. C10
“Ok! Foi bom para o esclarecimento”. C11
“Sim, é uma temática boa e oportuna no momento”. C12
“Suficientes às informações para mim” C13
“Não, pois ela aceita tudo no momento” C14
“A diabetes é uma doença que tem que ter muitos cuidados. Ex. Medicamento certo, ir sempre ao médico.”C16
“Não. Para mim foi mais um aprendizado”. C18
“Limite da alimentação”. C19

De acordo com as respostas elencadas pode-se perceber que nove dos cuidadores pesquisados disseram que não tinham nenhuma informação a acrescentar no estudo por considerarem que foi suficiente o que foi indagado e dentre eles, ainda houve aqueles que acrescentaram que o momento de aplicação do instrumento de coleta de dados da pesquisa foi um momento de aprendizado para eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização da pesquisa conclui-se que os objetivos e hipóteses foram alcançados como pode ser observados nos resultados alcançados e nas discussões com os autores que corroboraram com o estudo contribuindo com a cientificidade no construto não somente acadêmico, mas também deixando uma parcela de contribuição para a atuação dos profissionais da enfermagem que exercem suas atividades nas UBSF's ou ESF's e, principalmente dos cuidadores de idosos no ambiente familiar, uma vez que despertou em cada um dos cuidadores pesquisados sobre a patologia e a arte do cuidar:

- 1) No tocante ao cuidador tem conhecimento sobre o diabetes mellitus, boa parte deles afirmou que conhecem a doença, os quais compreenderam 14 participantes, que classificaram a doença como: doença sem cura (duas pessoas); doença que não pode comer

açúcar; doença difícil; doença que o paciente não produz insulina; doença muito grave; doença que prejudica a saúde; doença que transmite várias doenças; doença ruim; doença crônica (três pessoas); doença silenciosa e doença que não tem controle, o que para os pesquisados ela é vista como algo que não somente prejudica a qualidade de vida daquele que é acometido por ela, mas que soa mal comentar sobre a mesma;

- 2) Se o cuidador tinha conhecimento das limitações que o diabetes traz para o idoso que é acometido por ela o que se verificou foi o destaque dado a alguns termos como “alimentação” que foi citado por oito cuidadores (C1; C3; C6; C7; C11; C16; C17 e C18); “massas” por três cuidadores C8; C10; e C11; “remédios ou medicamentos” pelos cuidadores C1 e C4; “hipoglicemia” por C4 e C14; e “caminhada” C1 e C16, entendendo que são limitações que o idoso enfrentam nessa idade e, principalmente se for acometido do diabetes mellitus.
- 3) Em se tratando do planejamento do cuidador referente a promoção a saúde do idoso diante da patologia por ele enfrentada, a grande maioria, declarou que se pode destacar no planejamento a importância dada a ministração dos “medicamentos no horário certo” conforme registro de C1; C2; C3; C5; C7; C8; C12; C13; C15; C16 e C18, representando 58% dos pesquisados; “alimentação certa” correspondendo a 42% dos participantes, por considerarem que a alimentação gera uma ação diferencial na arte do cuidado com o idoso; a “caminhada” realizada pelo idoso, correspondendo a 37% dos participantes e, com o mesmo percentual de 37% dos participantes houve o destaque para a realização de “exercício físico” por proporcionar qualidade de vida ao idoso.
- 4) No que concerne ao cuidador poder afirmar se encontra dificuldades ao procurar os profissionais das UBSF’s onde o idoso que é cuidado por ele se encontra cadastrado 52% dos cuidadores enfocaram que são bem atendidos ao procura a assistência nas UBSF’s onde o idoso cuidado por ele se encontra cadastrado, conforme registros de C2; C3; C5; C6; C8; C12; C14; C15; C16 e C17.
- 5) Com relação as dificuldades que o cuidador encontra para assistir o idoso com DM no ambiente familiar foi apresentado por vários cuidadores pesquisados a questão da teimosia do idoso em querer realizar atividades que não tem força suficiente para executar; alimentos que não devem fazer parte da sua alimentação diária; e não querer tomar os medicamentos prescritos pelos médicos para controlar essa doença que é incurável, mas que pode ser controlada;

- 6) Aos sentimentos que os cuidadores devem observar no idoso ao se verem perdendo a autonomia refere as ações realizadas que lhes proporcionavam satisfação e qualidade de vida o que vai se perdendo a medida que se avança na idade ao invés de serem compreendidas como ações que pudessem expressar experiências e ensinamentos para os mais jovens.

Nesse sentido foi observada nos registros dos cuidadores da pesquisa que eles tem se preocupado em atender os idosos que são cuidados por eles respeitando o que defende a própria Enfermagem no que concerne a arte de humanizar.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 149-158, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a15v16n1.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**, Lisboa: Edições 70, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS N° 466, de 12 de dezembro de 2012**, Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – p. 59

CALDEIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 2, p. 100-4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a15v16n1.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.

CAMPOLINA, A., G.; DINI, P., S.; CICONELLI, R., M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2919-2925, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/29.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

CÂNDIDO, J. A. B. et al. Findrisk: estratificação do risco para Diabetes Mellitus na saúde coletiva. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/FACCG/Downloads/6118-25976-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

CAROLINO, I. D. R. et al. Fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Latino-am Enfermagem** 2008 março-abril, v. 16, n. 6, www.eerp.usp.br/rlae p. 1-72, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_11.pdf. Acesso em: 19 out. 2017.

DUARTE, R.; et al. Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2 (com base na Posição Conjunta ADA/EASD). **Revista Portuguesa de Diabetes**, v. 8, n. 1, p. 4-29, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/FACCG/Downloads/RecomendaesNacionaisdaSPDparaoTratamentodaHiperglicemianaDiabetesTipo2PropostadeAtualizacao2015.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

FERREIRA, L. V. et al. Busca do autocuidado por idosos na rede de Atenção à Saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v. 17, n. 32, p. 46-54, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/FACCG/Downloads/5984-1-30725-1-10-20170602.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

FLORIANO, L. A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; v. 21, n. 3, p. 543-8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08>. Acesso em 13 junho 2018.

GARCIA, L. R. S. et al. Conhecimento sobre diabetes mellitus entre profissionais da rede pública de ensino. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 1, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/FACCG/Downloads/5455-23527-1-PB.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar Projeto de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa da População**, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>. Acesso em: 19 out. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População**, 2010. Disponível em: <http://www.brasilsabido.com.br/populacao/campina-grande-pb-4615.html>. Acesso em: 19 out. 2017.

LIMA, A. A. et al. **O cuidado e o autocuidado de clientes com diabetes e seus familiares: uso e administração de insulina na Estratégia da Saúde da Família**. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/168874/Alessandra%20Almeida%20de%20Lima%20-%20DCNT%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 out. 2017.

MEDEIROS, J., et al. D. Aplicabilidade de hidroginástica e musculação em pessoas idosas da comunidade. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, 2014. Disponível em: <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/132/113>. Acesso em: 19 out. 2017.

OLIVEIRA, B.; CONCONE, M. H. V. B.; SOUZA, S. R. P. A Enfermagem dá o tom no atendimento humanizado aos idosos institucionalizados? **Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X**, v. 19, n. 1, p. 239-254, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/FACCG/Downloads/31112-83183-1-SM.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

RAMOS, R. S. P. S. et al. Fatores associados ao diabetes em idosos assistidos em serviço ambulatorial especializado geronto-geriátrico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt_1809-9823-rbgg-20-03-00363.pdf. Acesso em: 20 out. 2017.

ROCHA, K. B. et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/FACCG/Downloads/487.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

SANTOS, B. E.; KOETZ, L. C. E. O Perfil Sócioepidemiológico e a Auto percepção dos Cuidadores Familiares sobre a Relação Interpessoal e o Cuidado com Idosos. **Revista Acreditação: ACRED**, v. 7, n. 13, p. 115-132, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/FACCG/Downloads/Dialnet-OPerfilSocioepidemiologicoEAAuto percepcaoDosCuidad-6130788.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

SILVA, A. S.; BRANDÃO, E. S. P.; LIMA, L. R. Assistência farmacêutica ao paciente idoso portador de doenças crônicas e arterial sistêmica. **Mostra Científica da Farmácia**, v. 3, n. 1, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/FACCG/Downloads/1214-3238-1-PB.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

SOUZA, E. C. S. et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes utilizando a medida específica B-PAID. **Revista Mineira de Enfermagem**, Viçosa, v. 16, n. 4, p. 509-514, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/555>. Acesso em: 19 out. 2017.