

Avaliação do autocuidado em portadores de diabetes na maturidade de uma Estratégia Saúde da Família de Teresina-PI*

Evaluation of self-care in elderly diabetics at a Family Health Strategy service in Teresina-PI

Celma de Oliveira Barbosa¹; Rafael Ribeiro Matos²; Roberto Willame Furtado de Matos Sousa³

¹ Docente – UFPI, Departamento de Nutrição, Mestre em Ciências e Saúde – UFPI, Graduada em Nutrição – UFPI. Teresina, PI – Brasil.

² Enfermeiro Obstetra do Setor de Obstetrícia do Hospital Municipal de Barra do Corda, Barro do Corda, Maranhão, Especialista em Enfermagem obstetra – Uniceuma/Maranhão, Graduado em Enfermagem – FSA. Teresina, PI – Brasil.

³ Enfermeiro do Hospital da Polícia Militar do Piauí. Especialista em Enfermagem do Trabalho, Unidade Integrada de Pós-Graduação de Pesquisa e Ensino – Unipos/Ibpex, Teresina, PI, Graduado em Enfermagem – FSA. Teresina, PI – Brasil.

Endereço para correspondência

Celma de Oliveira Barbosa
R. Arlindo Nogueira, 3101, Sul, bairro Macaúba
64018-640 – Teresina – PI [Brasil]
celmaoliver@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: Diabetes *Mellitus* é uma síndrome de etiologia múltipla com prevalência de 10,3% em idosos, que requer do portador ações de autocuidado. **Objetivo:** Avaliar o autocuidado de diabéticos na maturidade em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de Teresina (PI). **Método:** Realizou-se estudo transversal com 55 diabéticos, de 60 a 85 anos, ambos os sexos, cadastrados no Programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus de uma ESF. Os dados foram coletados por meio de formulário estruturado, e analisados pelo programa Epi Info. **Resultados:** Os idosos acompanhavam a taxa de glicemia de jejum (98,20%), procuravam o serviço de saúde (96,40%) e usavam hipoglicemiante oral (89,00%). Na dieta seguida por 78,20% dos participantes, havia carnes, frutas, arroz e feijão; contudo, 30,90% da amostra consumiam açúcares, guloseimas e refrigerantes, alimentos contraindicados para o diabético. **Conclusão:** Os idosos diabéticos apresentavam uma adesão significativa ao autocuidado, aparentando preocupação nas medidas de controle e nas estratégias alimentares.

Descritores: Diabetes *mellitus*; Dieta; Hipoglicemiantes; Idoso.

Abstract

Introduction: Diabetes Mellitus is a syndrome of multiple causes, with a prevalence of 10.3% in the elderly, who require self-care treatment. **Objectives:** To evaluate the self-care of elderly patients with diabetes at a Family Health Strategy service in Teresina (PI). **Method:** A cross-sectional study was carried out with 55 diabetics of both sexes, aged between 60 and 85 years, enrolled in the Program for Hypertension and Diabetes Mellitus at a Family Health Strategy service. Data were collected through a structured questionnaire and analyzed using Epi-info software. **Results:** The elderly monitored the level of fasting glucose (98.20%), used health services (96.40%) and took oral glycemia-lowering medication (89.00%). The diet followed by 78.20% of the elderly included dairy, meats, fruits, rice and beans; however, 30.90% of these seniors consumed sugars, sweets and soft drinks, all foods that are contraindicated for diabetics. **Conclusion:** The elderly diabetics showed significant adherence to the self-care program in regard to monitoring glucose levels and following the dietary strategies.

Key words: Diabetes *mellitus*; Diet; Hypoglycemic agents; Elderly.

Introdução

Na década de 1970, no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 4,95% da população brasileira eram de idosos, percentual este que aumentou para 8,47%, nos anos de 1990, havendo uma estimativa de que alcance os 15% em 2025. A expectativa de vida dos brasileiros que, em 1900, não alcançava os 35 anos de idade; em 1950, atingiu 43 anos; em 2000, 68, com probabilidade de atingir os 80 anos, em 2025¹.

Entre 1960 e 1980, observou-se no Brasil uma queda de 33% na fecundidade, a diminuição no ritmo de nascimentos resulta, em médio prazo, no incremento proporcional da população idosa. O aumento da longevidade implica um maior número de problemas de saúde de longa duração, os quais, frequentemente, exigem intervenções custosas, pois as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua².

As alterações relacionadas à idade ocorrem praticamente em todas as partes do corpo, trazendo diversas mudanças funcionais ao organismo idoso. Destacam-se, dentre elas, a redução da massa magra, aumento do tecido adiposo corpóreo e a menor eficiência de bombeamento do coração, podendo haver diminuição do fluxo sanguíneo³. A obesidade leva a distúrbios das condições de saúde do organismo, sendo representados por distúrbios psicológicos, sociais, além disso, acarreta o aumento do risco de morte prematura e o de risco de doenças de grande morbimortalidade, como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, hiperlipidemias, doenças cardiovasculares e câncer⁴.

Em 2000, havia 171 milhões de pessoas com diabetes no mundo, estimativas apontam que, em 2030, esse valor atingirá 366 milhões. Nesse cenário, o Brasil terá cerca de 11,3 milhões de diabéticos. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, a prevalência de diabetes autorreferido pela população idosa brasileira foi a de 10,3%,

sendo de 12% nos homens; e de 16%, nas mulheres, na faixa de 70 a 79 anos de idade⁵.

O *diabetes mellitus* é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, em longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, sobretudo, rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos⁶.

Aproximadamente, metade dos indivíduos com diabetes faz muitas consultas médicas e é hospitalizada com frequência, o que aumenta os custos diretos para o atendimento dessa população, que variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local da doença e da complexidade do tratamento disponível⁷.

Barbui e Cocco⁸ destacaram que, para proporcionar melhoria na qualidade de vida do diabético e prevenir as complicações, é necessário elaborar um plano assistencial que vise a assistir e educar o cliente. As ações educativas são fundamentais considerando-se que pouco menos da metade (45%) das pessoas diabéticas e um terço dos portadores com mais de 20 anos de doença desenvolverão doença vascular periférica e, provavelmente, evoluirão para gangrenas e amputações, traumas estes que poderiam ser evitados, se fossem tomados os cuidados apropriados.

Cabe ao profissional de enfermagem identificar quais as crenças constrangedoras que o paciente diabético possui que poderiam resultar na diminuição da sua capacidade de buscar soluções para os problemas enfrentados para o controle do diabetes. No entanto, os fatores de natureza emocional, tais como falta de controle frente ao alimento, má escolha dos alimentos durante as crises de hipoglicemia – mesmo tendo o conhecimento da conduta adequada⁹ –, suscitam em prejuízos no controle da doença.

No cuidado de enfermagem, devem-se trabalhar propostas que contemplem a dimensão coletiva, situando os indivíduos no processo de vida e morte, vislumbrando um olhar que não

permita o isolamento do indivíduo no seu meio e no seu grupo de inserção¹⁰.

Nesse contexto, em relação à qualidade, é necessário capacitar os profissionais que estejam aptos e especializados para exercer suas funções diante dos aspectos multidisciplinares de tratamento e avaliação dos idosos¹¹, principalmente nos que apresentam o *diabetes mellitus*. Neste estudo, objetivou-se avaliar o autocuidado dos portadores de diabetes na maturidade atendidos em uma Estratégia Saúde da Família do município de Teresina (PI).

Materiais e método

O estudo foi conduzido com uma abordagem quantitativa, caracterizado como uma pesquisa de campo descritiva e exploratória, sendo do tipo transversal.

A pesquisa foi desenvolvida numa Estratégia Saúde da Família, localizado na zona leste de Teresina, Estado do Piauí, na região Nordeste do Brasil, que conta com quatro equipes de saúde. Cada equipe é responsável por uma área com cerca de 900 famílias e registra aproximadamente 192 moradores diagnosticados diabéticos. A equipe é formada por um enfermeiro, um médico, um dentista, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A Estratégia Saúde da Família foi selecionada após seleção aleatória dentre estratégias da zona leste. Posteriormente, foi selecionada a amostra do estudo.

A amostra da pesquisa foi composta pelos diabéticos assistidos e cadastrados no Programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) da Estratégia Saúde da Família, totalizando 55 idosos diabéticos, na faixa etária de 60 anos a 85 anos. Usaram-se, como critério de exclusão, a idade menor que 60 anos e maior que 85 anos e os diabéticos não inscritos no HIPERDIA, sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. O total dessa população foi previamente averiguado durante visita informal ao local pesquisado.

O instrumento de coleta foi realizado por meio de um formulário estruturado, constituídos por perguntas fechadas, elaborado pelos pesquisadores. O formulário foi aplicado de modo individual durante visita domiciliar agendada previamente, após os participantes assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelas Comissões de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (Piauí), com o número 04512.471/09, e da Faculdade Santo Agostinho, com o número 4451/9, e seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos¹². A análise estatística foi realizada após montagem de um banco de dados, utilizando-se o programa estatístico Epi Info, versão 6.04b¹³, sendo apresentados em porcentagens, médias e desvios-padrão com duas casas decimais.

Resultados

A média de idade dos sujeitos pesquisados neste estudo foi a de 68,2 anos ($\pm 6,00$). A Tabela 1 apresenta os dados do perfil socioeconômico dos idosos analisados. Do total da amostra, 58,20% (n=32) dos voluntários eram do sexo feminino; 56,40% (n=31) tinham primeiro grau incompleto, e 56,30% (n=31) ganhavam de um a dois salários mínimos.

O estudo destacou uma prevalência de 80,00% (n=44) dos idosos com *diabetes mellitus* tipo 2; e 20,00%, para o tipo 1 (n=11), dado este que justifica as prevalências maiores para exames de medidas de controle de taxa de glicemia de jejum, urina e frações lipídicas, apresentadas na Tabela 2.

A maior prevalência nos exames de medidas de controle se devia aos idosos diabéticos que procuraram o serviço de saúde (98,20%, n=54), numa frequência de 36,40%, de quatro a seis vezes/ano (n=20); 30,90%, de dez vezes/ano (n=17); 20,00%, de sete a dez vezes/ano (n=11) e 12,70%, de uma a três vezes/ano (n=7). Vale ressaltar que a grande maioria dos participan-

Tabela 1: Perfil socioeconômico dos diabéticos idosos de uma Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI) (n=55)

Parâmetros	Nº	%
Idade (anos):		
60 65	16	29,3
65 70	20	36,4
70 85	19	34,3
Sexo:		
Feminino	32	58,2
Masculino	23	41,8
Escolaridade:		
Analfabeto	18	32,7
1º grau incompleto	31	56,4
1º grau completo	3	5,5
2º grau incompleto	0	0
2º grau completo	0	0
3º grau incompleto	1	1,8
3º grau completo	0	0
Não respondeu	2	3,6
Renda (salários mínimos):		
1 2	31	56,3
2 3	4	29,1
3 4	5	9,1
> 4	2	5,5

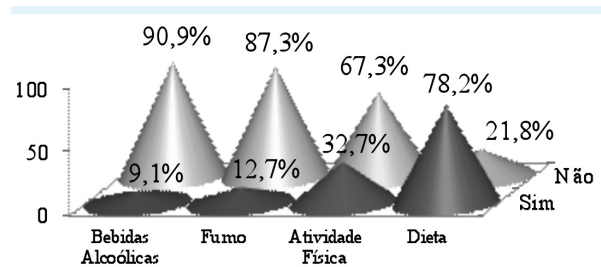
Tabela 2: Exames acompanhados como medidas de controle dos diabéticos idosos da Estratégia Saúde da Família (N=55) de Teresina (PI)

Parâmetros	Sim Nº %	Não Nº %
Taxa de glicemia de jejum	54 98,20	01 1,80
Taxa de glicemia pós-prandial	19 34,50	36 65,50
Taxa de hemoglobina glicada	13 23,60	42 76,40
Exame de visão	23 41,80	32 58,20
Exame de urina	50 90,90	05 9,10
Exame de frações lipídicas	49 89,10	06 10,90

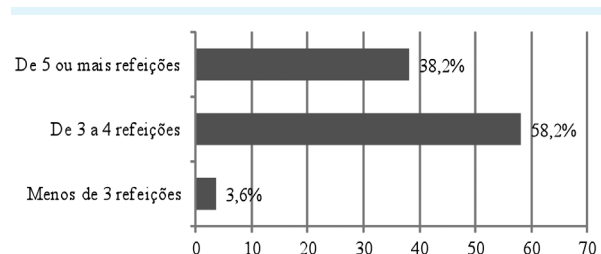
tes no estudo utilizava como tratamento medicamentoso algum tipo de hipoglicemiante oral (89,10%, n=49).

A Figura 1 retrata os hábitos de estilo de vida dos diabéticos idosos da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI). Esses resultados

demonstraram que 90,90% (n=50) dos entrevistados não fazem uso de nenhum tipo de bebida alcoólica; 87,30% não fumavam (n=48) e 67,30% afirmaram levar uma vida sedentária (n=37).

**Figura 1:** Hábitos de estilo de vida dos diabéticos idosos da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI)

Os entrevistados relataram fazer uso de alguma dieta (78,20%, n=43) (Figura 1), 58,20% (n=32) dos idosos faziam de três a quatro refeições diárias; 38,20% (n=21) responderam fazer mais que cinco refeições diárias e 3,60% (n=2) dos portadores de diabetes consumiam menos de três refeições diárias (Figura 2).

**Figura 2:** Quantidade de refeições dos portadores de diabetes na maturidade da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI)

Na dieta seguida pelos idosos, havia laticínios, carnes, vegetais e frutas, arroz e feijão; contudo, 30,90% (n=17) dos entrevistados consumiam açúcares, guloseimas e refrigerantes, alimentos estes contraindicados para o diabético. No entanto, ao analisar a periodicidade, como mostra a Figura 3, os participantes responderam consumir diariamente os seguintes alimentos: leite e derivados (40,00%, n=22); algum tipo de carne (76,40%, n=42); frutas e feijão (74,55%, n=41) e arroz (89,10%, n=49).

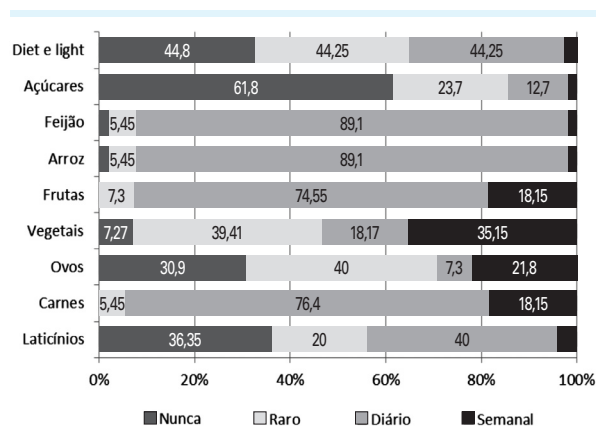


Figura 3: Consumo alimentar por periodicidade dos portadores diabéticos na maturidade

Discussão

Pesquisas têm mostrado associações de várias condições de saúde dos idosos com os fatores ambientais, demográficos e socioeconômicos. A idade é um fator demográfico fundamental da saúde na velhice, pois os problemas de saúde tendem a aumentar e a agravar-se com o avançar dos anos¹⁴. A média de idade dos idosos estudados (68,2 anos) aproximou-se da média de idade (69,6 anos) encontrada no estudo de Lima et al.¹⁵, que pesquisaram a qualidade de vida de idosos e encontraram, nessa faixa etária, alta prevalência de doenças metabólicas, funcionais e mentais.

Menezes e Marucci³, em um trabalho semelhante, ressaltaram que a população idosa é constituída, em sua maioria, por mulheres (69,20%), provavelmente porque estas procuram mais facilmente o serviço de saúde em com maior frequência do que os homens, por terem o horário de trabalho mais flexível, e cuidarem melhor da diabetes, seguindo as medidas de controle.

Outro fator que deve ser considerado, ao tratar-se da saúde do idoso, é a educação. Neste estudo, evidenciou-se a baixa escolaridade da amostra. Esse resultado concorda com o de Borges et al.¹⁶, os quais referiram que 45,50% da população que analisaram encontravam-se nesta situação. Nessa visão, no desenvolvimento de atividades para os idosos, não se deve con-

siderar somente a adequação da atividade para indivíduos com baixa escolaridade, mas deve-se pensar na proposição de criar programas que possibilitem novas formas de acesso à educação formal e informal, com metodologia adequada às necessidades desse público diabético.

Quanto ao perfil socioeconômico, verificou-se que a renda média dos idosos foi bastante baixa (de um a dois salários mínimos), dado este similar ao resultado do estudo de Cesar et al.¹⁷ que mostrou renda predominante de 1 a 1,9 salários mínimos (38,70%). A renda do idoso é um dos principais determinantes do seu estado de saúde. Em geral, idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, função física e menor uso de serviços de saúde.

Este estudo evidenciou também maior prevalência de diabetes tipo 2, assemelhando-se aos dados de Garcia et al.¹⁸ e Jardim e Leal¹⁹, que encontraram maior prevalência de portadores diabéticos do tipo 2, em 86,80% e 84% da população que estudaram, respectivamente. O dado desta pesquisa está de acordo com os resultados de prevalência das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes⁶, em que o *diabetes mellitus* tipo 2 é o tipo de doença mais presente nos indivíduos acima de 40 anos.

Vale ressaltar que os idosos pesquisados realizavam periodicamente consultas de saúde para o controle glicêmico. Oliveira et al.²⁰ destacaram que entre os parâmetros laboratoriais utilizados para nortear as decisões terapêuticas voltadas ao controle glicêmico do *diabetes mellitus*, tem-se a medida da glicemia de jejum, a frutossamina e a hemoglobina glicada.

O acompanhamento da taxa de glicemia de jejum dos pacientes estava semelhante ao do trabalho de Hashimoto e Haddad²¹, em que 60% a 70% dos entrevistados também faziam acompanhamento glicêmico. No entanto, o controle de glicemia de jejum acima de 126 mg/dL é prejudicial pelas possíveis complicações.

Atualmente, o ideal é a manutenção da hemoglobina glicada abaixo de 7%. Os estudos indicaram que as complicações crônicas começam a desenvolver-se quando os níveis de hemoglo-

bina glicada estão situados permanentemente acima de 7%. Algumas sociedades médicas adotam, inclusive, metas terapêuticas mais rígidas de 6,5%, para estes valores²¹.

O enfoque atual no controle da glicemia objetiva não somente evitar a ocorrência das complicações agudas e das vasculares associadas à hiperglicemia, mas também minimizar a ocorrência de hipoglicemias e seus riscos, priorizando ainda a flexibilidade e a qualidade de vida do paciente²⁰. E, recentemente, com o surgimento do acompanhamento da glicemia capilar, ficou ainda mais fácil o autocontrole da glicemia ao longo das 24 horas do dia, no intuito de evitar hipoglicemias.

De acordo com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, o risco de um diabético perder a visão é 25 vezes maior do que o de pessoas que não portam a doença. Historicamente, a prevalência da retinopatia diabética, após 15 anos de diabetes, varia de 97% para portadores DM insulino-dependentes; e de 80%, nos diabéticos não insulino-dependentes²². O diagnóstico precoce da retinopatia diabética, por meio de um simples exame de fundo de olho, pode evitar, com medidas terapêuticas sistêmicas e oculares, a progressão da doença para formas mais graves, prevenindo, assim, a redução da visão²³. O exame de visão é um item importante para a saúde do idoso e também fez parte dos exames acompanhados como medidas de controle dos diabéticos idosos da ESF pesquisada. Entretanto, percebeu-se que os voluntários analisados em maior prevalência não faziam esse acompanhamento, possivelmente por ser exame mais indicado aos diabéticos insulino-dependentes.

Quanto ao parâmetro exame de urina, notou-se, neste estudo, que a porcentagem de idosos que fazem exames de urina difere do resultado de Capilheira e Santos²⁴ que apontavam a prevalência de apenas 44,00% de portadores de diabetes que realizavam esse exame laboratorial. O exame de urina era realizado pelos idosos pesquisados e tal acompanhamento traz benefícios no controle da doença, pois a presença de glicose na urina significa que a glicose no

sangue está em pelo menos 180 mg% (ou maior), o que indica mau controle da glicemia e risco de desenvolvimento de complicações.

Esta pesquisa ainda evidenciou uma maior prevalência de idosos que acompanhavam as frações lipídicas (colesterol, LDL, VLDL e triglicerídeos), diferindo do resultado obtido por Rodrigues et al.²⁵, que encontraram porcentagem de apenas 45,00%. O acompanhamento das frações lipídicas pelos diabéticos idosos desta pesquisa é de suma importância para sua saúde, considerando que pacientes diabéticos descompensados têm níveis mais altos de triglicérides e colesterol, quando comparados a não diabéticos, apresentando um risco maior de desenvolver doenças cardiovasculares e de óbito.

O serviço de saúde era procurado pela maior parte dos idosos pesquisados para o controle da doença, concordando com o resultado obtido por Paiva et al.²⁶, os quais ressaltaram que a maioria dos seus entrevistados (53,20%) também buscava os serviços de saúde para controlar o diabetes. A adesão do diabético ao tratamento se faz à medida que o paciente busca o serviço de saúde, faz os exames de controle e previne as complicações da doença.

Francisco et al.⁵ ressaltaram que o maior controle do diabetes consiste em prevenir possíveis complicações da doença. Assim, o engajamento do enfermeiro em trabalhar propostas educativas poderá estimular o idoso portador do diabetes ao autocuidado, como forma preventiva das complicações.

A grande parte dos idosos do estudo utilizava como tratamento medicamentoso o hipoglicemiante oral, isso se deve à maior prevalência de diabéticos tipo 2, neste estudo, assemelhando-se aos resultados obtidos por Cesar et al.¹⁷, que encontraram um percentual de 90,47%.

Segundo Geraldo et al.²⁷ e Baroni et al.²⁸, os sintomas mais comuns observados em pacientes portadores de diabetes são polidipsia, poliúria, glicosúria, fraqueza, sem causa aparente, e a cura lenta dos ferimentos. Os níveis de glicemia e insulinemia devem ser controlados para evitar complicações tardias da diabetes, como ateros-

clerose, hipertensão, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, infarto do miocárdio, ataques isquêmicos, impotência, retinopatia, nefropatia, acidente vascular cerebral, ulcerações no pé (pé diabético) e amputação.

Nessa ótica, o diabético deve modificar os hábitos de vida como não fumar, não tomar bebidas alcoólicas e fazer dieta. Quanto ao hábito etílico, os resultados deste trabalho estavam semelhantes aos estudos realizados por Batista et al.²⁹, nos quais encontraram uma minoria de 18,00% de etilistas.

Bantle, Thomas e Bantle³⁰ afirmavam que o uso diário e abusivo de bebidas fermentadas é fator de risco no diabetes pela associação severa ao quadro de hipoglicemia.

O fumo apresentou uma baixa prevalência, como foi reafirmado pelos resultados de Vieira-Santos et al.³¹, que mostraram uma menor prevalência de fumantes (11,80%).

Evidenciou-se também que a maioria dos entrevistados levava uma vida sedentária e não praticava nenhum tipo de atividade física, assemelhando-se aos estudos realizados por Siqueira et al.³², em que 58,00% dos seus entrevistados não praticavam exercícios físicos.

O cuidado integral ao paciente com diabetes e a sua família, cada vez mais, torna-se um desafio para a equipe de saúde, já que faz parte desse cuidado ajudar o diabético a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e à de seus amigos.

Os exercícios físicos ideais a serem realizados pelas pessoas idosas, mesmo com patologias, são aqueles de intensidade moderada, que podem ser feitos em um período razoavelmente prolongado, como o exercício aeróbico.

Em relação à dieta, os idosos relatavam fazer uso de uma alimentação orientada por profissional de saúde, que não o nutricionista, ou por iniciativa própria, o que contraria os resultados obtidos por Batista et al.²⁹, os quais referiram que apenas 8,40% dos seus entrevistados faziam uso de algum tipo de dieta no tratamento do diabetes.

Os resultados desta pesquisa mostraram uma maior prevalência de idosos que faziam de três a quatro refeições por dia, diferindo do estudo realizado por Batista et al.²⁹, em que 54% dos entrevistados faziam mais de cinco refeições por dia, e 42% consumiam três ou menos refeições diárias.

Os idosos diabéticos pesquisados apresentaram uma alimentação com maior prevalência de arroz, feijão, carnes, frutas e açúcares, esse dado concorda com o referido por Batista et al.²⁹, esses autores relataram que grande parte dos voluntários analisados também consumiam diariamente arroz, feijão, carnes e frutas. Vale ressaltar que o açúcar deve ser evitado no diabetes, mas os idosos no estudo aqui apresentado negligenciavam essa orientação, o que possivelmente trará sérias complicações ao cuidado de sua doença.

Diante disso, esclarecer ao paciente os conhecimentos que permitem compreender a necessidade de alterações do estilo de vida para promoção, manutenção e recuperação da saúde é de suma importância, pois o sujeito que segue uma dieta apropriada, com limitações no consumo de carboidratos, e faz as substituições por alimentos *diets*, pode melhorar sumariamente a saúde e estar mais bem preparado no enfrentamento dos desafios cotidianos gerados pelo diabetes. No entanto, o diabético na maturidade negligencia essas orientações por muitas vezes acreditar que sua doença está sob controle.

O estudo realizado apresentou limitações importantes quanto à amostra, pois a região sorteada tinha pequena prevalência de idosos diabéticos e muitos não se cadastravam no Programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus. Destaca-se a necessidade de fazer mais estudos com um tempo de seguimento maior na Estratégia Saúde da Família da zona leste de Teresina (PI), como em outros serviços de saúde do município para promover uma cobertura maior em orientações educativas no autocuidado e manejo da *diabetes mellitus* na maturidade.

Conclusão

Os resultados indicaram que o grupo de idosos portadores de diabetes da Estratégia Saúde da Família pesquisada, era composto principalmente por mulheres, de baixa renda e de baixo nível de escolaridade, o que prediz menor adesão ao autocuidado. No entanto, os idosos apresentaram uma significativa adesão de autocuidado da doença, quando foram analisados os parâmetros de medidas de controle, estilo de vida e alimentação. A maioria dos diabéticos acompanhava sua glicemia de jejum, procurava o serviço de saúde e fazia o tratamento medicamentoso indicado pelo profissional de saúde. Os idosos também evitavam bebidas alcoólicas e se alimentavam adequadamente, apenas falhando quanto a não realizar uma atividade física regularmente e não evitar o uso de açúcares, guloseimas e refrigerantes. Assim, sugerem-se ações educativas que ampliem o conhecimento de como autocuidar-se para minimizar as complicações referentes ao *diabetes mellitus* e, principalmente, as que podem levar o idoso portador ao óbito.

Nota

- * Os dados deste artigo fazem parte do trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho – Teresina (PI).

Referências

- Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):409-15.
- Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):70-1.
- Menezes TN, Marucci MFN. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):169-75.
- Bueno JM, Martino HSD, Fernandes MFS, Costa LS, Silva RR. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1237-46.
- Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):175-84.
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
- Santos ICRV. Atenção à saúde do portador de pé diabético: prevalência de amputações e assistência preventiva na Rede Básica de Saúde [tese de doutorado em Saúde Pública]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz de Recife; 2008. 225 p.
- Barbui EC, Cocco MIM. Conhecimento do cliente diabético em relação os cuidados com os pés. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(1):97-103.
- Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005;13(3):397-406.
- Victor JF, Vasconcelos FF, Araújo AR, Ximenes LB, Araújo TL. Grupo feliz idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):724-30.
- Pinto RBR, Bastos LC. Abordagem das pesquisas em epidemiologia aplicada à gerontologia no Brasil: revisão da literatura em periódicos, entre 1995 e 2005. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(3):361-9.
- Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- World Health Organization. Epi – info, versão 6.04b. *Introducing user's guide circulating drafton*. 1. Global Programme on AIDS WHO; 1996.
- Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 2003 utilizando o método *grade of membership*. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):535-46.



15. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(10):2159-67.
16. Borges PLC, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2798-808.
17. Cesar JA, Oliveira-Filho JA, Bess G, Cegiëlka R, Machado J, Gonçalves TS, et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1835-45.
18. Garcia CAA, Gomes AHB, Nunes IM, Oliveira TL, Monteiro J. Incidência e fatores de risco da retinopatia diabética em pacientes do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal-RN. *Arq Bras Oftalmol*. 2003;66(3):355-8.
19. Jardim ADI, Leal AM. O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. *Physis*. 2009;19(2):405-17.
20. Oliveira CHMC, Berger K, Souza SCAL, Marui S, Khawali C, Hauache OM et al. Monitorização contínua de glicose: análise crítica baseada em experiência ao longo de um ano. *Arq Bras Endocrinol e Metabol*. 2005;49(6):983-90.
21. Hashimoto IK, Haddad MCL. Níveis glicêmicos de diabéticos do tipo 2 cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde de Londrina-PR. *Rev Espaço Saúde*. 2009;10(2):18-26.
22. Sociedade Brasileira de Diabetes. Atualização sobre hemoglobina glicada (A1c) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais. 3. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009.
23. Guedes MF, Portes AJF, Couto JAS, Nunes JS, Oliveira RCC. Prevalência da retinopatia diabética em unidade do Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Oftalmol*. 2009;68(2):90-5.
24. Capilheira MF, Santos IS. Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):289-97.
25. Rodrigues TC, Pecis M, Canani LH, Schreiner L, Kramer CK, Biavatti K et al. Caracterização de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 do sul do Brasil: complicações crônicas e fatores associados. *Rev Associação Médica Brasileira*. 2010;56(1):67-73.
26. Paiva DCP, Bersusa, AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2): 377-85.
27. Geraldo JM, Alfenas RCG, Alves RDM, Salles VF, Queiroz VMV, Bitencourt MCB. Intervenção nutricional sobre medidas antropométricas e glicemia de jejum de pacientes diabéticos. *Rev Nutr*. 2008;21(3):329-40.
28. Baroni S, Suzuki-Kemmelmeier F, Caparroz-Assef SM, Cuman RKN, Bersani-Amado CA. Effect of crude extracts of leaves of *Smilaxnthus sonchifolius* (yacon) on glycemia in diabetic rats. *Rev Bras Cien Farm*. 2008;44(3):521-30.
29. Batista MCR, Priore SE, Rosado LEFPL, Tinôco ALA, Franceshini SCC. Avaliação dietética dos pacientes detectados com hiperglicemia na “Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes” no município de Viçosa, MG. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2006;50(6):1041-9.
30. Bantle AE, Thomas W, Bantle PJ. Metabolic effects of alcohol in the form of wine in persons with type 2 diabetes mellitus. *Metabolism*. 2008;57(2): 241-5.
31. Vieira-Santos ICR, Souza WV, Carvalho EF, Medeiros MCWC, Nóbrega MGL, Lima PMS. Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2861-70.
32. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(1):203-13.