

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Francine Feltrin de Oliveira**

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS IDOSAS COM DIABETES  
*MELLITUS***

**Santa Maria, RS  
2020**



**Francine Feltrin de Oliveira**

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Margrid Beuter  
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Santa Maria, RS  
2020

Oliveira, Francine Feltrin de  
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS IDOSAS COM DIABETES  
MELLITUS / Francine Feltrin de Oliveira.- 2020.  
167 p.; 30 cm

Orientadora: Margrid Beuter  
Coorientadora: Maria Denise Schimith  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, RS, 2020

1. Itinerário terapêutico 2. Idoso 3. Diabetes  
Mellitus 4. Cuidados de Enfermagem 5. Atenção Primária à  
Saúde I. Beuter, Margrid II. Schimith, Maria Denise III.  
Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UPSP. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, FRANCINE FELTRIN DE OLIVEIRA, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**Francine Feltrin de Oliveira**

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

**Aprovado em 27 de fevereiro de 2020:**

---

**Margrid Beuter, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)**  
(Coorientadora)

---

**Maria Helena Gehlen, Dra. (UFN)**

---

**Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM)**

---

**Caren da Silva Jacobi, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2020



## DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação a todas as pessoas idosas com diabetes mellitus que doaram um pouco de seu tempo e de suas histórias, dando vida a este trabalho.*

*Àqueles que acreditam, trabalham e anseiam por um SUS universal e resolutivo.*



## AGRADECIMENTOS

Ao término dessa jornada muitas pessoas foram importantes e, não estivesse sozinha durante esse período. Gratidão a todos que contribuíram para a concretização deste sonho!

**A Deus** que esteve presente em todos os momentos, me iluminando nas horas de angústia, e me concedendo força e serenidade para seguir adiante.

Aos meus **pais** que desejaram e sonharam comigo a concretização deste sonho. Vocês são exemplos de amor, compreensão e ética. Amo vocês infinitamente!

Aos meus **amores Marcelo e Lara**, vocês são meus amores eternos!

À minha linda filha **Lara**, você é um presente de Deus! Um dia você entenderá as ausências da mamãe e sentirá orgulho das batalhas que trilhei, também para você. Você é a razão do meu viver, lutar e prosseguir. Amo-te infinitamente!

Ao meu esposo **Marcelo**, meu grande incentivador, sempre buscando elevar minha autoestima. Você foi muito importante nessa caminhada, tentando compreender minhas angústias e quando eu mesma, não me compreendia. Obrigada pela paciência cotidiana. Amo você!

Às minhas **irmãs, Cintia e Caroline**, que mesmo distantes fisicamente estavam torcendo pelo êxito dessa caminhada. Me alegro de tê-las como irmãs. Amo vocês!

À minha orientadora, **Margrid Beuter**, não tenho palavras para agradecer! Gratidão, talvez represente o sentimento. A senhora sempre será minha inspiração no campo do ensino na enfermagem gerontogeriatrica. Obrigada por ter me recebido no NIEPE de forma tão carinhosa e acolhedora.

À minha coorientadora, **Maria Denise Schimith**, que aceitou o desafio de coorientar este estudo, compartilhando seus saberes e práticas. Obrigada pela compreensão e carinho!

À **Universidade Federal de Santa Maria**, em especial aos **professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem** pela dedicação, ensinamentos compartilhados neste belíssimo programa.

A todos os meus **colegas de mestrado** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM, pelo carinho e respeito. Em especial à **Alessandra S. Carneiro, Carolina Backes e Cíntia Oliveski**, obrigada pela amizade e espero que a vida nos proporcione encontros lindos.

Em especial, agradeço a **Carolina Backes**, amizade proporcionada pelo mestrado e pelo NIEPE. Você certamente foi a pessoa mais especial que conheci nesta jornada. Obrigada amiga, por tudo que compartilhamos!

Aos integrantes do grupo de pesquisa **NIEPE**, por serem tão acolhedores. Especialmente a Carolina, Eliane, Larissa, Jamile e Sandra que para mim são inspiração de profissionais e pesquisadoras, pela dedicação e comprometimento com a enfermagem.

Às professoras doutoras da **Banca Examinadora**, Marinês Tambara Leite, Maria Helena Gehlen e Caren da Silva Jacobi pelo aceite do convite e pela disponibilidade de poderem colaborar nessa banca.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Marau** pela concessão de espaço na realização dessa pesquisa. Em **especial as Equipes de Estratégia Saúde da Família**, pela generosidade, acolhida e ajuda na identificação das pessoas idosas com DM. Obrigada pela parceria!

A todas as **pessoas idosas** que aceitaram de forma tão afável participar dessa pesquisa. Vivi intensamente este processo, e fica a saudade de me aventurar nas situações cotidianas da pesquisa que me fizeram rir, chorar e questionar-me acerca de meu papel como enfermeira na APS. Gratidão a essas pessoas tão queridas!

*Não sei... se a vida é curta  
Ou longa demais para nós,  
Mas sei que nada do que vivemos tem  
sentido, se não tocarmos o coração das  
pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:*

*Colo que acolhe,*

*Braço que envolve,*

*Palavra que conforta,*

*Silêncio que respeita,*

*Alegria que contagia,*

*Lágrima que corre,*

*Olhar que acaricia,*

*Desejo que sacia,*

*Amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo,*

*É o que dá sentido à vida. É o que faz com  
que ela não seja nem curta, nem longa  
demais, mas que seja intensa, verdadeira,  
pura enquanto durar.*

*(Cora Coralina)*



## RESUMO

### ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS*

AUTORA: Francine Feltrin de Oliveira  
ORIENTADORA: Margrid Beuter  
COORIENTADORA: Maria Denise Schimith

O diabetes *mellitus*, doença crônica não transmissível, requer atenção em pessoas idosas por aumentar o risco de comprometimento funcional, o que poderá interferir diretamente em sua autonomia e independência. Frente a este contexto, há a necessidade da pessoa idosa com diabetes *mellitus* buscar cuidado em diferentes cenários. O modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa propõe a conexão entre diversos pontos das redes de atenção, envolvendo os serviços de saúde, a família e a comunidade, vislumbrando a Atenção Primária à Saúde como a ordenadora do cuidado. O itinerário terapêutico representa o percurso que as pessoas fazem ao se depararem com um processo de adoecimento. Neste sentido, utilizou-se o modelo de Sistema de Cuidado à Saúde proposto por Arthur Kleinman, constituído pelos subsistemas de cuidado à saúde popular, folclórico e profissional. O objetivo do estudo foi descrever o itinerário terapêutico de pessoas idosas com diabetes *mellitus* cadastradas em unidades de Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo cujos participantes foram 15 pessoas idosas com diabetes *mellitus*. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada no período de fevereiro a abril de 2019. A análise dos dados deu-se conforme a proposta operativa de Minayo. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 3.108.845. Os resultados são apresentados em quatro categorias temáticas: correlações entre o processo de envelhecimento e o diabetes *mellitus*; práticas populares e suas implicações no cuidado às pessoas idosas com diabetes *mellitus*; percepções das pessoas idosas com diabetes acerca do cuidado profissional; relações de cuidado a pessoas idosas com diabetes: redes tecidas com o apoio da família e com pessoas de vínculos próximos. A partir da análise dos dados, identificou-se que o percurso das pessoas idosas com diabetes não é linear, ocorre mais frequentemente no subsistema de cuidado profissional e no popular. Algumas pessoas idosas pontuaram não utilizar o subsistema de cuidado folclórico. Os trajetos de busca pelo cuidado são permeados pelas questões do envelhecimento e incidem nas trajetórias que serão escolhidas. Revelaram-se questões acerca do envelhecimento como: declínios físicos e funcionais com comprometimento das atividades básicas e instrumentais de vida diária, alterações na esfera sexual, dependência, aposentadoria e vulnerabilidade social. A família foi reconhecida como a principal fonte de cuidado. A Estratégia Saúde da Família foi pontuada como a referência em cuidado. Identificou-se uma pluralidade de práticas com o uso de chás, benzedadeiras, fé e religiosidade como forma de controlar e atenuar os efeitos da hiperglicemia. Compreender os itinerários terapêuticos das pessoas idosas com diabetes contribui para elucidar os caminhos que são trilhados em busca do cuidado, sobretudo, vislumbrar as questões culturais, crenças individuais e familiares que mobilizam as pessoas idosas nesse itinerário terapêutico. Espera-se que o estudo possibilite reflexões e aponte caminhos para o atendimento de enfermagem gerontogeriatrica, e assim, possa ofertar práticas de cuidado integrais à saúde da população idosa com diabetes *mellitus*.

**Palavras-chave:** Itinerário terapêutico. Idoso. Diabetes *Mellitus*. Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.



## ABSTRACT

### THERAPEUTIC ITINERARY OF THE ELDERLY PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

AUTHOR: Francine Feltrin de Oliveira  
ADVISOR: Margrid Beuter  
COORIENTATOR: Maria Denise Schimith

Diabetes mellitus, a chronic non-communicable disease, requires attention in elderly people in reason of increasing the risk of functional impairment, which may directly interfere with their autonomy and independence. Faced with this context, there is the need of the elderly person with diabetes mellitus seek care in different scenarios. The model of comprehensive care for the health of the elderly proposes the connection between several points of the networks of care, involving in addition to health services, family and community, glimpsing Primary Health Care as the organizer of care. The therapeutic itinerary represents the path people take when they encounter a process of illness. In this sense, the model of Health Care System proposed by Arthur Kleinman, constituted by the popular, folkloric and professional subsystem, was used. The objective of the study was to describe the therapeutic itinerary of elderly people with diabetes mellitus registered in Family Health Strategy units in a municipality in Rio Grande do Sul. This is a qualitative study, of descriptive nature whose participants were 15 elderly people with diabetes mellitus. Data were collected through a semi-structured interview from February to April 2019. The analysis of the data was done according to the operational proposal of Minayo. The research was approved by the Committee of Ethics in Research, opinion nº 3.108.845. The results are presented in four thematic categories: correlations between the aging process and diabetes mellitus; popular practices and their implications in the care of elderly people with diabetes mellitus; perceptions of older people with diabetes about professional care; care relationships for older people with diabetes: networks woven with the support of the family and with people with close ties. From the data analysis, it was identified that the path of elderly people with diabetes is not linear, it occurs more frequently in the professional and popular care subsystem. Some elderly people scored not using the folkloric subsystem. The paths of care search are permeated by the questions of aging and focus on the trajectories that will be chosen. Questions such as physical and functional declines with compromising of the basic and instrumental activities of daily life, changes in the sexual sphere, dependence, retirement and social vulnerability were highlighted. The family was recognized as the main source of care. The Family Health Strategy was scored as the reference in care. A plurality of practices was identified with the use of teas, blesseddras, faith and religiosity as a way to control and mitigate the effects of hyperglycemia. Understanding the therapeutic itineraries of elderly people with diabetes helps to clarify the paths that are followed in search of care, above all, to glimpse the cultural issues, individual and family beliefs that mobilize the elderly in this therapeutic itinerary. It is hoped that the study will allow reflections and point out ways for gerontogeriatric nursing care, and thus, offer integrals care practices to the health of the elderly population with diabetes mellitus.

**Keywords:** Therapeutic itinerary. Elderly. Diabetes Mellitus. Nursing Care. Primary Health Care. Family Health Strategy.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura do sistema de cuidado à saúde .....	38
Figura 2 - Principais determinantes do processo de envelhecimento .....	41
Figura 3 - Proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa .....	50
Figura 4 - Limite territorial de Marau .....	54



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação das plantas medicinais mais citadas pelas pessoas idosas no tratamento e cura do diabetes <i>mellitus</i> .....	92
--	----



## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCNTs	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAP	Gabinete de Apoio à Pesquisa
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HIPERDIA	Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	International Diabetes Federation
IT	Itinerário Terapêutico
IU	Incontinência Urinária
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20
LADA	Diabetes Autoimune Latente em Adultos
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NEPES	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NIEPE	Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PUBMED	<i>National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REPLAME/RS	Relação Estadual de Plantas Medicinais de interesse do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul
RS	Rio Grande do Sul
SIE	Sistema de Informações para o Ensino
SISREG	Sistema Nacional de Regulação

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UPF	Universidade de Passo Fundo
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	23
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO À TEMÁTICA</b> .....	27
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	33
2.1	CONCEPÇÕES ACERCA DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.....	33
<b>2.1.1</b>	<b>O sistema de cuidado à saúde sob o enfoque cultural</b> .....	37
2.2	DIABETES <i>MELLITUS</i> NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	40
2.3	O CUIDADO DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM DIABETES.....	45
2.4	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A CONFORMAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	49
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	53
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	53
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO .....	54
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	56
3.4	COLETA DE DADOS.....	57
3.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	58
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	60
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	63
4.1	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS IDOSAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> E OS DIFERENTES SUBSISTEMAS DE CUIDADO À SAÚDE ..	63
4.1.1	Itinerário terapêutico de Cora: deseja a cura do diabetes <i>mellitus</i> .....	63
4.1.2	Itinerário terapêutico de Luís: não se priva de comer o que gosta em função do diabetes <i>mellitus</i> .....	65
4.1.3	Itinerário terapêutico de Carlos: pensa não ser impossível o controle do diabetes <i>mellitus</i> .....	67
4.1.4	Itinerário terapêutico de José: mudou de cidade para ficar próximo de seus familiares.....	68
4.1.5	Itinerário terapêutico de Margarida: acredita na cura do diabetes <i>mellitus</i> por meio da fé .....	69
4.1.6	Itinerário terapêutico de Lúcio: realiza experiências com plantas medicinais para baixar os níveis glicêmicos .....	71
4.1.7	Itinerário terapêutico de Simone: estudou para saber o que era o diabetes <i>mellitus</i> .....	72
4.1.8	Itinerário terapêutico de Terezinha: conhece as possíveis complicações do diabetes <i>mellitus</i> .....	74
4.1.9	Itinerário terapêutico de Conceição: desenvolveu diabetes <i>mellitus</i> porque comeu muitos doces quando trabalhava em uma padaria .....	75
4.1.10	Itinerário terapêutico de Ana: melhorou a qualidade de vida com o Benefício de Prestação Continuada.....	76
4.1.11	Itinerário terapêutico de Vitória: não acredita em benzedadeiras para a cura do diabetes.....	78
4.1.12	Itinerário terapêutico de Pedro: acredita que sua fraqueza está na idade ou na inatividade física .....	79
4.1.13	Itinerário terapêutico de João: deseja voltar a trabalhar .....	80
4.1.14	Itinerário terapêutico de Iolanda: considera importante a participação dos familiares em suas consultas médicas .....	82

4.1.15	<b>Itinerário terapêutico de Lorena: acredita que o Benefício de Prestação Continuada vai melhorar sua vida e saúde.....</b>	83
4.2	<b>CORRELAÇÕES ENTRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O DIABETES <i>MELLITUS</i>.....</b>	85
4.3	<b>PRÁTICAS POPULARES E SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO ÀS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i>.....</b>	90
4.4	<b>PERCEPÇÕES DAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> ACERCA DO CUIDADO PROFISSIONAL.....</b>	95
4.5	<b>RELAÇÕES DE CUIDADO A PESSOAS IDOSAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i>: REDES TECIDAS POR FAMILIARES E PESSOAS DE VÍNCULOS PRÓXIMOS.....</b>	101
5	<b>DISCUSSÃO.....</b>	107
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	129
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	133
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	151
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....</b>	155
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....</b>	157
	<b>APÊNDICE D - PLANTAS IDENTIFICADAS NA LITERATURA COM EFEITO HIPOGLICEMIANTE OU ANTIDIABÉTICAS.....</b>	159
	<b>ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)*.....</b>	161
	<b>ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....</b>	163
	<b>ANEXO C - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EMPESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERALDE SANTA MARIA (UFSM).....</b>	165

## APRESENTAÇÃO

Concluí a graduação em enfermagem no ano de 2002 na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e a partir deste momento ingressei no mundo do trabalho como enfermeira de Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Forquilha, em Santa Catarina. O interesse pela temática *Diabetes Mellitus* (DM) é oriundo da graduação em enfermagem, a qual resultou em meu trabalho de conclusão de curso, que teve como objeto de estudo a prática de cuidado da equipe de ESF junto a usuários com DM.

A partir da imersão no mundo do trabalho, houve a necessidade de ampliar os conhecimentos e me qualificar para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Realizei diversos cursos, na área do cuidado e na gestão dos serviços, assim outras possibilidades de atuação profissional surgiram. A atuação profissional na gestão dos serviços de saúde, na coordenação das equipes de ESF, e na Secretaria Municipal de Saúde, talvez tenham sido das minhas experiências mais desafiadoras no campo do trabalho, mas que me possibilitaram um maior arcabouço teórico-prático a respeito do planejamento e definições de ações estratégicas para diversas áreas do cuidado.

As reflexões acerca do cuidado à saúde das pessoas idosas com DM estiveram presentes durante toda minha trajetória acadêmica e profissional. Em meu cotidiano de trabalho, deparei-me com pessoas que apresentavam dificuldades de adesão à terapêutica, vulnerabilidades sociais que implicavam no controle da doença e, algumas vezes, falta de entendimento por parte dos profissionais das questões subjetivas que perpassam pelo cuidado.

Essas reflexões e inquietações, aliadas à inserção do trabalho na ESF, como enfermeira assistencial, aguçaram minha curiosidade para as questões que envolvem a temática do DM e as complicações crônicas que impactam na vida das pessoas, família e serviço de saúde como um todo. Ao prestar cuidado a uma pessoa idosa com DM indagava-me: será que ela está compreendendo a orientação fornecida? Essa orientação será aceita pela pessoa e seus familiares? Que história de vida e experiência essas pessoas trazem consigo? Essa pluralidade de indagações fica mais evidente quando se pensa no acesso da população idosa no Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante minha trajetória profissional como enfermeira, no campo da saúde coletiva, muitas inquietações surgiram com a forma de organização dos serviços para

atendimento das pessoas idosas, especialmente com DM. Nessa caminhada, conheci realidades e situações diferentes que me fizeram refletir sobre o adoecimento das pessoas idosas, acesso ao Sistema Único de Saúde e implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Após quatro anos de exercício na gestão do SUS, fui aprovada em um Concurso Público como enfermeira de ESF. Essa experiência possibilitou-me uma aproximação maior com a população idosa, e aos cuidados com condições crônicas (Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial), por ser uma característica daquele território de atuação. Muitas inquietações surgiram mediante minha atuação na área do cuidado às pessoas idosas e, especialmente, uma preocupação com o aumento desta população, os agravos de saúde e déficits cognitivos e funcionais.

Minha trajetória profissional foi atravessada pelas questões pessoais e familiares e, após uma extensa atuação no campo da saúde coletiva no Estado de Santa Catarina ocorreu uma mudança para o Estado da Bahia, acompanhando o esposo a trabalho. Na oportunidade, no ano de 2011, fui aprovada em um processo seletivo como professora substituta no curso de enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) quando lecionei várias disciplinas, entre as quais, a disciplina de saúde da pessoa idosa. Essa experiência foi única e motivadora, permeada por aprendizado, em que pude perceber a importância da relação professor e aluno e as implicações desta relação no processo ensino e aprendizagem.

Após três anos residindo no estado da Bahia ocorre uma nova mudança, e retorno para o Estado do Rio Grande do Sul. Assim, entre idas e vindas, a partir daí uma nova história começa a se construir.

A fim de me qualificar e poder olhar para meu próprio processo de trabalho, ingressei em um programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade, descentralizada do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Desta forma, na residência, no cotidiano dos serviços, observava situações que desencadeavam restrições no acesso das pessoas idosas aos serviços, ou que indicavam desarticulação da rede de cuidados, ou limitações nas atividades oferecidas e, por vezes, despreparo das equipes para atendimento das necessidades específicas dessa população. Por outro lado, a interação com pessoas idosas diagnosticadas com DM permitiu vislumbrar o cuidado apoiado em uma perspectiva mais humanizada.

Assim, foi possível perceber, a partir da vivência empírica, como os aspectos sociais, culturais e familiares repercutiam diretamente no processo de cuidado às

peças idosas com diabetes *mellitus*. Esta percepção trouxe inquietações e, de fato, serviu de estímulo para a busca de novos conhecimentos, no sentido de me preparar para atender a população idosa. E assim, inicia-se um desejo de me qualificar na área da Enfermagem Gerontogerátrica.

Em 2017, durante a participação no Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento (NIEPE), na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como também, em eventos científicos e o ingresso como aluna especial na disciplina de Políticas Públicas no Envelhecimento Humano, na UFSM, me senti instigada a compreender a questão do cuidado, sobre a perspectiva das pessoas idosas com DM.

A participação no NIEPE foi decisiva para o ingresso no curso de mestrado e para a definição do objeto da dissertação. Encantei-me pelas discussões no grupo, pois foram momentos de desconstrução e construção de muitos conceitos na área da enfermagem gerontogerátrica. As riquezas das discussões possibilitaram reflexões sobre o cuidado com a saúde da população idosa no contexto do SUS.

A motivação para estudar a temática emergiu de minhas vivências com pessoas idosas diagnosticadas com DM durante a trajetória profissional, somada às reflexões oriundas da docência na UFRB, e do grupo de pesquisa do NIEPE que confluíram para consolidar o interesse na temática. Inicialmente, ao refletir a respeito do itinerário terapêutico (IT) das pessoas idosas com DM, passei a indagar-me sobre os caminhos que as pessoas idosas com DM trilhavam para terem suas necessidades de cuidado atendidas, a partir da vivência da pessoa idosa.

Desta forma, o ingresso no programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na Linha de Pesquisa Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde potencializou minhas reflexões e o processo de criação desta dissertação, que versa sobre o IT de pessoas idosas com DM.



## 1 INTRODUÇÃO À TEMÁTICA

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial resultante, tanto da queda da mortalidade infantil e das taxas de fecundidade, quanto do aumento da expectativa de vida (BRITO *et al.*, 2017). A Organização das Nações Unidas (ONU) (1982) define o ser idoso de forma distinta entre países em desenvolvimento e países desenvolvidos. Nos primeiros, como o Brasil, são considerados idosos pessoas com 60 anos ou mais; nos segundos, são aquelas com 65 anos e mais. Esta definição está relacionada com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações proporcionam aos seus cidadãos.

Estimativa mundial indica que, das 7,5 bilhões de pessoas do planeta, 13% tenham mais de 60 anos de idade. Em países desenvolvidos esses valores chegam a 25% enquanto que em países em desenvolvimento, em torno de 10% (UNITED NATIONS, 2017).

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018) indica que 13,4% da população possuem mais de 60 anos. Em 2010 havia 39 pessoas idosas para cada grupo de 100 jovens (0-14 anos) e em 2040 estima-se que haverá 153 pessoas idosas para cada 100 jovens (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O processo de envelhecimento no Brasil é descrito desde a década de 1970, por uma intensa transição demográfica e epidemiológica, que tem provocado significativas mudanças na estrutura etária da população. Estimativas recentes do IBGE indicam que, em 2060, a cada três brasileiros, um será pessoa idosa (IBGE, 2018).

Desta forma, tem-se observado uma mudança no processo saúde e doença da população com alterações no quadro de morbimortalidade (MENDES, 2011). Como consequência, o processo de envelhecimento populacional incorre no aumento de doenças crônicas não transmissíveis, com maior evidência no cenário da saúde pública, produzindo demandas que exigem respostas das políticas sociais e implicam em novas formas de cuidado (STOPA *et al.*, 2014).

Dentre as doenças crônicas, o DM constitui-se como um problema de saúde pública, considerado uma epidemia. Em 2017, a estimativa da população mundial com DM na faixa etária entre 18 e 99 anos, era de 451 milhões de pessoas e as projeções para 2045 é que esse número deve atingir 693 milhões (CHO *et al.*, 2018). No Brasil,

em 2017, estimou-se que 12,5 milhões de pessoas na faixa etária de 20 a 79 anos têm DM e pode haver 20,3 milhões em 2040 (IDF, 2017).

Estudo multicêntrico realizado no Brasil evidenciou a influência da idade na prevalência de DM, pelo incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos e de 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes (MILECH, 2016).

As implicações do DM para as pessoas idosas são, de modo geral, nocivas. Esta patologia acelera o processo do envelhecimento biológico que desencadeia alterações fisiológicas, que são diferentes do esperado pela idade cronológica (FRITSCHI *et al.*, 2017; SINCLAIR; RODRIGUEZ-MAÑAS, 2016).

Neste ínterim, estudos têm indicado que a presença de DM em pessoas idosas interfere na qualidade de vida: aumenta o risco de comprometimento da função motora; de incidência de sarcopenia; de desenvolvimento de síndrome de fragilidade quando comparada às pessoas idosas que não tem diabetes de mesma idade cronológica. Isso sugere um envelhecimento biológico precoce (FRITSCHI *et al.*, 2017; SINCLAIR; RODRIGUEZ-MAÑAS, 2016; WU; LIN; HSIUNG, 2015).

Deste modo, o envelhecimento populacional tem desafiado os atuais modelos de cuidado à saúde da população idosa com DM (STOPA *et al.*, 2014). Assim, a educação em saúde, a prevenção das complicações do agravo, a redução da fragilidade e a manutenção da autonomia e independência são ações que precisam ser ampliadas e fortalecidas nos serviços de saúde (VERAS, 2009).

Essas ações coadunam com a Atenção Primária à Saúde (APS), a qual se consolida por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS configura-se como o primeiro nível de atenção à saúde, cenário oportuno para o desenvolvimento de práticas de cuidado que considerem a pessoa em sua singularidade e complexidade (BRASIL, 2017b).

A proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa coloca a APS como a principal ordenadora do cuidado, envolvendo cenários como atenção ambulatorial e hospitalar especializada e elementos como acessibilidade, apoio familiar, integração com a comunidade e acolhimento humanizado (MÜLLER, 2015).

O cuidado da pessoa idosa com DM, frente à complexidade do processo de envelhecimento e do agravo, envolve a busca por atenção nos diferentes cenários que se articulam as variáveis sociais, provenientes da sua rede de apoio social, como condição fundamental para melhorar a qualidade de vida (BATTINI; MACIEL; FINATO, 2006; BRITO *et al.*, 2017). Esta consideração assume uma relevância ainda maior

quando direcionada às pessoas idosas com DM que têm entre sua rede de apoio as unidades de ESF. A ESF permite o acompanhamento longitudinal das pessoas com doença crônica e desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção das complicações e agravos (BRASIL, 2006a).

Um dos desafios postos à saúde da população idosa no âmbito da APS é ofertar cuidados que contemplem a promoção à saúde com ações preventivas e curativas, articuladas, de modo a garantir a integralidade do cuidado (MEDEIROS *et al.*, 2017). O exercício do cuidar requer conhecimento integral da pessoa, pois para o desenvolvimento do cuidado não se pode olhar apenas para uma parte da pessoa doente, mas em sua totalidade (TORRALBA, 2009).

Para Torralba (2009), a prática do cuidado implica uma ação, um envolvimento com capacidade de colocar-se no lugar do outro, e, sobretudo, na capacidade de escuta atenta. Nesse sentido, cuidar é uma ação que pressupõe a expressão alheia, que se fundamenta no respeito de permitir que o ser cuidado possa encontrar sentido em sua vida, apesar da situação de sofrimento.

A trajetória em busca pelo cuidado em diferentes cenários tem sido objeto de estudo da literatura socioantropológica. Desta forma, a pesquisa sobre Itinerário Terapêutico (IT) tem como “objetivo interpretar como as pessoas ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento e cuidado” (ALVES; RABELO, 1998, p. 125). O IT representa o movimento desencadeado pelas pessoas na busca de cuidados para a saúde, empreendidos nos diferentes subsistemas de cuidado a saúde (BELLATO *et al.*, 2009).

Na elaboração deste estudo, partiu-se da compreensão de que o IT é determinado pelas questões econômicas, sociais e ambientais, entendida a partir de um macro contexto cultural que influencia a busca por cuidados. Deste modo, o IT representa as escolhas pessoais, que são determinadas a partir de construções subjetivas, individuais e/ou coletivas acerca do processo de adoecimento (GERHARDT *et al.*, 2009a).

Para compreender o IT de pessoas idosas com DM, no presente estudo, adotou-se como guia, o sistema de cuidado à saúde propostos por Arthur Kleinman (1978). Esse autor propôs esclarecer o comportamento de procura de cuidados, pelas pessoas, levando em consideração a matriz cultural que consiste na interação de três subsistemas de cuidado: popular, profissional e folclórico (folk), nos quais as pessoas

circulam a partir da interpretação de sua condição de saúde ou doença e buscam possíveis ações que proporcionem o cuidado ou a cura (KLEINMAN, 1978).

Por conseguinte, o estudo em questão justifica-se pela convergência da temática com um conjunto de documentos e políticas públicas em saúde. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelecida pela Portaria nº 2.528 propõe o apoio e o desenvolvimento de estudos que contemplem a atenção integral e integrada à saúde das pessoas idosas (BRASIL, 2006b). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs estabelece prioridade em pesquisa na temática do acesso aos serviços de saúde com foco nas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs), na área da saúde da pessoa idosa, visando o fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). A Agenda de Prioridades em Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) no eixo saúde da pessoa idosa, salienta a relevância de estudos no contexto de cuidado na APS, com qualidade e resolutividade à saúde das pessoas idosas na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Frente a esse cenário, foi realizada uma busca<sup>1</sup> no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) a fim de identificar e caracterizar as tendências das produções científicas acerca da temática do IT de pessoas idosas. O resultado da busca identificou 179 estudos relacionados ao IT. Deste total, apenas sete estavam relacionados exclusivamente ao IT de pessoas idosas. Entre as situações de adoecimento encontradas, destacam-se: idosos sobreviventes ao câncer (BRUSTOLIN, 2015; VISENTIN, 2008), análise da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis de idosos com doenças isquêmicas do coração (BIULCHI, 2014), (re) internação de idosos em um hospital privado (FRANCISCO, 2015), atenção à saúde de mulheres idosas em situação de violência (RIBEIRO, 2011), repercussões para a família no cuidado à pessoa idosa em condição crônica por sofrimento psíquico (HILLER, 2010) e universalidade do acesso vivenciado por idosos nas unidades saúde da família (SILVA, 2014).

---

<sup>1</sup> Estudo de tendências realizado no mês de maio de 2018, na disciplina de Construção do Conhecimento em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSM. Em janeiro de 2020, o estudo foi atualizado, no qual se mantiveram as mesmas informações encontradas na primeira busca. Foi utilizada a palavra-chave “itinerário (s) terapêutico (s)” acrescido do operador booleano “AND” com as seguintes combinações de palavras e descritores: idosos, idoso, idosa, idosas. Esse estudo ainda não foi publicado e por isso não compõe de forma integral o corpus desse trabalho.

A partir dos estudos identificados, evidenciou-se uma lacuna na produção do conhecimento nos Programas de Pós-graduação em saúde no Brasil, em relação a essa temática. Diante deste contexto, tornam-se plausíveis investigações científicas que possam adensar o conhecimento nesta área, no sentido de compreender as experiências do adoecimento das pessoas e seus modos de produzir cuidado, empreendendo trajetórias nos diferentes subsistemas de cuidado.

Além disso, justifica-se a relevância do presente estudo em virtude da transição demográfica e epidemiológica e das projeções crescentes para o aumento da população idosa que pode apresentar um quadro de maior vulnerabilidade e ampliar suas possibilidades de maior incapacidade funcional, por consequência, do DM. Desta forma, descrever as conexões e os caminhos que as pessoas idosas com DM fazem em busca de cuidado, sob a perspectiva do olhar da pessoa idosa, constitui-se um desafio necessário para a promoção do cuidado que contemple a singularidade de cada pessoa no acompanhamento geriátrico e gerontológico.

Compreende-se que o papel do enfermeiro, no enfrentamento do adoecimento crônico, é desvelar problemas não identificados, utilizando a clínica ampliada aliada a subjetividade, a escuta e a observação. Para isso, faz-se necessário que o enfermeiro reconheça sua atuação para além do modelo biomédico, prática enraizada na formação e leve em consideração a singularidade do processo de envelhecimento no que se refere a identidade, crenças, modos próprios de entender a vida, a saúde e a doença das pessoas idosas.

No intuito de “olhar” o cuidado a partir da perspectiva da pessoa idosa, conhecendo sua história de vida e experiências, ancoradas nas vivências, busca-se com esse estudo, elucidar o IT das pessoas idosas com DM.

A partir dessas considerações, constituiu-se como objeto deste estudo: “o itinerário terapêutico de pessoas idosas com diabetes *mellitus*” e, como questão de pesquisa, qual o itinerário terapêutico realizado pelas pessoas idosas com diabetes *mellitus*, vinculadas a unidade de Estratégia Saúde da Família, em um município do Rio Grande do Sul? Para responder este questionamento, foi estabelecido como objetivo:

- Descrever o itinerário terapêutico de pessoas idosas com diabetes *mellitus*, cadastradas em unidades de Estratégia Saúde da Família, em um município do Rio Grande do Sul.



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com o intuito de dar sustentabilidade ao objeto do estudo, este capítulo apresentará uma contextualização temática, na qual está organizado a partir dos seguintes eixos temáticos: concepções acerca do IT; diabetes *mellitus* no processo de envelhecimento; o cuidado à saúde da pessoa idosa com diabetes *mellitus*; a Atenção Primária à Saúde e a conformação das redes de atenção à saúde da pessoa idosa.

### 2.1 CONCEPÇÕES ACERCA DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

A literatura socioantropológica acerca do IT propõe-se a interpretar os processos pelos quais as pessoas ou grupos sociais escolhem determinadas formas de tratamento. Estudo sobre IT aponta para a importância da experiência e a multiplicidade de caminhos e escolhas presentes nesse processo (ALVES; SOUZA, 1999). Esta temática fundamenta-se na evidência de que as pessoas encontram inúmeros modos de resolver os problemas de saúde, deparando-se com uma ampla possibilidade de serviços terapêuticos (pluralismo terapêutico) (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

A antropologia destaca-se na compreensão do fenômeno saúde e doença, aliado aos dados qualitativos e com o conhecimento técnico-científico das doenças. Deste modo, toda intervenção de prevenção e tratamento deve levar em consideração, as atitudes e crenças de uma determinada população (MINAYO, 1991).

A doença é tanto um fato clínico quanto um fenômeno sociológico. Ela exprime hoje e sempre um acontecimento biológico e individual e também uma angústia que pervaga o corpo social, confrontado com as turbulências do homem enquanto ser total. À medida que cristaliza e simboliza as maneiras como a sociedade vivencia coletivamente seu medo da morte e seus limites frente ao mal, a doença importa tanto por seus efeitos imaginários: ambos são reais do ponto de vista antropológico. A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social (MINAYO, 1991, p. 233).

Desta forma, o IT é um dos conceitos centrais nos estudos socioantropológicos da saúde. Historicamente, os primeiros trabalhos sobre IT foram produzidos tentando explicar o fenômeno saúde-doença e a forma como as pessoas buscam tratamento para as suas doenças e aflições (ALVES, 2016).

Para Gerhardt, Burille, Müller (2016), a temática do IT tem origem nas correntes de pensamento de Mechanic e Volkart (1961), consiste em uma perspectiva centrada no comportamento do doente (*illness behaviour*), em que as escolhas individuais são dirigidas tanto pelas práticas de cuidados biomédicos quanto pela demanda e oferta dos serviços de saúde, no sentido de satisfazer suas necessidades pessoais. No entanto, esse modelo é permeado por inúmeras fragilidades, pois a análise dos IT não se limita a identificar a disponibilidade de serviços, ou como as pessoas fazem uso dos serviços de saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

Uma segunda vertente dos estudos sobre comportamento do enfermo buscou investigar a influência exercida pelos valores culturais na escolha de respostas para os problemas de saúde. Assim, torna-se importante levar em consideração que as escolhas de cuidado ou tratamento são influenciadas pelo contexto sociocultural em que ocorrem (ALVES; RABELO, 1998). Deste modo, “desloca-se o foco de interesse da percepção individual ou de grupo sobre a doença, para o contexto onde o cuidado ocorre” (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016, p. 51).

Para Cabral *et al.* (2011) estudos com IT apresentam abordagens variadas, nos quais pontua-se que o principal centro de interesse dos estudos refere-se às percepções do paciente acerca da doença e a influência destas em seu comportamento com relação a procura por tratamento. Outra linha estrutura-se a partir da avaliação das redes de serviços na garantia de acesso, considerando a forma de organização dos programas educativos em saúde com foco nos fluxos de cuidado. Entre essas duas perspectivas encontra-se uma terceira que considera o processo saúde, doença e cuidado em um macro-contexto cultural determinado por fatores econômicos e sociais, que envolve também uma dimensão subjetiva e cultural a qual vai interferir na forma como as pessoas utilizam os serviços de saúde.

O IT possibilita dar visibilidade às necessidades em saúde e revela as questões culturais que se estabelecem no cotidiano da busca pelo cuidado, assim, “constitui-se como um dispositivo revelador da cultura do cuidado [...]” (PINHEIRO *et al.*, 2016, p. 23). Desta forma, o IT retrata a “multiplicidade de relações sociais com potenciais de cuidado, como também tensiona as práticas constituídas no campo da saúde sobre a experiência de adoecimento, redes de apoio, acesso e adesão a escolhas terapêuticas [...]” (PINHEIRO *et al.*, 2016, p. 23).

Quando uma pessoa está diante de um processo de adoecimento, busca diferentes modos e alternativas para solucionar a situação. Essa trajetória em busca

da solução para seu problema de saúde pode incluir diferentes estratégias de cuidado provenientes de sua família, pessoas e da comunidade (amigos e vizinhos), configurando-se os Itinerários Terapêuticos (BURILLE, 2012).

A construção do IT, em seu percurso teórico metodológico, tem possibilitado conhecer discursos e práticas que expressam como as pessoas adoecem e quais são os sistemas de cuidado mobilizados por elas na busca pelo cuidado. Simultaneamente, evidencia-se seu potencial de desvelar como os serviços de saúde estão organizados para oferecer o cuidado profissional, que poderá ser ou não resolutivo no cuidado ofertado (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

As trajetórias configuradas nesse IT são fruto de escolhas feitas pela pessoa doente, dentre uma possibilidade de opções de cuidado e segundo determinações próprias. No entanto, na construção desse trajeto é importante considerar algumas dimensões dos serviços de saúde, e como eles estão organizados, podendo dificultar o acesso e trazendo implicações em suas trajetórias (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Dentre os múltiplos fatores presentes na dinâmica do enfrentamento de uma doença, os aspectos econômicos, culturais e sociais, resultantes de um espaço de ação e interação social são determinantes na constituição destes itinerários. Nesse cenário, as pessoas estabelecem relações de apoio, as quais conduzem a práticas terapêuticas que auxiliam no enfrentamento de situações cotidianas (GERHARDT *et al.*, 2009b).

Os IT são representados pelas decisões, negociações e avaliações que as pessoas exercem no processo de viver com sua condição crônica, desta forma, as experiências são construídas pelas pessoas em seu contexto de relações sociais (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Deste modo, Gerhardt *et al.* (2009b, p. 291) descrevem o conceito de IT:

[...] as diferentes práticas em saúde e os caminhos em busca de cuidado, nos quais se desenham múltiplas trajetórias em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes - sob forma de redes sociais formais e informais - e da resolutividade obtida. Salieta que as redes informais são constituídas por relações que não se estabelecem por instituições, mas por dispositivos sociais, como posição e papel social na comunidade. Logo nas redes formais, compreende-se que as relações são estabelecidas em função da posição e do papel social na instituição.

A reflexão teórica sobre IT abarca dimensões importantes: baseia-se em uma perspectiva centrada na experiência da pessoa doente e sua família em seus distintos modos de produzir cuidado, permeados pelo meio cultural que se torna determinante nas escolhas. E também como os serviços de saúde ofertam cuidados e acolhem as necessidades de saúde (BELLATO *et al.*, 2016b).

No entanto, os crescentes entraves na organização e funcionamento das redes de serviços de saúde têm mobilizado pesquisadores das áreas de ciências sociais e humanas em saúde, como forma de subsidiar a avaliação dos serviços de saúde (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016). A construção dos IT permite compreender “discursos e práticas, que expressam diferentes lógicas através dos quais os princípios de integralidade e resolutividade são questionados a partir da busca por cuidados [...]” (GERHARDT, BURILLE, MÜLLER, 2016, p. 30). Cabe, compreender que existem diferentes formas de cuidado, e não somente os cuidados ofertados pelo sistema de saúde formal (BURILLE, 2012).

Ressalta-se que os IT representam mais que um transitar entre os diversos sistemas de cuidado, os usuários constroem pontos de intersecção entre eles buscando o cuidado. Possivelmente, neste caminhar em busca de ter sua necessidade atendida, os sujeitos não seguem fluxos pré-determinados, pois não identificam os sistemas como excludentes ou incoerentes. Nessa perspectiva, a pessoa parece valorizar as diversas práticas e saberes que compõe cada subsistema buscando a integralidade à sua maneira (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

O IT não segue fluxo prévio nos percursos pelo cuidado e cura, pois sofrem influências dos fatores socioeconômicos e simbólicos. Esses fatores são dinâmicos e variam de acordo com a trajetória de vida das pessoas e com o contexto em que estão inseridos. Desta forma, os IT se constituem como uma prática avaliativa centrada no usuário, capaz de revelar as múltiplas redes tecidas pelo sujeito e o modo como são estabelecidas e constituídas as relações sociais (BURILLE, 2012; PRUDÊNCIO, 2017).

Desta forma, conhecer o IT permite analisar as redes de sustentação e de apoio que são construídas pelos usuários, família e profissionais, evidenciando que novas redes vão se constituindo no percurso destes sujeitos. O IT também possibilita apreender discursos que expressam diferentes lógicas, das quais os princípios de integralidade e resolutividade na atenção podem ser questionados (PINHEIRO *et al.*, 2008).

### 2.1.1 O sistema de cuidado à saúde sob o enfoque cultural

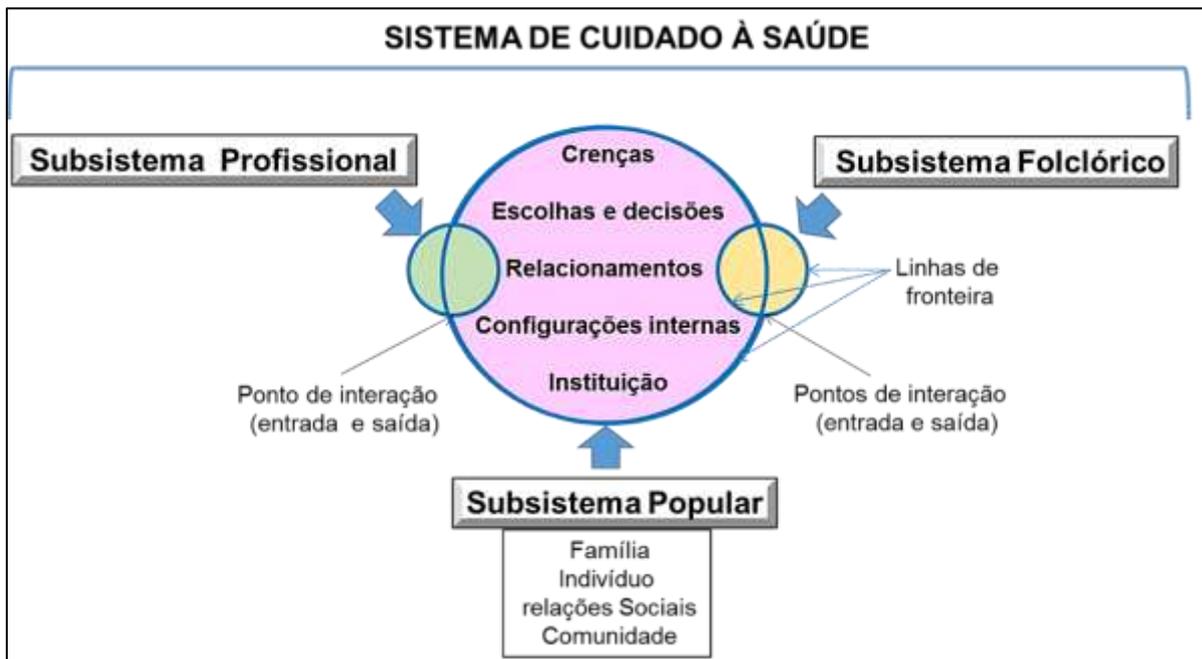
Ao identificar algum problema de saúde, as pessoas iniciam a busca pelo cuidado, na tentativa de solucionar o que lhe causa incômodo ou traz algum tipo de sofrimento. Nem sempre esses cuidados estão no âmbito do subsistema de cuidado profissional e sofrem influência das questões culturais e sociais. Neste sentido, Kleinman (1978) propôs que as inúmeras atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural, que denominou de sistema de cuidado à saúde.

Kleinman (1980) explica que a doença e o tratamento pressupõem a elaboração de significados pessoais e sociais sobre a experiência da enfermidade. Este significado orientaria a escolha entre as terapias existentes, ainda que, a decisão do tratamento possa ser pessoal, ela requer correlações com o contexto cultural da pessoa ou grupo social.

A influência do universo social e cultural sobre as percepções das pessoas nas ações em saúde são relevantes para as intervenções preventivas e terapêuticas na área do cuidado. Conceber a cultura no processo de cuidado permite que a pessoa seja respeitada dentro do complexo processo de escolhas terapêuticas (UCHÔA; VIDAL, 1994).

No sistema de cuidado à saúde, Kleinman (1978) expõe que a doença é experienciada em três “arenas sociais (popular, folclórica e profissional) e constituem realidades distintas e culturalmente constituídas [...]” (KLEINMAN, 1978, p. 2). Em seu desenho teórico (Figura 1) faz relações e intersecções entre os subsistemas de cuidado, na qual o subsistema de cuidado popular corresponde entre 70 e 90% do gerenciamento das doenças. É neste âmbito que a maioria das decisões e avaliações leigas acerca da eficácia dos tratamentos são realizadas. Os subsistemas de cuidado ajudam a construir formas distintas de realidade social, legitimadas pelas crenças, escolhas pessoais, relações com instituições, família e comunidade (KLEINMAN, 1978). Cada subsistema de cuidado apresenta crenças e normas de conduta específicas validando diferentes alternativas terapêuticas (UCHÔA; VIDAL, 1994).

Figura 1 - Estrutura do sistema de cuidado à saúde



Fonte: Adaptado de Kleinman (1978, p. 2).

Dentre os subsistemas de cuidado, pode-se ressaltar que o popular é constituído pelo domínio não profissional ou não especializado da sociedade e inclui a família, a comunidade e todo tipo de atividade e de apoio de redes sociais. Neste cenário, encontram-se as pessoas, as famílias, a rede social e as crenças que permeiam a cultura popular. Nesse subsistema são tomadas as decisões sobre a entrada em outros subsistemas a partir das crenças, valores e cultura familiar (KLEINMAN, 1978).

O subsistema de cuidado folclórico (*folk*) constitui-se de especialistas em cura, não profissionais, não reconhecidos legalmente. Esses especialistas têm amplo reconhecimento da sociedade e, geralmente, estão fortemente ligados ao subsistema popular. Inclui todas as opções terapêuticas disponíveis que vão desde massagens, remédios caseiros e práticas religiosas (KLEINMAN, 1978).

O subsistema de cuidado profissional compõe a rede oficial de assistência à saúde. Inclui o cuidado de diversos núcleos profissionais, que tem centrado em seu fazer o modelo biomédico, mesmo quando os problemas são de natureza social ou cultural. O modelo biológico tem domínio no campo profissional, e também procura controlar os demais subsistemas (KLEINMAN, 1978).

As relações entre interpretação da doença e a busca por cuidado, nem sempre se encaixam na lógica do sistema de saúde escolhido. Assim, a organização interna do sistema de cuidado à saúde de Kleinman (1978) expressa a relação e a intersecção entre os subsistemas de cuidado a partir da questão cultural. Para compreender como esse cuidado se estrutura no interior de cada subsistema, bem como suas relações, Kleinman (1978) desenvolveu o modelo explicativo de comportamento.

Por meio do modelo explicativo do comportamento, se esclarece o comportamento de procura de cuidados pelas pessoas, levando em consideração a origem cultural e social e como esses fatores intervêm no campo da saúde (ALVES; RABELO, 1998). A proposta de Kleinman, no modelo explicativo de comportamento, contribuiu para a configuração de um novo olhar sobre a doença, saúde e cura a partir de uma experiência coletiva do próprio doente e das pessoas que o cercam em um determinado ambiente cultural (KLEINMAN, 1978). É a partir destes subsistemas de cuidado que as pessoas e grupos sociais concebem o tratamento e cura, adentrando nos caminhos pelos cuidados e assim constituindo-se o IT.

Em razão do exposto, deve-se considerar como os subsistemas de cuidado à saúde, influenciam no IT das pessoas idosa com DM, a partir de suas realidades socioculturais. Para o subsistema de cuidado profissional, em especial para a enfermagem, conhecer o IT percorrido pelas pessoas idosas possibilita o planejamento dos cuidados dentro da realidade sociocultural que sofre influências das questões sociais e familiares.

É por meio da cultura que se fornecem padrões para a construção da realidade social. A compreensão cultural estabelece uma vinculação entre as formas de pensar e as formas de agir das pessoas ou de um grupo. Nessa perspectiva, considera-se que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas (GEERTZ, 1989).

Os aspectos socioculturais influenciam a saúde, a doença e o processo de cura e cuidado. As crenças, atitudes e práticas relacionadas a problemas de saúde são características fundamentais de uma cultura, do complexo cultural das pessoas e das populações (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

## 2.2 DIABETES *MELLITUS* NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento apresenta ritmo e evolução individual entre pessoas de mesma faixa etária, a qual sofre influência dos fatores genéticos e ambientais, tais como doenças, estilo de vida e fatores sociais (MORAES, 2016). Os fatores sociais incluem elementos psicológicos como as relações pessoais, a família, o trabalho e diversas experiências, que podem afetar várias funções biológicas, resultando na alteração das condições fisiológicas e patofisiológicas (MORAES, 2016; WU; LIN; HSIUNG, 2015).

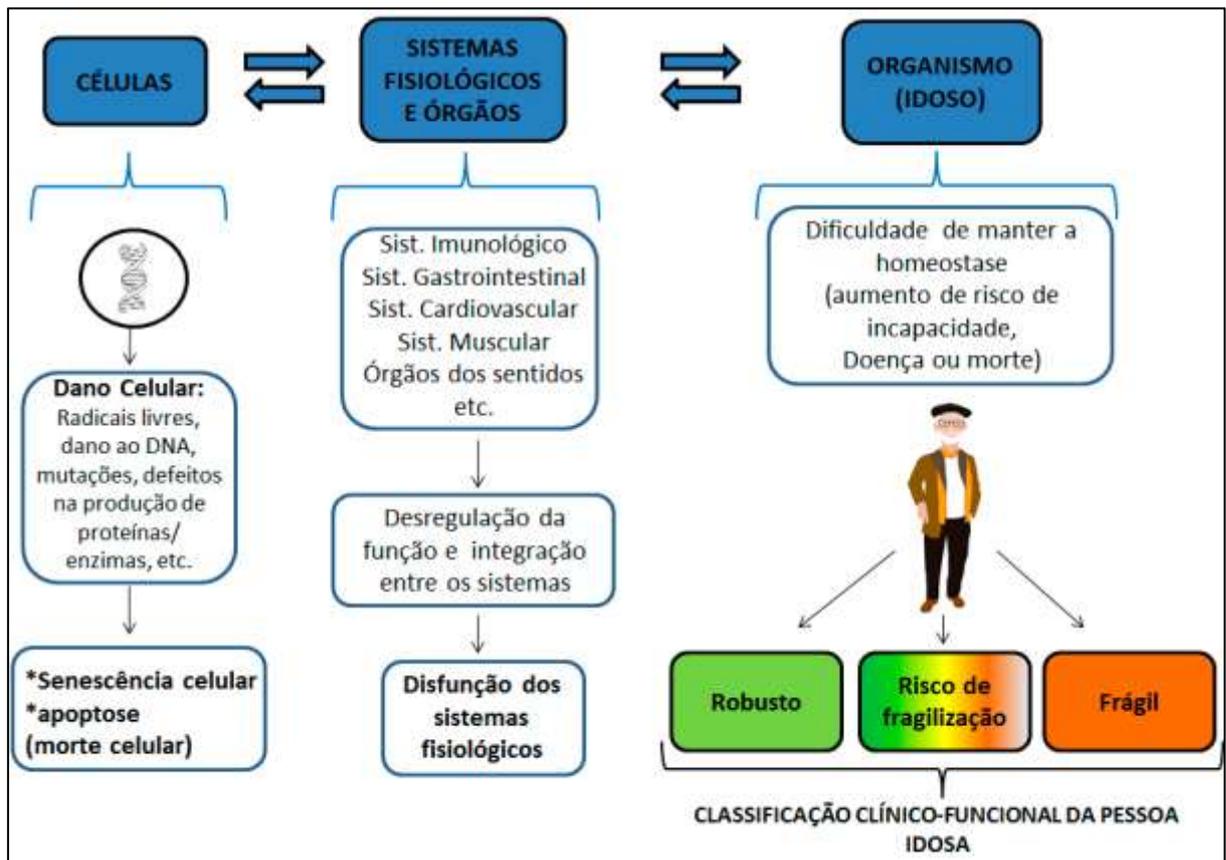
Por volta dos 30 anos, o organismo atinge o máximo das suas funções orgânicas, incorrendo em declínio das funções com perda de 1% ao ano em todos os sistemas fisiológicos. Portanto, o processo de envelhecimento biológico é caracterizado pela deterioração progressiva das funções com risco crescente de falhas ao longo do tempo, tipicamente envolvendo a acumulação e danos ao longo da vida, que podem se diferenciar entre as pessoas (WU; LIN; HSIUNG, 2015).

A sobrevivência e saúde de um organismo baseiam-se nas interações dinâmicas entre vários mecanismos fisiológicos, que permitem ao organismo uma resposta adequada frente ao estresse, mantendo assim a homeostase (MORAES, 2016; SINCLAIR; RODRIGUEZ-MAÑAS, 2016).

A Figura 2 ilustra os principais determinantes do processo de envelhecimento no âmbito celular, em órgãos e sistemas que afetam todos os sistemas do organismo (MORAES, 2016). Em nível celular, o aumento da produção de radicais livres incorre em danos ao DNA, mutações e falhas de produção de proteínas ou enzimas ocasionando senescência celular e apoptose.

Em nível mais complexo, em órgãos e no âmbito de sistemas fisiológicos, pode haver menor capacidade funcional e debilidade de resposta integrada entre os sistemas. O funcionamento reduzido de vários sistemas pode degradar estas interações dinâmicas, conseqüentemente prejudicando os mecanismos celulares e fisiológicos responsáveis por manter a homeostase e, desta forma, aumentar o risco de falhas em nível do organismo (incapacidades, progressão das doenças clínicas e morte) na presença de estresse (MORAES, 2016; WU; LIN; HSIUNG, 2015).

Figura 2 - Principais determinantes do processo de envelhecimento



Fonte: Adaptado de Moraes (2016, p. 44).

Como resultado do maior ou menor nível de capacidade de manter a homeostase, a pessoa idosa pode ser classificada em: idoso robusto, em risco de fragilização e idoso frágil (MORAES, 2016). Entende-se por idoso robusto aquele que desenvolve sua atividade básica de vida diária (ABVD) de forma independente e autônoma e não apresenta incapacidades funcional ou condições crônicas de saúde. Sua condição é definida pela ausência de declínio funcional (MORAES, 2016).

O idoso em risco de fragilização apresenta risco iminente de declínio funcional. Gerencia sua vida de forma independente e autônoma, mas o risco de dependência funcional é alto. Manifesta uma ou mais condições crônicas de saúde (MORAES, 2016). A fragilidade em pessoa idosa é caracterizada pelo declínio funcional estabelecido, dependência das ABVDs, comorbidades, polimedicações, sarcopenia entre outros (MORAES, 2016; SINCLAIR; RODRIGUEZ-MAÑAS, 2016).

Ao analisar o processo de envelhecimento, cabe elucidar alguns conceitos. O termo senescência e velhice não são sinônimos, já que a velhice é um fenótipo

caracterizado pelos branqueamentos dos cabelos, calvície e rugas, como também, mudanças dos papéis sociais, perda de amigos e aposentadoria (MORAES, 2016).

Compreende-se a senescência como um fenômeno “normal” progressivo, cumulativo, individual, sistêmico e deletério característico do próprio ser humano. Já o termo senilidade, é associado a um fenômeno “anormal” do envelhecimento, relacionado a aspectos fisiopatológicos (MORAES, 2016).

De um lado, melhorias nas condições de vida, eliminação das doenças infecciosas, imunização e desenvolvimento de novas tecnologias médicas estão possibilitando que as pessoas vivam ao máximo de sua capacidade fisiológica (MORAES, 2016).

Por outro lado, no processo de envelhecimento, o desenvolvimento de DM representa o agravamento progressivo de múltiplas alterações metabólicas relacionadas com a idade, com contribuição de fatores ambientais, genéticos e comportamentais. Em nível funcional, as pessoas com DM têm maior declínio funcional comparadas a outras pessoas idosas sem DM; este é associado a incapacidade, morbidade, mortalidade e institucionalização (PERKISAS; VANDEWOUDE, 2016).

Portanto, diante da complexidade do processo de envelhecimento e da relevância do DM nesse processo, faz-se necessário compreender as inter-relações desta patologia na pessoa idosa. O DM caracteriza-se como um distúrbio metabólico originário da ausência ou deficiência da produção de insulina, ou de sua ação, que acarreta hiperglicemia, ocasionando complicações a longo prazo. A classificação do DM tem sido baseada em sua etiologia (OLIVEIRA; MONTENEGRO JUNIOR; VENCIO, 2017).

O DM tipo 1 decorre da destruição das células  $\beta$  pancreáticas, impossibilitando completamente a produção de insulina. Tem caráter autoimune, poligênico e é mais frequente na infância e adolescência, mas pode ser diagnosticado em adultos (OLIVEIRA; MONTENEGRO JUNIOR; VENCIO, 2017; KATSAROU *et al.*, 2017).

O DM tipo 2 resulta da secreção insuficiente de insulina pelas células  $\beta$  do pâncreas ou aumento da resistência à insulina. O desenvolvimento do DM2 envolve aspectos multifatoriais, relacionados a componentes ambientais e genéticos, e corresponde em torno de 95% de todos os casos de DM (SKYLER *et al.*, 2017).

De modo geral, o DM2 acomete pessoas a partir da quarta década de vida e não está completamente esclarecido. Como fatores de risco para DM2 podem ser

citados: avançar da idade, história familiar da doença, obesidade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes e presença de componentes da síndrome metabólica, tais como hipertensão arterial e dislipidemia (OLIVEIRA; MONTENEGRO JUNIOR; VENCIO, 2017; SKYLER *et al.*, 2017).

As principais complicações do DM são originadas de agressões vasculares de pequenas artérias (microangiopatias) e de grandes artérias (macroangiopatias), que acarretam aterosclerose. As macroangiopatias aumentam o risco de doença coronariana e doença cerebrovascular, como o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC). Por sua vez, a microangiopatia pode ocasionar retinopatia, neuropatia e nefropatia (MORAES, 2016; SKYLER *et al.*, 2017).

A aterosclerose dos membros inferiores, como também, a neuropatia periférica, resulta em uma das complicações mais frequentes do DM, conhecida como “pé diabético”. A redução da sensibilidade nervosa periférica, maior risco de lesões e infecções, dificuldade de cicatrização, aumento do risco de gangrena, acarretam maior risco de amputação dos pés ou membro inferior (MORAES, 2016).

O DM tem contribuído para agravos no sistema músculo esquelético (FRITSCH *et al.*, 2017; SINCLAIR; RODRIGUEZ-MAÑAS, 2016), na função cognitiva e na saúde mental (MUNSHI, 2017; RAWLINGS *et al.*, 2014), além de ser associado a diversos tipos de câncer (WOJCIECHOWSKA *et al.*, 2016).

De modo geral, o DM contribui com o processo de envelhecimento precoce provocando alterações em nível celular, de órgãos e sistemas fisiológicos funcionais, resultando em declínio funcional, pré-fragilidade e fragilidade quando comparado a pessoas idosas que não têm diabetes da mesma idade (SINCLAIR; RODRIGUEZ-MAÑAS, 2016; WU; LIN; HSIUNG, 2015).

O declínio cognitivo pode acompanhar o processo de envelhecimento, resultante de alterações na plasticidade sináptica e estrutura cerebral e está associado a componentes multifatoriais. Essas alterações podem predispor pessoas a distúrbios neurodegenerativos, como a doença de Alzheimer e doença de Parkinson (KHAN; SINGER; VAUGHAN, 2017). Em relação às pessoas idosas com DM, há um risco maior de desenvolverem demência, tanto de origem vascular quanto neurodegenerativa (MUNSHI, 2017).

Segundo Munshi (2017) o DM tipo 2 está associado a um aumento de aproximadamente 1,5 a 2,5 vezes ao risco de demência. Rawlings *et al.* (2014) em estudo de coorte prospectivo que acompanhou pessoas idosas por um período de 20

anos, associou um maior declínio cognitivo (19%) em pessoas idosas com DM em relação às pessoas idosas que não tinham DM. A disfunção cognitiva afeta sobremaneira na condução do tratamento e no autogerenciamento do DM, deste modo, pessoas com disfunção cognitiva têm dificuldade em realizar o autocuidado, reduzindo significativamente a qualidade de vida (SCHERNTHANER; SCHERNTHANER-REITER, 2018).

Outro aspecto importante que poderá alterar o tratamento da pessoa idosa com DM é a catarata, a qual ocorre com uma frequência três vezes maior do que na população em geral. A catarata, associada a retinopatia diabética, pode comprometer gravemente a acuidade visual e, inclusive, dificultar a autonomia para a administração adequada do uso de insulina e de medicamentos orais (OLIVEIRA; MONTENEGRO JUNIOR; VENCIO, 2017).

O aumento do risco de quedas em pessoas idosas com DM está associado a morbidade e mortalidade significativas. Taxas de incidência anuais de 39% ocorrem em pessoas maiores de 65 anos, e fatores potenciais relacionados a esse risco aumentado incluem polifarmácia, deficiência visual, neuropatia periférica e hipoglicemia (HEWSTON; DESHPANDE, 2016).

O déficit da função motora contribui com a mobilidade prejudicada e maior risco de quedas. Dessa maneira, Fritschi *et al.* (2017) identificam um declínio precoce da função motora em pessoas idosas com DM. Da mesma forma, vários estudos relacionam DM a um maior risco de sarcopenia e déficit da função muscular em pessoas idosas, indicando um processo de envelhecimento precoce (SINCLAIR; RODRIGUEZ-MAÑAS, 2016; WU; LIN; HSIUNG, 2015). Nesse sentido, a deficiência da função motora é um fator que pode contribuir com a síndrome de fragilidade em pessoas idosas, como também, comorbidades e polifarmácia, entre outros (FRITSCHI *et al.*, 2017; SINCLAIR; DUNNING; RODRIGUEZ-MAÑAS, 2015).

Pessoas idosas com DM têm maiores taxas de morte prematura e de doenças coexistentes, tais como hipertensão, doença cardíaca, doença vascular cerebral e insuficiência renal, em comparação com aquelas sem DM (SCHERNTHANER; SCHERNTHANER-REITER, 2018; SINCLAIR; RODRIGUEZ-MAÑAS, 2016).

Estudo realizado na França, que acompanhou 997 pessoas idosas com DM, apontou para um aumento das complicações cardiovasculares de 47% para 67% durante o acompanhamento de 5 anos, incluindo insuficiência cardíaca, doença vascular periférica e doença cerebrovascular. A insuficiência cardíaca mais que

dobrou durante o acompanhamento (9% a 20%) como também, amputação e lesões nos pés foram consideradas preditores de baixa sobrevivência (BAUDUCEAU *et al.*, 2018).

Nas condições de doenças cardiovasculares os episódios hiperglicêmicos podem antecipar eventos agudos de doença arterial coronariana (DAC) e doença cerebrovascular, frequentemente associada ao DM (OLIVEIRA; MONTENEGRO JUNIOR; VENCIO, 2017).

As pessoas idosas com DM também apresentam maior risco de desenvolver incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência urinária e esfincteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar (SCHERNTHANER, SCHERNTHANER-REITER, 2018; SINCLAIR; DUNNING; RODRIGUEZ-MAÑAS, 2015).

Considerando o modelo do envelhecimento biológico, o DM pode promover o envelhecimento precoce em diferentes níveis, tanto a nível celular quanto sistêmico, gerando maior risco de incapacidade funcional, sarcopenia, vulnerabilidade e risco de síndrome da fragilidade (KHAN; SINGER; VAUGHAN, 2017; WU; LIN; HSIUNG, 2015).

O cuidado à pessoa idosa com DM precisa ser individualizado considerando, não apenas o envelhecimento cronológico, mas, principalmente, a luz do envelhecimento biológico. O processo de envelhecimento associado com DM requer atenção especial, no que se refere, às políticas de cuidado das pessoas idosas em função do maior risco de vulnerabilidade.

### 2.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM DIABETES

O cuidado existe desde o início da história da humanidade, e é por meio dele que a vida se mantém. Durante muitos anos, não esteve atrelado a nenhuma prática profissional e sua história se constitui pautado na garantia da preservação da vida como instrumento para evitar a morte (COLLIÈRE, 1989).

A enfermagem, como profissão, consolidou-se a partir da prática do cuidado às pessoas doentes. O cuidar é o sentido moral da prática da enfermagem, que se fundamenta sobre dois aspectos principais: a pessoa que recebe o cuidado tem necessidades físicas, mentais e emocionais, e o cuidador que deve se autoconhecer

ou ter consciência de si e de suas necessidades. Desta forma, essa relação é considerada uma pré-condição para se relacionar com outras pessoas e exercer o cuidado (WALDOW, 2004).

Embora, a relação de cuidado não possa ser generalizada, ela ocorre de diferentes formas, algumas com mais êxito do que outras, pois as pessoas são diferentes com necessidades diferentes e em situações também distintas. Na enfermagem, o cuidado tem como finalidade aliviar o sofrimento das pessoas, manter a dignidade e ajudar a manejar as situações complexas da experiência do viver e adoecer (WALDOW, 2004).

Ao refletir sobre o cuidado, cabe ressaltar a importância de reconhecer algumas especificidades no cuidado à pessoa idosa. A portaria que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) considera que o conceito de saúde para as pessoas idosas se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006b). A independência e autonomia estão intimamente relacionadas, sendo ambas consideradas como o principal indicador de saúde e de capacidade funcional (MORAES, 2016).

A OMS divulgou em 2005 a proposta de envelhecimento ativo, atenta à manutenção da saúde, com foco na autonomia e independência funcional das pessoas idosas. Em 2015, a OMS lançou o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, que objetiva promover a capacidade funcional durante todo o ciclo de vida por meio da adoção de medidas de envelhecimento saudável.

No Brasil, a PNSPI tem por objetivo assegurar os direitos sociais das pessoas idosas, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMINI, 2016).

A PNSPI estabelece como meta para o cuidado à saúde das pessoas idosas brasileiras, a condição de funcionalidade, entendendo que as incapacidades funcionais e as limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do processo de envelhecimento, embora reconheça que a prevalência de incapacidade aumente com a idade e que esse fator sozinho não prediz incapacidade (BRASIL, 2006b).

Neste ínterim, a PNSPI reforça que a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deve ser estruturada a partir de dois grandes eixos norteadores para a integralidade das ações: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família

e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006b).

Um fator de risco considerado para a redução da vitalidade, pode ser a idade, porém não é determinante. Pessoas idosas com a mesma idade podem ter vitalidades diferentes. Desta forma, o envelhecimento não segue um padrão de homogeneidade, é um processo inevitável, associado a diversas alterações biológicas, psíquicas e sociais (MORAES, 2016). O processo é complexo para o atendimento das dimensões clínicas, funcionais, sócio ambientais, espirituais e educativas, assim requer que a pessoa idosa seja avaliada sob uma perspectiva abrangente e multidisciplinar (BARBOSA *et al.*, 2017).

No contexto da pessoa idosa, a capacidade funcional pode ser definida como a habilidade para desempenhar funções físicas e mentais, necessárias para o desenvolvimento de autonomia e independência (BERLEZI *et al.*, 2016) e pode ser avaliada sob dois aspectos integrados: às atividades básicas da vida diária (ABVD) e às atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Salienta-se que as ABVDs, estão relacionadas ao autocuidado, como banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, alimentar-se (DEL DUCA *et al.*, 2009). Já as AIVDs compreendem outras atividades indicativas da capacidade das pessoas de levar uma vida independente e adaptada ao meio ambiente, incluindo realizar atividades cotidianas mais complexas, que abarcam o trabalho, a participação social, e a recreação (LAWTON; BRODY, 1969). No entanto, o declínio na capacidade funcional não pode ser visto como algo normal da idade (MORAES, 2016).

O cuidado à pessoa idosa com DM sofre influência não apenas dos serviços intersetoriais, mas também são impactados por arranjos familiares, fatores sociais e econômicos, hábitos de vida, aspectos culturais, vulnerabilidade e doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) (MÜLLER, 2015).

A enfermagem deve incluir e orientar a família para os cuidados às pessoas idosas com DM, caso a pessoa encontre dificuldades, e não consiga adequar-se a nova rotina. A inclusão da família nesse cuidado pode possibilitar maior adesão e compreensão das modificações relacionadas ao DM já que a família conhece os hábitos de vida da pessoa idosa (BATISTA *et al.*, 2014).

Em relação ao cuidado da pessoa idosa com DM, deve-se levar em consideração que ela é mais propensa a desenvolver comorbidades, impactando diretamente no controle da glicemia e na gestão do cuidado (TANQUEIRO, 2013).

O cuidado de enfermagem no atendimento geriátrico e gerontológico à pessoa idosa com DM, consiste em um conjunto de orientações, objetivando a compreensão da mudança de comportamento, com a finalidade de que a pessoa desenvolva capacidade e habilidades para o autocuidado, contribuindo para uma vida mais independente e autônoma (BATISTA *et al.*, 2014).

Para Silva *et al.* (2018) a atuação do enfermeiro tem grande relevância, seja na consulta de enfermagem, nas atividades educativas ou coletivas, ou em movimentos com a comunidade que possibilitem reflexões sobre a condição de saúde das pessoas idosas com condição crônica, estimulando-as ao autocuidado. Assim, a pessoa idosa com DM deve ser assistida de forma diferenciada. Destaca-se o estímulo para a autonomia e independência, de maneira que favoreça o processo de empoderamento para o autocuidado e a adesão a terapêutica (CARVALHO *et al.*, 2018).

As pessoas idosas com DM exigem da equipe de saúde atenção e acompanhamento constante, pois a forma como enfrentam a doença é decisiva para a qualidade de vida. A doença crônica impõe a essas pessoas a capacidade de gerir os seus problemas e ao profissional o acompanhamento dos resultados (TANQUEIRO, 2013). A atuação do enfermeiro deve possibilitar uma análise das necessidades individuais de cuidado, bem como os aspectos que interferem na adesão terapêutica da pessoa, favorecendo uma abordagem mais precisa e próxima da realidade (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018). O atendimento às necessidades da pessoa idosa, deve reconhecer as mudanças ao longo da vida e incluir as diversas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais que implicam no cuidado (SANTOS; GUERRA, SILVA, 2015).

Por conseguinte, as intervenções dos enfermeiros devem perpassar pelas orientações, exigindo competências técnicas e comunicacionais relacionadas a efetividade do autocuidado na perspectiva que as pessoas portadoras de uma doença crônica tenham uma vida com qualidade (TANQUEIRO, 2013).

O DM é uma doença que ocasiona repercussões e requer mudanças cotidianas na vida das pessoas idosas. Assim, é importante o enfermeiro identificar as alterações emocionais, físicas e sociais que possam impactar na condução do tratamento e na efetivação do cuidado de enfermagem no atendimento geriátrico e gerontológico.

## 2.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A CONFORMAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Considerada como modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é comumente representada pelos serviços ambulatoriais, voltados a responder às necessidades de saúde mais frequentes da população (GIOVANELLA, 2006; STARFIELD, 2002). Será utilizado nesse trabalho o termo APS, por ser reconhecido internacionalmente.

A APS, também chamada de atenção básica<sup>2</sup> no Brasil é definida como a porta principal de entrada do SUS, compreendendo um conjunto de ações, voltadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação (BRASIL, 2017b).

O SUS está orientado pela APS, a qual orienta-se pelos atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade; integralidade e coordenação do cuidado; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

A saúde da população idosa passou a ser considerada prioritária no contexto do SUS, e desta forma, da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo fortemente alicerçado nos atributos da APS ampliou o acesso e qualificou o cuidado (BRASIL, 2006a). Destaca-se que a ESF, no Brasil é considerada como serviço prioritário de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2017b).

A PNSPI reitera a APS como a principal porta de entrada das pessoas idosas às redes de atenção à saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2006b).

Compreendem-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia estruturante do modelo de atenção à saúde instituída pelo Ministério da Saúde, a fim de superar o modelo fragmentado apresentando múltiplas conexões entre os serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, missões assistenciais e articuladas de forma complementar ao cuidado para atender às necessidades de saúde das pessoas (BRASIL, 2010a).

---

<sup>2</sup> Os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) são utilizados como equivalentes, tal como definido no Art. 1º, da Portaria nº 2.436/2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento”.

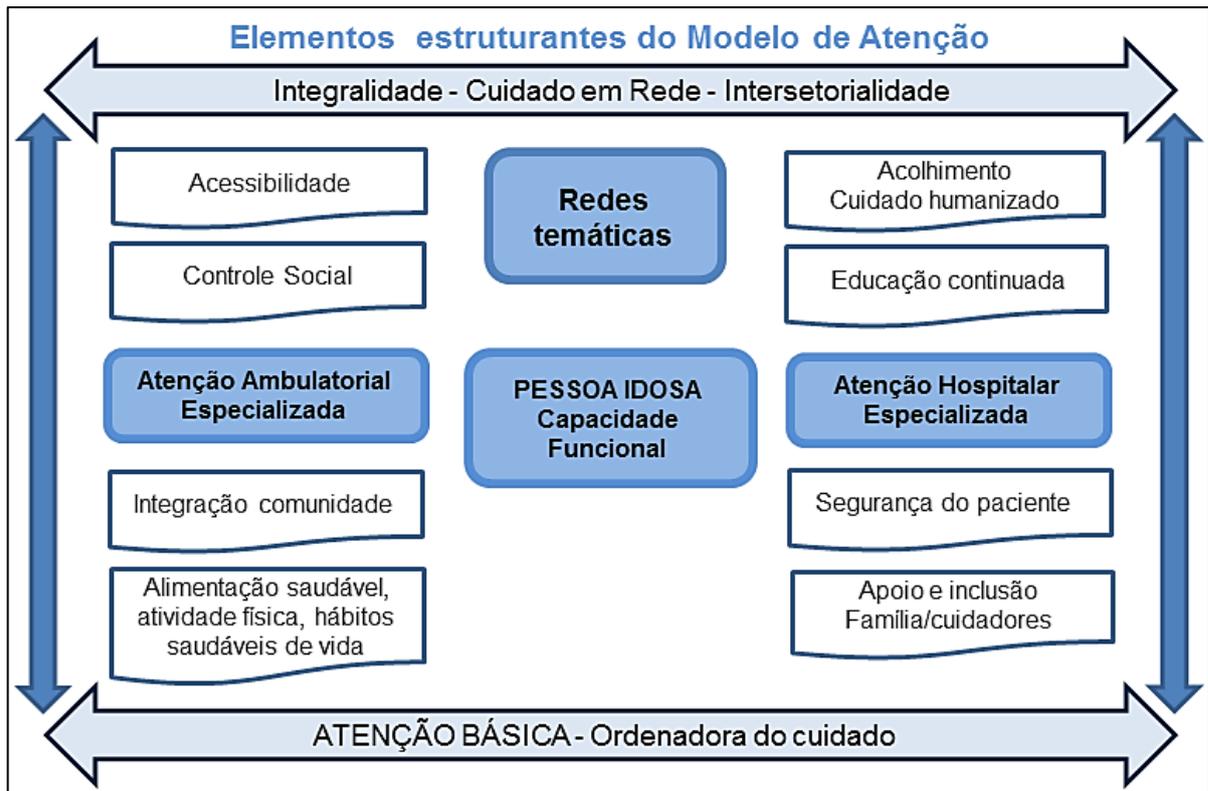
Nessa perspectiva, refletindo sobre a taxa de envelhecimento populacional, e o contexto de acelerada transição demográfica e epidemiológica, é desafiador pensar o cuidado às pessoas idosas, frente a tantas demandas de saúde especialmente as DCNTs. Os serviços de saúde precisam estar organizados, para responder a essa realidade, que por sua vez, irá impactar na organização do processo de trabalho e consequentemente na qualidade do cuidado (VERAS, 2012).

Nesse contexto, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa elenca como uma de suas prioridades, a proposta de Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de contribuir para a organização da atenção e ampliação do acesso qualificado da população idosa no âmbito do SUS. Esse modelo salienta as diretrizes e estratégias para potencializar ações e serviços dirigidos às pessoas idosas já concebidas nos territórios, de forma que sejam articulados, compondo a rede de atenção às pessoas idosas, tendo a Atenção Primária à Saúde como ordenadora dessa proposta (BRASIL, 2014).

A proposta de Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa propõe que o cuidado deve estar alicerçado nas necessidades da população, centrado na pessoa, considerando sua integração na família e na comunidade. Para tanto, as particularidades envolvidas no processo de envelhecer devem ser consideradas, a partir dos determinantes sociais da saúde, nos seus mais diferentes aspectos. Para isso, as especificidades e singularidades da população idosa com suas novas demandas de cuidado devem ser priorizadas na organização e oferta de serviços (BRASIL, 2014).

Para organizar um modelo de atenção integral à saúde da população idosa é necessário integrar os diversos pontos da rede. Para completar as lacunas na linha de cuidado às pessoas idosas, o “Guia de políticas, programas e projetos do Governo Federal para a população idosa” descreve o modelo que visa a produção de cuidado adequado, interligando os diversos pontos da rede com articulações intersetoriais que potencializem as especificidades das pessoas idosas (MÜLLER, 2015).

A proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa exposto na Figura 3 propõe como elemento estruturante a organização da atenção, sendo capaz de integrar os pontos da rede, áreas e programas estratégicos, ordenados pela APS (MÜLLER, 2015).



Fonte: Müller (2015, p. 54).

Outrossim, a proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa, coloca a APS como a principal ordenadora do cuidado, com ampla cobertura populacional e equipe multidisciplinar, integrando e coordenando o cuidado, atendendo às necessidades de saúde no âmbito de sua atuação e garantindo o acesso qualificado aos demais serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, a proposta de modelo de atenção contempla, além da APS, a Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Especializada Hospitalar e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Desta forma, esses pontos de atenção a partir de suas densidades tecnológicas, prestam serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças, apoio diagnóstico, reabilitação e cuidados paliativos, devendo atuar de forma articulada e integrada. Isto posto, o modelo requer refletir sobre novos arranjos intra e intersetoriais, objetivando responder aos novos desafios do acelerado processo de envelhecimento da população brasileira (BRASIL, 2014).

Dentre o elenco de atividades desenvolvidas pela APS, destaca-se a ampliação da cobertura vacinal, orientação sobre alimentação, atividades físicas, orientação sobre prevenção a violências, quedas, higiene bucal, autocuidado e essencialmente

na assistência às condições clínicas mais frequentes no adoecimento das pessoas idosas (BRASIL, 2014).

A pessoa idosa sempre estará vinculada à APS, independentemente de ser assistida por outro ponto da rede, sendo responsável pelo acompanhamento de caso, de forma articulada e integrada a outros pontos da rede (BRASIL, 2014).

Esses serviços devem compor a rede de forma integrada para garantir o cuidado articulado e adequado às necessidades da população idosa. Assim, precisam cumprir com o planejamento a partir das necessidades de saúde da população idosa no território; comunicação, regulação e coordenação do cuidado, utilização de tecnologias de gestão da clínica, com estratificação de riscos; entre outros (MÜLLER, 2015). Aos serviços que compõem a APS, cabe desenvolver ações individuais e coletivas, identificações e o registro das condições de saúde da população idosa, com destaque para a população idosa frágil ou em processo de fragilização, no território (BRASIL, 2014).

A PNSPI tem se mostrado desarticulada, apontando para a necessidade de criação de uma rede de atenção à população idosa que promova cuidado multidisciplinar integrado, objetivando o estabelecimento de estratégias de manutenção da funcionalidade da saúde e do bem-estar das pessoas idosas (MORAES, 2016).

O caminho percorrido pelas pessoas idosas, em suas diferentes redes de apoio, vislumbra os diferentes sistemas de cuidados e suas inter-relações, e assim, possibilita práticas de cuidado mais resolutivas nos serviços de saúde.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, descrevem-se as etapas metodológicas percorridas para o desenvolvimento da presente pesquisa, tais como: tipo de estudo, cenário de estudo, participantes, instrumentos de coleta de dados, análise e interpretação dos dados e aspectos éticos.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Para responder ao objetivo proposto, considerando a coerência com o objeto de estudo, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo. Estudos qualitativos focam na experiência e no senso comum, possibilitam interpretar e compreender os fenômenos sociais em sua realidade e singularidade, como um processo decorrente de cada pessoa ao construir suas vidas (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa considera que existe uma relação dinâmica, especial, contextual entre o pesquisador e o objeto de estudo. Para isso, a pesquisa qualitativa requer uma interpretação dos fenômenos sociais, a luz do contexto, do tempo e dos fatos (MICHEL, 2015).

Para tanto, a abordagem metodológica qualitativa permitirá desvelar a singularidade acerca do IT das pessoas idosas com DM. Sob essa perspectiva, a pesquisa qualitativa utiliza o ambiente de vida real para a obtenção dos dados, das relações, das representações, das atitudes e das crenças, as quais resultam da interpretação humana acerca de suas vivências e sentimentos (MINAYO, 2014).

No que concerne ainda à pesquisa qualitativa, propõe-se olhar o mundo e entender, descrever e por vezes, explicar os fenômenos sociais, analisando as experiências das pessoas e ou grupos. Essa abordagem possibilita detalhar a forma como as pessoas constroem o mundo a sua volta (FLICK, 2009).

Torna-se necessário destacar que, no percurso metodológico dos estudos com IT, evidenciam-se as experiências, trajetórias e interesses individuais formulados dentro de um campo de possibilidades, a partir das concepções culturais, históricas e sociais (ALVES; RABELO, 1998).

A pesquisa descritiva tem como objetivo proporcionar um novo olhar sobre o problema em questão, proporcionando um aprofundamento e detalhamento dos

dados coletados. Tem o propósito de levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2010).

### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Marau, localizado geograficamente na região do planalto médio do estado do Rio Grande do Sul, a 273 km de distância da Capital, com uma população média de 43.435 habitantes (IBGE, 2018).

A cidade faz limites ao Norte: com os municípios de Passo Fundo e Mato Castelhano. Sul: Vila Maria, Camargo e Soledade. Oeste: Nicolau Vergueiro. Noroeste: Ernestina. Sudoeste: Ibirapuitã.

Figura 4 - Limite territorial de Marau



Fonte: Prefeitura Municipal de Marau (2014).

O município de Marau foi emancipado em 28 de fevereiro de 1955, e sua população inicialmente era composta majoritariamente por imigrantes italianos, tendo na agricultura, a principal atividade econômica. Nas últimas décadas, a economia se diversificou, com o aparecimento de indústrias, inicialmente relacionadas ao setor frigorífico, e posteriormente se expandindo para os setores metal-mecânico e couro. Também com o fortalecimento do setor terciário, com a cidade se tornando referência

microrregional para o comércio e prestação de serviços (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2014).

A pirâmide etária do município retrata um quantitativo de pessoas idosas na faixa etária entre 60 e 99 anos, com 1.767 homens e 2.216 mulheres (IBGE, 2018). Apesar de ter uma expectativa de vida acima da média do Estado (75,9 anos, e 74,64), o contingente de pessoas com mais de 60 anos é menor que a média (Marau=10,9% enquanto no Estado do RS 13,6%), resultado da migração de trabalhadores jovens de outros municípios (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2014).

A Atenção Primária à Saúde do município é constituída por 12 equipes de ESF, com unidades físicas independentes, o que confere cobertura de 100%. Além disso, contam com uma Unidade de Saúde Central que presta atendimento médico especializado (Ginecologista e Pediatria), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC). Dentre os profissionais que compõem as equipes estão um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma psicóloga, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de consultório dentário, uma auxiliar administrativa, uma sanificadora, e agentes comunitários de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2014).

A rede de saúde do município de Marau conta com um hospital que atende pelo SUS e convênios, prestando assistência na área de Obstetrícia, Pediatria, Traumatologia e Ortopedia de Urgência, conforme organização da demanda da rede municipal e os casos mais complexos que necessitam de internação hospitalar e que estejam dentro da capacidade instalada do hospital.

O cenário para o desenvolvimento da pesquisa foram duas equipes de ESF, que são campo de residência multiprofissional em saúde da família da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Estas equipes realizam acompanhamento contínuo da população idosa e com DM de seus territórios, por meio do acolhimento, atividade educativa, consulta médica, de enfermagem e visita domiciliar.

A escolha do cenário ocorreu em função da pesquisadora ter sido enfermeira no município e ter realizado Especialização-Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na modalidade descentralizada pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) no ano de 2015 a 2017. Desta forma, pôde-se conhecer a Rede de Atenção à Saúde do município, bem como a organização da APS.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram pessoas idosas com DM. A seleção dessas pessoas atendeu os seguintes critérios de inclusão: possuir capacidade cognitiva preservada, avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e ter o diagnóstico de DM estabelecido há no mínimo dois anos. Esse critério foi estabelecido por entender-se que em dois anos a pessoa idosa já teria transitado pela rede de saúde formal ou informal em busca de cuidados e poderia fazer uma descrição deste caminho.

O MEEM, desenvolvido por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e adaptado por Bertolucci *et al.* (1994) foi utilizado para avaliar a capacidade cognitiva das pessoas idosas (Anexo A). Este instrumento foi projetado para a realização de uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos. Ele possibilita avaliar os domínios de orientação temporal, espacial, memória imediata, e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho (NAZARIO *et al.*, 2018). Delineou-se, para este estudo, o ponto de corte segundo a escolaridade. Escore de 18 para não alfabetizados; 21 para aquelas entre um e três anos de estudo; 24 para pessoas idosas entre quatro e sete anos de educação formal, e 26 para aquelas com mais de sete anos de estudo (CARAMELLI; NITRINI, 2000).

O número de participantes para o estudo não foi delimitado previamente, uma vez que seguiu o critério de saturação de dados. Desta forma, o número de participantes do estudo foi amparado na orientação de Minayo (2017) a qual afirma que o critério orientador para a amostra em pesquisas qualitativas não é numérico, pois uma amostra em estudo qualitativo diferencia-se pela reincidência das informações, o que a autora chama de saturação de dados. Assim, o pesquisador qualitativo deve considerar a relevância do objeto a ser estudado refletindo as múltiplas dimensões do fenômeno, suas interconexões e as expressões culturais de um determinado grupo social (MINAYO, 2017).

A identificação dos participantes do estudo ocorreu por meio de uma conversa prévia com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as enfermeiras das unidades de saúde. A decisão de contatar com a equipe, deu-se em função do serviço de saúde ter cadastrado a população idosa e com DM da área de abrangência, desta forma,

facilitando a pré-identificação das pessoas idosas com DM que poderiam participar do estudo.

Após os participantes da pesquisa aceitarem o convite, foi lido e esclarecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e então o assinaram. Assim, participaram do estudo 15 pessoas idosas com DM, seis do sexo masculino, e nove do sexo feminino. A idade variou de 61 a 74 anos e a escolaridade média foi de ensino fundamental incompleto. Dos 15 participantes, 12 residiam com companheiros (as) e três eram viúvos (as). O tempo de diagnóstico variou de 5 a 23 anos.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada com roteiro previamente elaborado, contendo questões abertas e fechadas (Apêndice B). A entrevista semiestruturada possibilita ao participante falar sobre o tema proposto, sem respostas ou condições fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2014).

As questões fechadas foram referentes aos dados pessoais dos participantes, com a finalidade de caracterizar os participantes da pesquisa. Enquanto que as questões abertas contemplaram o IT das pessoas idosas com DM, a partir de suas experiências de vida e o que foi mais significativo durante essa trajetória. A entrevista é um instrumento que possibilita manifestar o discurso espontâneo, sendo especialmente interessante para obter a explicação de alguns comportamentos, oportunizando o resgate da opinião individual, livre de qualquer tipo de interferência (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Ressalta-se, que antes de iniciar a coleta de dados, foi realizada entrevista teste-piloto com três pessoas idosas, a fim de analisar se o instrumento respondia aos objetivos propostos no estudo. Esses dados não foram contabilizados como dados para pesquisa, pois o instrumento foi reformulado.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2019. Antes de iniciar o processo de coleta de dados a pesquisadora dirigiu-se as unidades de ESF, com o intuito de apresentar-se às equipes e explicar os objetivos do estudo. Assim, após a pré-identificação das pessoas idosas com DM, realizada conjuntamente com ACS e enfermeiras das unidades, a pesquisadora dirigiu-se a casa dessas pessoas

acompanhada da ACS, pois por possuírem vínculo, facilitaram a recepção na residência dos (as) participantes.

Desta forma, na primeira visita iniciou-se a conversa com as pessoas idosa, realizando a apresentação da pesquisadora, esclarecendo o objetivo do estudo, estabelecendo relação de confiança e respeito, necessários para a entrevista. Houve aceitação imediata de todas as pessoas idosas convidadas em participar da pesquisa. Nessa visita foi agendado um próximo encontro, conforme disponibilidade dos participantes, quanto ao dia, a hora e conveniência, para realizar a entrevista. A coleta de dados ocorreu no domicílio das pessoas idosas, de forma reservada, mantendo a privacidade e sigilo no momento da entrevista.

As entrevistas iniciaram com a leitura do TCLE, após aplicou-se o MEEM e na sequência o instrumento de coleta de dados. As entrevistas tiveram um tempo médio de 60 minutos, foram gravadas com o auxílio de um gravador digital, sob autorização dos participantes, a fim de transcrever na íntegra as entrevistas dos participantes para um documento no *Microsoft Word*, visando à análise e interpretação fidedigna dos dados.

No decorrer das entrevistas, os participantes foram muito receptivos e afetuosos, faziam inúmeras indagações quanto: a natureza do DM, porque eles tinham essa doença? Se um dia iriam se curar? Neste momento, a pesquisadora orientava os participantes que as dúvidas acerca de sua doença ou outras curiosidades seriam esclarecidas no final da entrevista.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados, à luz da proposta operativa de Minayo (2014), a qual leva em consideração o contexto no qual as pessoas estão inseridas, a partir dos aspectos sociopolíticos, econômicos, culturais e relacionais em que o discurso circula, a partir da experiência cotidiana das pessoas.

A proposta operativa utiliza-se de dois níveis de interpretação para a operacionalização da análise: o campo das determinações fundamentais e o encontro com os fatores empíricos.

No campo das determinações fundamentais, inicia-se na fase exploratória da investigação e representa o contexto sócio-histórico do grupo social em questão, e que concebe o marco teórico fundamental para a análise. Neste momento, procurou-

se compreender a história das pessoas idosas, seu ambiente, suas condições sócio-históricas, como se inserem na comunidade onde vivem.

Para Minayo (2014) é necessário tomar-se de uma postura compreensiva para reconhecer os fenômenos sociais como resultados de uma prática social e da ação humana. Desta forma, o momento concreto de interpretação dos dados, refere-se tanto em nível das determinações, quanto aos recursos interpretativos em que se buscam descobrir as conexões que as experiências empíricas mantêm com as relações essenciais (MINAYO, 2014).

No segundo momento interpretativo, dá-se o encontro com fatores empíricos. É por meio dos relatos dos participantes da pesquisa que se encontram a lógica interna, as projeções e as interpretações. Ou seja, nesse contexto, existe uma específica significância sociocultural do grupo em questão. A interpretação exige a elaboração de categorias analíticas, que são trabalhadas desde o início da investigação e que posteriormente serão confrontadas com as categorias empíricas criadas a partir do material de campo (MINAYO, 2014). Para a formulação de categorias analíticas, partiu-se teoricamente dos subsistemas de cuidado à saúde de Kleinman (1978): profissional, popular e folclórico.

A operacionalização desse segundo momento, a fim de que possa conferir significado aos dados coletados, estão assim organizados: 1) ordenação dos dados; 2) classificação dos dados; 3) análises dos dados e relatório (MINAYO, 2014).

A ordenação dos dados compreendeu o momento de transcrição das entrevistas dos participantes fornecendo à pesquisadora um mapa horizontal de suas descobertas em campo. Desta forma, o material empírico, compõe o *corpus*, a ser tecnicamente trabalhado. Assim, foi digitado no *Microsoft Word*® 2010, em que se buscou ter uma visão geral do material e após foi exportado para o *software NVIVO*® 10, quando se deu prosseguimento na análise.

Após a ordenação dos dados, seguiu-se para a classificação de dados. Nesse momento o processo de construção fica mais complexo, classifica-se pelas seguintes etapas: leitura horizontal e exaustiva dos textos e, leitura transversal (MINAYO, 2014). Na leitura horizontal, foram realizadas aproximações sucessivas e exaustivas com o material de campo, exigindo da pesquisadora atenção especial em função, de ser o contato mais aprofundado com o material, anotando as primeiras impressões, ideias centrais e buscando coerência interna entre as falas.

Para essa primeira etapa, utilizou-se o software *NVIVO* ® 10 que permitiu a criação de categorias empíricas, que posteriormente foram analisadas e comparadas com as categorias analíticas, buscando as inter-relações e interconexões entre ambas.

Na leitura transversal ocorreu o recorte de cada entrevista, em unidades de sentido, relevância ou por tema. Nesse sentido, após diversas leituras pôde-se estruturar diversos fragmentos das falas dos participantes distribuindo-as entre as categorias empíricas criadas anteriormente. Assim, os fragmentos foram separados por temas, colocando as partes semelhantes juntas, e buscando perceber as conexões entre elas, definindo as unidades de sentido ou núcleos de sentido entre as categorias.

Na sequência, a pesquisadora deixou-se envolver pelas informações, marcando entre as categorias, as primeiras convergências entre o conteúdo das entrevistas. Foi realizado um agrupamento entre as informações, em número menor de unidades de sentido interpretando o que foi exposto pelo participante, com mais relevância e representatividade, a partir de reflexões sucessivas acerca da temática (MINAYO, 2014).

Neste ínterim, após a criação de quatro categorias, iniciou-se o enxugamento das classificações, agrupando em um número menor de unidade de sentido, para assim, interpretar o que foi exposto com maior relevância e representatividade pelo grupo estudado. Pôde-se então, fazer diversas reflexões, em que a relevância de algum tema, uma vez determinado, permitiu apurar o movimento classificatório, reagrupando as categorias em centrais, relacionando-as em uma única lógica.

A análise final necessitou de uma profunda inflexão sobre o material empírico, a qual os dados foram submetidos a inferências e interpretações a partir dos pressupostos teóricos acerca do tema voltados para esclarecer a lógica interna do tema conforme orienta Minayo (2014).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo garantiu, de forma cuidadosa, o sigilo e anonimato em todas as etapas que permeiam esta pesquisa. Portanto, a pesquisa foi ancorada aos preceitos da Resolução nº 510, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Sociais e Humanas (BRASIL, 2016a), e na Resolução nº 466, do

Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando as normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos e garantindo a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas (BRASIL, 2012a).

O projeto seguiu o trâmite institucional, primeiramente, foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde, que por meio do Secretário Municipal de Saúde que forneceu a autorização institucional para a pesquisa (Anexo B). Após, o projeto foi registrado e tramitado no Sistema de Informação para Ensino (SIE) e encaminhado para o Gabinete de Apoio à Pesquisa (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Após esse momento, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil, para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. A produção dos dados iniciou somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer favorável nº 3.108.845, e com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 04888918.0.0000.5346 (Anexo C).

No momento do contato com os participantes, destaca-se que foram informados individualmente sobre a pesquisa, com linguagem acessível acerca dos objetivos, bem como, a utilização de gravador para registro das entrevistas como também, da não obrigatoriedade de sua participação e que, a qualquer momento, poderiam solicitar sua exclusão.

A coleta de dados iniciou mediante assinatura do TCLE que foi assinado em duas vias, uma cópia ficou em posse dos participantes do estudo, e outra da pesquisadora. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Em relação à identificação dos participantes do estudo, foram adotados nomes fictícios para manter o anonimato dos participantes. Esta pesquisa comprometeu-se com o sigilo em relação ao uso e armazenamento das informações produzidas nas entrevistas, por meio da assinatura do Termo de Confidencialidade da pesquisadora responsável (Apêndice C). Os dados oriundos das entrevistas serão usados somente para fins científicos. Ainda, a pesquisadora guardará os referidos documentos por cinco anos sob a responsabilidade da professora orientadora da pesquisa, no Departamento de Enfermagem do CCS, na UFSM, e, após esse período, os dados serão destruídos.

Os participantes foram informados dos possíveis riscos desta pesquisa, como: cansaço em relação à entrevista, desconforto ao compartilharem informações pessoais de seu tratamento e vida, desenvolvimento de sentimento de tristeza, choro

o que poderia levar, eventualmente, a desconfortos emocionais. E se isso acontecesse a entrevista seria interrompida, o gravador desligado, e fornecida atenção especial, escutando o desejo das pessoas em dar continuidade ou não à entrevista. Esse fato ocorreu em vários momentos (choro e emoção), e a decisão dos participantes sempre foi pela continuidade das entrevistas, mesmo após relembra-los que teriam o direito de suspender a entrevista a qualquer momento.

Os benefícios da pesquisa para os participantes são indiretos, visto que esta pesquisa traz maior conhecimento sobre a temática abordada, possibilitando conhecer como as pessoas idosas circulam pelos subsistemas de cuidado à saúde e quais mecanismos de cuidado são acionados nesta busca. No entanto, ressalta-se que os participantes puderam expor suas histórias de vida, percepções, sentimentos, sob a garantia do anonimato, e ainda, refletir acerca de sua vida, comportamento e cuidados com o DM.

No que tange a conclusão da pesquisa, foi elaborado o presente relatório de dissertação do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM. Na sequência serão encaminhados artigos para publicação em periódicos em Enfermagem, bem como trabalhos científicos para serem apresentados em eventos na área da Saúde e Enfermagem. Espera-se que os resultados do estudo possam ser fonte de informação e de construção de conhecimento para os serviços que atendem à população idosa.

Destaca-se que, após a conclusão deste estudo, será retomado contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade onde desenvolveu-se a pesquisa, a fim de apresentar o relatório final às equipes de ESF, enfatizando o compromisso ético, político e social das pesquisadoras na devolução dos dados.

## 4 RESULTADOS

A descrição desenvolvida neste capítulo aponta para a perspectiva de a pessoa idosa viver com DM, a partir de percepções individuais durante sua trajetória de cuidado e de experiências subjetivas, envolvidas no processo de vivenciar o DM.

Para compreender como ocorre a busca pelo cuidado, apresentam-se de forma breve, as histórias de cada pessoa idosa, com suas especificidades, dando enfoque aos subsistemas de cuidado acionados, tomando por base a própria compreensão da pessoa idosa, e a forma como fala de si e da sua condição de viver com o DM.

Para apreender a dimensão do IT das pessoas idosas com DM, as informações delineadas estão representadas e sistematizadas em quatro categorias temáticas: correlações entre o processo de envelhecimento e o diabetes *mellitus*; práticas populares e suas implicações no cuidado às pessoas idosas com diabetes *mellitus*; percepções das pessoas idosas com diabetes *mellitus* acerca do cuidado profissional; relações de cuidado a pessoas idosas com diabetes *mellitus*: redes tecidas com o apoio da família e com pessoas de vínculos próximos.

As categorias descrevem as percepções em relação ao envelhecimento e o DM com vistas a compreender as relações estabelecidas, alinhando-as pelo conceito de IT. Nesta direção, mostram-se os caminhos percorridos pelas pessoas idosas com DM para terem suas necessidades de cuidado atendidas, dando visibilidade às necessidades em saúde, as motivações, vulnerabilidade, e as redes de cuidado estabelecidas no momento de convivência com a doença a partir de suas próprias interpretações e significados.

### 4.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS* E OS DIFERENTES SUBSISTEMAS DE CUIDADO À SAÚDE

#### 4.1.1 Itinerário terapêutico de Cora: deseja a cura do diabetes *mellitus*

Uma senhora de 71 anos, casada há mais de 50 anos e dona de casa aposentada. Reside com seu esposo em Marau há mais de 50 anos, contou que sua história de adoecimento começou há mais ou menos quinze anos.

Ela relatou que foi consultar na unidade de saúde do bairro, pois apresentava muita sede, mal-estar, tonturas e cansaço. Ao chegar à unidade de saúde foi atendida por um profissional que marcou sua vida e, embora o profissional não esteja mais na

unidade, lembra-se dele ainda hoje com muito afeto e carinho. O profissional que fez seu atendimento solicitou vários exames cujo diagnóstico de DM foi confirmado. Desse período em diante, seguiu sua vida sem comentar com sua família que havia sido diagnosticada com DM. Na realidade, ela preferiu não acreditar que estivesse com DM e dessa forma não seguiu o tratamento recomendado.

Como não se sentia bem, voltou na unidade de saúde e foram solicitados novos exames. Na ocasião, o médico fez questionamentos em relação ao uso da medicação prescrita e cuidados alimentares.

Transcorridos oito anos de ausência do tratamento, a idosa fez uma viagem para Rondônia onde seu filho mais velho residia. Revelou que foi uma viagem muito planejada, pois era a primeira viagem de avião que ela e o esposo fariam. No aeroporto iniciou com um mal-estar, e o esposo sem saber do diagnóstico de DM achou que pudesse ser ansiedade. Durante todo o trajeto da viagem ela teve sudorese, boca seca, sede e tremores. Logo que chegou a Rondônia, seu esposo percebeu que poderia ser alguma coisa mais grave e pediu ao seu filho para levá-la a um hospital.

O filho, muito preocupado levou a mãe ao hospital e foram feitos exames, dentre eles, o de glicemia. O médico chamou o filho e contou que sua mãe tinha diabetes *mellitus* e sua glicemia estava mais de 380mg/dl. No momento, foram prescritas medicações e orientou-se que ela fosse procurar um endocrinologista para iniciar um acompanhamento. Em Rondônia, ela iniciou o tratamento e sentiu um alívio dos sintomas e ao chegar a Marau, os filhos marcaram uma consulta com um especialista. A senhora relata ter ido muito a contragosto na consulta, segundo ela foi “*renegada*”<sup>3</sup>, pois, sentia-se muito bem e o médico solicitou exames e falou para os filhos que ela estava com DM e precisava de tratamento e cuidados alimentares.

No mesmo dia, na casa da filha, ela decidiu contar que a médica da unidade de saúde já tinha feito esse diagnóstico, há mais de oito anos e ela não acreditou que poderia ter essa doença. Seus filhos ficaram bravos, pois a mãe nunca havia relatado esse fato à família. A partir do diagnóstico estabelecido, a idosa decidiu continuar o acompanhamento na unidade de saúde do bairro, pois deslocar-se para Passo Fundo seria muito trabalhoso.

---

<sup>3</sup> As palavras presentes no texto em Itálico e/ou aspas correspondem a citações diretas extraídas das entrevistas das pessoas idosas participantes da pesquisa.

Durante a entrevista, contou que o médico da unidade de saúde e o endocrinologista explicaram os riscos a que ela se expõe ao não fazer o tratamento adequado. Com medo das complicações e por pressão da família, a idosa decidiu mudar os hábitos alimentares e de vida. Passou a evitar alimentos com açúcares, bolos e pães. Disse que essa foi uma decisão sua, após perceber e entender as possíveis complicações a que estava exposta. Além disso, mencionou a família como seu principal apoio no cuidado e que as filhas e noras estão sempre presentes.

Após os familiares ficarem sabendo do diagnóstico de DM, passaram a indicar o uso de plantas e chás para ajudar no tratamento, como ela não sabia qual o efeito exato das plantas, decidiu não as utilizar.

[...] eu falei: “Não vou me ariscar com chá! ” E nunca pensei em tomar chá para curar. No fundo eu sei que não vai curar, é difícil. Mas ao mesmo tempo eu sempre tive fé que pudesse ser curada e rezo para isso [...]. No fundo eu tenho um desejo de me curar, já passei por tantas e me curei (Cora).

Ela revelou que na fé encontra a força para continuar a vida e o tratamento, e que sempre teve muita fé nos médicos e em Deus e nunca deixa de pedir ajuda e cura.

#### **4.1.2 Itinerário terapêutico de Luís: não se priva de comer o que gosta em função do diabetes *mellitus***

Um senhor de 73 anos demonstra objetividade em sua fala. Casado, aposentado como motorista de caminhão e residente de Marau há mais de 50 anos. Iniciou contando que em 2008 foi fazer um exame na empresa, após sofrer um acidente de trabalho. Ao mostrar o exame, o médico falou que estava assustado com o valor de sua glicemia. O médico da empresa prescreveu a medicação, a qual utiliza até hoje, e segundo ele, a dose mudou ao longo dos anos. Contou que ficou preocupado quando foi feito esse diagnóstico, pois não foi orientado sobre o que era essa doença, quais cuidados e como seria sua vida.

Naquele mesmo dia, dirigiu-se até a unidade de saúde próxima de sua casa e comentou o ocorrido com a equipe de enfermagem, que logo fez as devidas orientações quanto à alimentação e rotinas de consultas na unidade de saúde.

Embora houvesse médico na empresa, o participante mencionou que gostaria de fazer o seu acompanhamento na unidade de saúde em função de gostar muito do

atendimento dos profissionais. Disse ainda que “*não consegue fazer a dieta adequadamente*” em função das privações, mas evita pão, massas e doces. Mesmo assim, “*às vezes comia um pedacinho de bolo e moranga com leite*”, pois são coisas que ele “*não irá se privar de comer*”. Sua criação foi na colônia, e revelou que fica nervoso ao lembrar-se de sua infância pobre cheia de privações, inclusive alimentares, e que seu pai era alcoolista e tinha dificuldade em trabalhar e suprir as necessidades da família.

O participante narrou uma história de vícios pelo álcool e fumo igualmente a de seu pai e diz que a “*história parece se repetir*”, mas que teve mais vergonha do que seu pai e parou com o consumo de álcool e fumo. Ademais, contou que se perdeu uma época em sua vida, devido aos sentimentos de raiva, revolta e ódio. Teve um filho que faleceu aos 19 anos, e a partir daí a vida mudou. Após inúmeras tentativas de tratamento e mais consciente de sua doença, assume que “*tomou vergonha*”, pois o vício estava o afastando de seus familiares e amigos. Decidiu parar de beber e fumar por conta própria, e foi o que, segundo ele, “*salvou sua vida*”.

Com o apoio da família, Luís relatou que foi curando “*suas dores emocionais*” e controlando a glicemia. Destacou que a esposa, filhos e netos foram muito especiais e que, apesar de terem discussões acerca de pontos de vistas diferentes sobre a vida, é muito bom estar em família. Ressaltou ainda que o relacionamento afetivo e sexual com a idade mudou de forma muito significativa, e que talvez essa situação tenha se agravado em função das dificuldades da época em que usava álcool, e tal situação tenha deixado marcas na esposa e na sua relação.

[...] se a gente ficar pensando nas coisas ruins que aconteceram a gente não abraça, não ama e não perdoa. Isso é saúde também, tenho que cuidar do DM, mas da vida também. Mas o que foi feito e dito, não se apaga (Luís).

Apesar de todos os cuidados, a sua glicemia continuava alta, então, na tentativa de baixá-la iniciou o consumo de chá de amora branca e pata de vaca indicados por amigos da colônia. Segundo o participante, sua glicemia começou a controlar, e, concomitante, fazia uso das medicações prescritas pelo médico da unidade de saúde.

Esses dias eu comi caqui, uns 10 eu acho, as minhas vistas ficaram muito embaçadas e eu penso que seja da diabetes [...] corri e fiz um chá de amora branca e pata de vaca [...] fiquei melhor depois (Luís).

Ressaltou por fim que, faz uso diário de chás para inúmeros problemas, dentre eles o DM, mas pensa que a cura da doença com chás é impossível. Em sua concepção somente Deus poderá curar uma doença dessas.

#### **4.1.3 Itinerário terapêutico de Carlos: pensa não ser impossível o controle do diabetes *mellitus***

Um senhor de 62 anos, viúvo e funcionário público aposentado. Reside em Marau há mais de 30 anos. Contou que sua história de adoecimento começou há mais ou menos 23 anos. Seu diagnóstico foi realizado após acompanhar sua mãe em uma consulta, na qual relatou ao médico de sua mãe que apresentava os mesmos sintomas dela. Depois da confirmação do diagnóstico, iniciou uma jornada em busca de profissional médico que o atendesse, pois na época era muito difícil de encontrar médico no interior. Naquele tempo, passou a usar as medicações e fazer um controle alimentar.

Passado algum tempo, Carlos percebeu que a glicemia alterava quando estava ansioso. Seu trabalho exigia muito, e eram comuns crises de ansiedade, que iniciavam com um turvamento da visão. Com relação ao trabalho, ele deixou de fazer atividades que exigiam grandes esforços, e se dedicou a trabalhos mais leves. Sem melhora do quadro, buscou ajuda com outro profissional e relatou que após o uso de novas medicações, a glicemia ficou controlada. Tem muito medo das complicações do DM, pois foi orientado que o DM pode ocasionar danos para os rins, olhos e cicatrização de feridas.

Por indicação de alguns amigos, decidiu iniciar o uso de chás que pudessem melhorar sua glicemia, utilizando o cancorosa e a folha da manga. Decidiu utilizar o chá “*como apoio no tratamento*”, mesmo sabendo que “*não iria curar*”, mas poderia ajudar a controlar a glicemia.

[...] se você fizer um teste hoje, e estiver em torno de 70 a 80 e tu comeres um pedaço de bolo, ela vai subir [...] o chá vai ajuda a baixar, mas não cura. Tem gente que diz que cura a diabetes, mas não cura. Outro chá que eu tomei no começo, e achava que ia me curar, era da folha da manga. Não tem aqui em roda, e o meu vizinho que viajava para a Bahia me trouxe de lá da Bahia. Fiz chá mais de meses, e nada! (Carlos).

Carlos mencionou ainda que leva a “*vida de bem*” com o DM, e que não é impossível controlar se “*você se conhece e conhece o problema*”. Entre a rede de

apoio para o cuidado, cita a esposa como uma grande incentivadora no tratamento, junto com seu filho, que estão presentes em todos os momentos. Também a equipe da unidade de saúde do bairro, que auxilia no tratamento do DM.

#### **4.1.4 Itinerário terapêutico de José: mudou de cidade para ficar próximo de seus familiares**

Um senhor de 71 anos, casado, aposentado e residente de Marau há oito meses. Ao falar de sua saúde, revelou que descobriu o DM aos 60 anos, quando foi em uma consulta com o cardiologista em função do colesterol e triglicérides altos, e o médico olhou seus exames e mencionou sobre o DM. Relatou que tinha um médico particular em São Vicente do Sul, cidade onde residia antes da mudança para Marau, e que consultava duas vezes ao ano. Com os níveis glicêmicos alterados, contou que o médico iniciou o tratamento para DM e junto foi orientado para mudanças de hábitos de vida e alimentares.

Daquele período em diante, passou a cuidar da alimentação, diminuiu o açúcar, gorduras e até o sal. Comentou que, na empresa em que trabalhava, as refeições oferecidas continham alimentos pesados e como não podia exigir outra comida, comia o que tinha, mesmo que não fosse saudável.

O participante expôs com alegria que está aposentado e disse que está se alimentando melhor e, conseqüentemente, a glicemia melhorou. Ainda tem muitas “recaídas” com doces de sua preferência. Como se sentia bem, não costumava procurar auxílio médico com frequência. Contou que, certa vez, o médico orientou que o DM é uma doença silenciosa e poderia levar a perda dos rins e olhos.

[...] não sente nada e quando se vê, faz um estrago por dentro [...] pode dar até um AVC, infarto e problema na cicatrização das feridas (José).

Após a mudança para Marau, frequentou poucas vezes a unidade de saúde para consultar, mas tem ido com frequência para realizar o teste de glicemia capilar. Durante a entrevista, declarou seguir o tratamento recomendado, e até umas caminhadas está fazendo pelo bairro. Relatou ainda que opta por fazer alguns exames e consultas no serviço privado, visando rapidez no atendimento.

Durante a entrevista, o participante falou um pouco de sua vinda para Marau, e em vários momentos chorou ao lembrar da vida que deixou para trás. Tem apenas

um filho, que é motorista de caminhão e fica muito tempo fora, e a nora e o neto ficavam na cidade de Marau sozinhos. Relatou que o filho tinha uma preocupação muito grande com eles, pois estavam em outra cidade há muitos quilômetros de distância, com poucos recursos médicos. De forma emocionada disse que está em Marau, em função do *“filho, neto e da nora”*.

A vinda para Marau, segundo ele, foi uma *“grata surpresa”*, em que fez relações de amizade com vizinhos; o neto vive em sua casa brincando; ele e sua esposa o levam para a escola e o ajudam com o tema de casa. Fez uma reflexão de sua vida, e disse que nunca conseguiu dar atenção para seu filho como dá para seu neto, e por isso sente-se grato *“a vida por proporcionar essa aproximação com o neto”*.

A motivação para fazer o tratamento é ver seu neto concluir os estudos, e que não aceita *“morrer”* antes de ver seu neto se formar. Observou-se durante a entrevista que a família participa do cuidado, em especial, fazendo alimentos mais saudáveis e incentivando bons hábitos de vida.

Em relação à rede de cuidados, a família, filhos e nora são os principais apoiadores, e os novos vizinhos prestam ajuda, caso precisarem. Seu José disse que é muito religioso e que na fé encontra forças para suportar as *“dores da vida”* e aceitar aquilo que nem os *“médicos podem curar”* como o DM. Quando questionado sobre outros tratamentos para o DM, falou que se apoia na fé, e que faz uso de alguns chás como a pata de vaca para controlar a glicemia.

#### **4.1.5 Itinerário terapêutico de Margarida: acredita na cura do diabetes *mellitus* por meio da fé**

Uma senhora de 69 anos, casada, aposentada, que reside em Marau há 40 anos. Ao entrar em sua casa, ela estava na cozinha, preparando *“grostol<sup>4</sup>”* para os netos que viriam no final de semana. Contou que uma *“alegria de sua vida é cozinhar”* e fazer doces para os netos e filhos. Segundo ela, nunca refletiu sobre o início de seu adoecimento crônico, mas logo começou a contar que tudo teve origem após uma extração dentária há 15 anos, que gerou um quadro de infecção e necessitou de hospitalização.

Daquele período em diante, buscou cuidados na unidade de saúde do bairro e mencionou que a ESF é sua referência no atendimento. Como tem uma cardiopatia,

---

<sup>4</sup> Expressão utilizada para descrever uma receita da culinária de biscoito frito e doce.

faz consultas anuais com a cardiologista da rede privada e a médica da unidade de saúde efetua a troca das solicitações dos exames pelo SUS. Comentou também que é aposentada e as consultas na rede privada são muito caras. A médica da unidade que conhece essa realidade a ajuda trocando as requisições dos exames pelo SUS. Ademais, explicou que pelo SUS as consultas tendem a demorar, e nem sempre consegue com o mesmo profissional, então prefere pagar as consultas e ir ao profissional de sua preferência.

Após seu diagnóstico, a idosa passou a “*cuidar em partes de sua saúde*”, pois não deixou de consumir alimentos com açúcar. Segundo ela: “*aventura-se a comer doces*”, pois descobriu que o chá de alecrim reduz a glicemia, e às vezes quando a “*visão fica turva, boca seca e urina muito*”, o chá tem um efeito imediato. Descobriu o uso desse chá para o DM lendo um livro de plantas medicinais da filha e está indicando para as colegas e vizinhas do bairro. Ela comprovou a eficácia do chá, realizando teste de glicemia capilar.

Então, quando decide comer algo que presume aumentar a glicose, inicia o uso de chá de alecrim antes de se alimentar e, geralmente, diz que “*não sobe muito*”. Contou suas aventuras sem “*preocupação*”, pois sofreu muito nessa vida e que não irá se privar de comer o que gosta em função do DM, e que tem mais fé nos chás aos medicamentos.

Há aproximadamente oito anos, teve uma crise de hiperglicemia e foi hospitalizada, na ocasião introduziram a insulina à terapia medicamentosa. Após esse período, ela está mantendo a glicose estabilizada, mas não satisfeita com sua saúde, iniciou uma novena para melhorar a glicemia, e nesse período, realizou os testes de glicemia capilar para acompanhar a evolução do quadro.

[...] por meio da fé, eu acredito que as coisas vão melhorar [...] a diabetes veio, porque ela quis, eu não fui buscar ela em lugar nenhum. E se Deus quiser um dia, ela vai sair [...] vou sarar (Margarida).

No período das entrevistas, a idosa Margarida tomava as medicações, fazia insulina e continuava usando chá de alecrim em seu cotidiano. Comentou que seu avô era curandeiro conhecido da região, e que muitas plantas de décadas atrás ainda são usadas para os mesmos problemas da atualidade.

Reconheceu a família, filhos, irmã e esposo como sua rede de cuidados e mencionou que gosta de estar em família e sente-se segura de saber que a família estará sempre por perto em caso de adoecimento.

#### **4.1.6 Itinerário terapêutico de Lúcio: realiza experiências com plantas medicinais para baixar os níveis glicêmicos**

Um senhor de 68 anos, viúvo, aposentado, morador de Marau há mais de 20 anos. Iniciou contando que sua história de adoecimento crônico surgiu há mais de seis anos, após o falecimento de sua esposa. Dias após o ocorrido, iniciou com uma leve dor no peito, que aumentou de intensidade e foi levado ao cardiologista em Passo Fundo, onde foi submetido a um cateterismo. Nessa internação, foram realizados inúmeros exames cujos resultados apontaram para diagnóstico de DM.

No hospital, deu-se início ao tratamento para DM e foram fornecidas orientações para mudança de hábitos de vida e alimentar. Desse dia em diante, começou uma mudança no estilo de vida, sem açúcares, sal e gorduras e procurou alimentar-se de forma saudável, com auxílio de uma nutricionista.

Meses depois, retornou ao cardiologista acompanhado do filho e na oportunidade foram solicitados novos exames e foi detectado um aumento da próstata, a qual está em acompanhamento.

Segundo Lúcio, essas suas “andanças” atrás de médico foram pagas pelo plano de saúde, e que usa o SUS, mas não para esses casos mais “*complexos*” que precisam de uma “*intervenção mais rápida*”.

[...] eu tenho plano de saúde, isso não me diferencia em nada dos outros [...] não é querer jogar as coisas para baixo [...]. Uma vez eu tive que fazer um exame da carótida e fui encaminhado pela unidade de saúde, fui na secretaria de saúde e o exame foi agendado para dali uns 30 dias ou mais. Com o plano é mais rápido, é somente isso (Lúcio).

No entanto, o participante explicou que usa a unidade de saúde do bairro para vacinas, curativos, teste de glicemia, verificação de pressão arterial e o que ele mais gosta são os grupos de atividade na academia e grupos de hipertensos e diabéticos (Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* - HIPERDIA). No grupo de educação em saúde para DM recebeu diversas informações que desconhecia em relação à doença.

Mencionou ainda que é um homem “*muito religioso e crente em Deus*” e que todos os desafios de sua vida foram superados com fé, e que agora não seria

diferente. Declarou alguns arrependimentos em sua vida, em que um deles foi ter trabalhado demais e não ter ficado com os filhos e a esposa em alguns momentos em que poderia.

Atribuiu sua recuperação à fé e aos cuidados que teve durante a internação, e que a fé sozinha ou o medicamento sozinho não curam.

Além disso, contou que tomava alguns “*chás milagrosos*” para o controle do DM, e que não era algo constante, somente quando “*exagerava na comida*”.

[...] às vezes passa um mês e não sente nada. É só quando a gente se arrisca comer alguma coisa diferente, a gente sente. Tem que levar a dieta balanceada e equilibrada (Lúcio).

Seu Lúcio revelou as “*experiências*” que tem feito com o uso de plantas medicinais para o controle do DM e reforçou a eficácia das plantas. Assim, comprovou o efeito realizando o teste de glicemia capilar.

Esses dias eu fiz umas experiências, e fiquei vários dias sem tomar a metformina e tomei o chá de jambolão e araticum e não senti nada [...]. O DM não cura é somente para controle mesmo (Lúcio).

Ele falou com orgulho e satisfação de sua família, como todo o “*trabalho e investimento para criar os filhos deu certo*”, e que esta relação é fundamental para seu tratamento. Afirmou também que a ACS é um apoio no cuidado.

#### **4.1.7 Itinerário terapêutico de Simone: estudou para saber o que era o diabetes mellitus**

Uma senhora de 62 anos, viúva, costureira, moradora de Marau há 20 anos. Ao falar de sua história, relatou que tudo iniciou há mais de 5 anos, quando consultou na unidade de saúde para acompanhamento da hipertensão arterial. Após diagnóstico, ficou um tanto assustada, pois sua mãe tinha DM e ela sabia das complicações da doença, por isso pensou: “*vou ter que mudar radicalmente de vida*”. Neste momento, Simone fez uma reflexão muito profunda acerca do surgimento da doença.

Não é porque a minha mãe tinha DM, que eu vou ter, e não venham me dizer que tudo é hereditário. As pessoas dizem que minha mãe teve e então eu vou ter. Claro que tem crianças que nascem com a diabetes do tipo I, daí é outra

coisa. No meu caso foi uma mistura de maus hábitos de vida, inatividade física, alimentação errada com um acréscimo de hereditariedade (Simone).

Assim, ela fez uma retrospectiva de sua vida e relatou que comia de forma errada, muitos pães, massas, carboidratos e fez a seguinte reflexão: “*Meu Deus, como eu comia errado! Eu busquei o diabetes a minha vida toda*”. Depois do impacto do diagnóstico foi “*estudar sobre a doença*”, e hoje “*ando de braço dado com o DM*”, fazendo uma analogia de que compreende o funcionamento e como as complicações se instalam. Segundo a idosa, o DM não a “*aterroriza mais*”, mas tem “*medo de ter complicações*”, por isso se cuida tanto.

Muito entristecida com o diagnóstico, passou a fazer atividades físicas, caminhada e dieta. Buscou ajuda de uma nutricionista para poder se alimentar melhor e iniciou um acompanhamento com um endocrinologista em Marau, pelo plano de saúde. As medicações para hipertensão arterial e DM adquire na unidade de saúde ou compra. No momento tem plano de saúde e não utiliza a unidade de saúde para consultas, mas sim para o grupo de HIPERDIA, e que nos grupos aprende muito ouvindo os diversos profissionais como: enfermeiro, médico, farmacêutica, odontóloga e psicóloga.

O diagnóstico mudou muita coisa em sua vida e disse que sua concepção sobre a doença estava relacionada à “*morte*”, mas aprendeu a lidar com esse sentimento. Hoje ela entende as restrições alimentares como algo normal, para que a doença não “*traga consequências graves*”, e também que precisou mudar a forma de olhar o mundo e a doença.

Os medicamentos por si só não vão resolver tudo [...] a gente tem que se cuidar. O médico vai te dar o remédio, e explicar até onde você pode se cuidar. E dali para frente eu tenho que tomar as minhas próprias atitudes (Simone).

Passados alguns anos de tratamento, a idosa começou a utilizar alguns chás indicados por amigos para baixar a glicemia, entre os mais utilizados estão a insulina, o cipó de macaco e a pata de vaca. Contudo, ressaltou que nunca deixou de fazer uso do tratamento medicamentoso.

Com relação ao apoio da família, mencionou que a participação dos filhos é fundamental no incentivo ao tratamento, mas que as “*mudanças de atitude partem somente das pessoas que tem o diabetes*”.

#### **4.1.8 Itinerário terapêutico de Terezinha: conhece as possíveis complicações do diabetes *mellitus***

Uma senhora de 65 anos, casada, reside em Marau há 16 anos. Iniciou contando que sua história de adoecimento crônico surgiu há mais de 14 anos. Mencionou que seus pais tinham diabetes e que o pai teve muitas complicações em decorrência da doença, uma delas foi a “*cegueira*”.

Declarou ter história familiar de DM por parte de mãe e pai, então sabe como é a “*evolução da doença*” quando não cuidada. Relembrou que tem tias, primas e outros familiares com a doença, e que já ouviu o médico falar em um atendimento que o DM não é uma doença “*tão hereditária assim*”.

O seu diagnóstico foi realizado na unidade de saúde, após uma consulta de rotina em que ela expôs sua queixa referindo sede, urina em excesso e cansaço. Menciona não ter rotina para consultas e sua referência é a unidade de saúde. Seu esposo tem plano de saúde, pois é funcionário do Estado, mas nunca utilizou o plano em função dos valores cobrados na coparticipação.

Sobre as mudanças alimentares, ainda encontra dificuldades, mas tenta se adequar a uma dieta mais natural possível.

Quando questionada sobre a utilização de outras práticas de cuidado, afirmou que ampara seu tratamento na fé e orações e tudo que pede com fé, alcança.

[...] eu me sinto bem e isso me dá uma fortaleza na vida, a gente fica mais forte espiritualmente e isso interfere na vida e no corpo (Terezinha).

O uso de plantas medicinais é frequente em seu tratamento. Atualmente está utilizando o chá da folha do araçá, que aprendeu com uma agrônoma da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), o uso e efeito das plantas. Mencionou que fez testes tomando durante semanas o chá, e após fez o exame de glicemia e baixou.

Utiliza os chás como uma estratégia para reduzir a glicose quando comete excessos alimentares. Revelou que não consome produtos com baixo teor de glicemia, pois altera o gosto dos alimentos e são muito caros.

Na fé em Deus, encontra forças para seguir seu tratamento, atribuiu a inexistência de complicações a sua fé, e acredita ainda que a espiritualidade interfere na dinâmica do corpo.

[...] a fé pode não curar a DM, mas ameniza e ajuda a controlar [...] eu fiz uma novena, coloco até a água para abençoar e depois eu tomo [...] eu não aceito essa doença (Terezinha).

Relatou que procura se cuidar para viver mais tempo junto de sua família, citando o neto como um “*grande amor*”, e os filhos e marido como “*companheiros de luta diária*”, pessoas com quem pode contar em caso de adoecimento.

#### **4.1.9 Itinerário terapêutico de Conceição: desenvolveu diabetes *mellitus* porque comeu muitos doces quando trabalhava em uma padaria**

Uma senhora de 69 anos, casada, reside em Marau há 30 anos. Iniciou contando que seu diagnóstico foi realizado há mais de 10 anos, quando trabalhava em uma padaria onde, segundo ela, “*comia muito doce*”. Declarou que nesse período, iniciou com um “*emagrecimento anormal, sede e fome excessiva*”. Procurou a unidade de saúde de seu bairro e foi diagnosticada com DM, ressaltou que considera esse serviço sua referência, e que tem uma rotina de consultas trimestrais.

Ela pontuou que na ausência dos serviços da ESF, não teria “*condições de pagar médico particular*”, e por usá-lo apontou dificuldade no acesso ao serviço, falta de medicamentos e encaminhamentos para especialidades médicas. Contou também que foi encaminhada para o oftalmologista em função de um problema ocular e teve que pagar consulta na rede privada de saúde, pois pelo SUS demorava muito. Após alguns meses, conseguiu acessar o oftalmologista pelo ambulatório de olhos na Universidade de Passo Fundo (UPF), pelo SUS.

O diagnóstico de DM mudou radicalmente a forma de se alimentar, pois ela tinha uma irmã com DM que sofreu um infarto após uma crise de hiperglicemia e um irmão que faz uso de insulina. Logo, tem muito medo de ter complicações e ficar “*acamada, sofrendo e fazendo os filhos sofrer*”, então optou por levar uma vida mais saudável e com restrições para evitar problemas.

Eu me cuido para ter uma vida leve, boa e viver com os filhos. Poder estar com minha família, para que os filhos não fiquem ansiosos e preocupados. Os filhos são bem ligados comigo (Conceição).

A participante elucidou a história sobre o falecimento de seu filho aos 12 anos de idade, e disse que “*sofreu muito*” e deixou de “*se cuidar*” nesse período. Relatou ter “*esquecido de si mesma*” e até hipertensão arterial desenvolveu em função do

“*grande sofrimento*”. Mostrou-se forte diante da tragédia que abalou sua família e revelou ter “*orgulho da pessoa forte que se tornou*”, diante de tanto sofrimento.

Com relação ao envelhecimento, Conceição expôs que a vida é “*dura*”, e que ao envelhecer tem de “*ver os outros indo embora*”, fazendo referência à morte. Ao mesmo tempo, não se considera velha e mencionou que as amigas dizem que ela não mudou nada, “*sempre magra, jovem e bonita*”.

Seu depoimento revelou que, através da fé encontrou esperança para entender as perdas da vida e por isso segue firme em sua fé para ter saúde e viver melhor. Foi na igreja evangélica que encontrou a força e alento para suas dores, e nunca pensou em desistir diante das dificuldades impostas pela vida e pela doença.

Durante a entrevista, Conceição expôs que sua família é maravilhosa e citou a presença constante dos filhos e noras. Ainda relatou que ajuda a nora, que também é sua vizinha, na confecção de roupas e que se ficar sozinha em casa “*a cabeça começa a pensar bobagem*”, então sai para se manter ativa entre vizinhos e amigos.

#### **4.1.10 Itinerário terapêutico de Ana: melhorou a qualidade de vida com o Benefício de Prestação Continuada**

Uma senhora de 67 anos, casada e reside em Marau há mais de 16 anos. Iniciou contando sua história, expondo que veio de Nova Alvorada/RS à procura de melhores condições de vida e trabalho, pois era agricultora e estava cansada da vida no campo. Contou que as “*filhas corajosas*” vieram para Marau antes, e, após conseguirem emprego, a família toda se motivou para a mudança.

Em Nova Alvorada, trabalhou na plantação de fumo e apresentava cotidianamente mal-estar, sudorese e tremores e entendia como um processo normal em função do trabalho pesado. Ao vir para Marau, continuou com os sintomas e passou a consultar na unidade de saúde do bairro, na qual foi diagnosticado o DM.

Frequentava com certa constância a unidade de saúde, referindo “*desânimo, cansaço e tristeza frequentes*”, após algum tempo iniciou o tratamento para depressão e conta a história de um “*longo caminho de cuidados*”.

Sua história de vida foi marcada pelo sofrimento mental, trabalho excessivo na agricultura e as dificuldades com o esposo que era violento e alcoolista. Segundo ela, durante o tratamento para depressão, tentou “*tirar a própria vida*” e foi socorrida pelos filhos. Hoje tem mais “*consciência do seu problema*” e pede ajuda quando não se

sente bem ou tem “*ideias ruins*” e menciona o acompanhamento no serviço de psicologia na unidade de saúde como “*fundamental e que não consegue ficar sem o auxílio do serviço, ainda*”.

Durante esse período de adoecimento, ela trabalhou em casas de famílias para ajudar nas despesas da casa e agradece os trabalhos que teve, pois acredita que nenhuma empresa contrataria uma “*mulher depressiva, diabética, velha, com a memória ruim*”.

Ana sente que hoje não consegue mais trabalhar como antes, quando era jovem, em função do cansaço, e pensa que pode ser influência da idade ou do DM.

Ao mesmo tempo em que falou do diagnóstico do DM narrou a história do transtorno depressivo, disse que “*as coisas se misturam, pois, vieram juntas*”. Quanto ao DM, mencionou que realiza seu acompanhamento na unidade de saúde e que sua referência é a equipe da ESF.

No entanto, a idosa comentou as dificuldades de conseguir consulta e alguns exames na unidade de saúde, e que, às vezes é preciso buscar recursos na rede privada para agilizar os encaminhamentos. Ela retratou as dificuldades para pagar as consultas, já que não está aposentada e vive do salário do esposo. Sua filha ouviu na televisão sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas idosas que não tinham aposentadoria, encaminhou a documentação e há exatamente, dois meses, recebe o recurso.

Ana estava visivelmente feliz com a independência financeira, falou sobre a autonomia, sonho e desejo de adquirir bens para sua casa. Comentou que o “*recurso é para que tenha dignidade na vida, que consiga fazer uma alimentação correta, comer frutas, verduras e outros alimentos que ajudem no controle da glicemia*”.

Atribuiu à fé sua melhora de saúde, e acredita que é na “*fé que encontrou a fortaleza necessária para viver e superar as dificuldades*”. Apontou que o uso de chá no tratamento do DM é extremamente importante.

[...] eu tomo chá de insulina [...] as mulheres diabéticas do grupo de mães aqui do bairro que me indicaram, [...] eu me sinto bem, não sei se baixa muito. Mas é bom, às vezes tomo só o chazinho mesmo [...] (Ana).

Reconheceu a família como o principal apoio no cuidado, assim como a unidade de saúde do bairro. Mencionou que entre os motivos para se cuidar estão os

filhos e netos, os quais ama tanto. E por fim, ressaltou que os filhos estão todos trabalhando e ela também deve ficar bem, para que a vida siga seu fluxo normal.

#### **4.1.11 Itinerário terapêutico de Vitória: não acredita em benzedoiras para a cura do diabetes**

Uma senhora de 64 anos, casada, aposentada, moradora de Marau há mais de 40 anos. Ao falar do DM, contou que seu diagnóstico foi realizado há 18 anos, quando ela trabalhou em uma indústria de alimentos na cidade e sentia muita fraqueza, tontura e tremores.

Por influência dos familiares, decidiu consultar em Passo Fundo com um endocrinologista particular, e seu diagnóstico, foi confirmado. Ao retornar, decidiu aceitar o problema e mudar sua alimentação, estilo de vida e iniciou o uso de medicação. Sabia que com o DM, as massas, pães e bolos estariam restritos em sua dieta.

A idosa passou a consultar com frequência com o endocrinologista em Passo Fundo, na rede privada de saúde. Mencionou que os valores das consultas aumentaram muito e no momento não consegue mais arcar com esse custo. Desde então, passou a consultar na unidade de saúde do bairro. Sua rotina de consultas é trimestral, e mesmo com as mudanças no agendamento da unidade, citou que o serviço é sua referência. Referiu que o agendamento para consulta de pessoas idosas na unidade demora em média uns “*três meses ou mais*”, e que se a pessoa estiver ruim, deve ir de madrugada e pegar a ficha para ser atendida à tarde, quando consegue.

Vitória comentou que há três anos ficou internada no hospital em Marau, em função de uma crise de hiperglicemia, após sete dias hospitalizada, foi introduzida a insulina em seu tratamento. Comentou ainda que todos os medicamentos e insumos para o tratamento do DM, adquire mensalmente na farmácia do município.

Como não se sentia bem, por influência das amigas e vizinhas, passou a fazer uso de chás que reduziam a glicose e também procurou um benzedor da cidade objetivando a cura do DM. Frente a inúmeras incursões na prática da benzer para curar o DM, concluiu que: “*não se cura o DM com um ritual de benzedura*”, pois se fosse assim ela “*estaria curada*” sempre acreditou que ficaria melhor do que estava

no momento, sentia-se *“bem e cuidada, com uma sensação de bem-estar”* e acreditava que qualquer ajuda fortaleceria a parte espiritual.

Segundo ela, mesmo que a pessoa procure com muita fé essas ajudas, deixou de acreditar na cura, *“como uma pessoa poderá curar uma coisa que está no sangue”?* *“É tipo um câncer”*, eu *“penso que quem pegou diabetes, vai morrer com ela”*. Nesse momento, ela citou a fé como mais um elemento de cuidado e apoio, e sem a fé, assumiu que não seria possível aguentar as *“amarguras da vida”*.

Com relação ao apoio, citou a presença da família, esposo e filhos e mencionou que no adoecimento, a família é a principal referência de cuidado. E que por ser idosa, *“mesmo não se sentindo tão idosa”*, acaba contando com os filhos, e os filhos contando com ela para o cuidado de seus netos. Neste momento, emocionou-se e chorou, pois, os netos são sua *“alegria de viver e eles estão acostumados com ela”*, dessa forma, não poderia *“acontecer nada de errado”*, fazendo referência à morte em sua fala.

#### **4.1.12 Itinerário terapêutico de Pedro: acredita que sua fraqueza está na idade ou na inatividade física**

Um senhor de 73 anos, casado, aposentado, morador de Marau há 20 anos. Ao falar de sua história de adoecimento, lembrou que tudo iniciou há mais de 23 anos, quando foi consultar com o cardiologista em função de uma taquicardia.

Segundo ele, as consultas com o cardiologista ocorriam em função de uma grave arritmia cardíaca que mudou sua vida. Nas palavras do participante: o *“diabetes não mudou tanto sua vida como a arritmia”*.

A doutora falou que nem um pneu de carro eu poderia trocar [...] ela me assustou tanto [...] eu era jovem e meu sonho era jogar no grêmio [...] abandonei tudo (Pedro).

A partir desse momento, passou a seguir uma série de orientações médicas, deixou de fazer atividades que lhes eram prazerosas, a exemplo de pescar e jogar. Em relação ao DM, leva uma vida normal com algumas restrições, mas tenta se alimentar de forma natural, evitando doces, pão em excesso e gorduras.

Com o diabetes é assim, não conseguimos parar de comer tudo que é bom senão vou deixar de viver, igual a arritmia [...] tento me cuidar e fazer as refeições certas e fracionadas (Pedro).

Sua rotina de consultas na unidade de saúde ocorre a cada três meses, e não tem consultado mais com o cardiologista em função de optar pelo acompanhamento na unidade de saúde próxima de sua casa. O cardiologista é de Passo Fundo e fica difícil o deslocamento, mas reforça que sua referência é a unidade de saúde do bairro e o hospital da cidade aos finais de semana.

Ele relacionou seu estado de saúde atual à idade e à inatividade física. O diagnóstico da arritmia o fez suspender de forma abrupta sua rotina de exercícios físicos e dessa forma, afetou o seu processo de envelhecimento.

Se eu tivesse seguido a minha vida normal como a que eu tinha, fazendo exercícios, eu ia pescar na beira do rio, correr, acampava e nada disso teria me deixado fraco. Tenho um pé de limão ali atrás de casa e fui subir a lomba para pegar as frutas e não consegui [...] como pode, me diz! Isso é falta de exercício físico é só isso (Pedro).

Durante a entrevista, Pedro lembrou com saudades dos amigos que já morreram e que a aposentadoria foi uma interrupção nas suas relações de vínculo com os amigos. Lembrou-se do trabalho como uma época de satisfação pessoal e conta com orgulho que tudo que adquiriu na vida foi com muito esforço e suor de seu trabalho. Hoje, segundo ele, tem uma vida bem diferente com poucos amigos e poucas relações sociais, deixou de sair de casa e encontrar as pessoas com quem se relacionava, pois, *“alguns amigos faleceram e outros estão adoentados”*.

Hoje, pode contar com sua esposa, filha e um vizinho que, às vezes, o convidam para almoçar em sua casa. Com relação a outros tipos de tratamentos, disse não acreditar em qualquer outro a não ser o medicamentoso, pois é uma *“doença crônica e sem cura”*. Mencionou ainda a fé e não acreditar em nada espiritual que traga algum benefício ou ganho, a não ser o bem-estar.

#### **4.1.13 Itinerário terapêutico de João: deseja voltar a trabalhar**

Um senhor de 74 anos, casado, aposentado e residente de Marau há mais de 35 anos. Iniciou falando do diagnóstico de DM, revelou que tudo teve início há mais de dez anos, quando ele estava trabalhando e sentia um cansaço *“sem explicação”*.

Eu saía do trabalho muito cansado e tinha vontade de ficar sentado na calçada, na rua (João).

Como a fraqueza aumentava e ele não se sentia bem, decidiu procurar um médico em Marau. Na ocasião, foi em um cardiologista, pois achava que a fraqueza poderia ser do coração e foi essa médica que me falou do DM. Após diagnóstico de DM, foi encaminhado ao endocrinologista. Preocupado, decidiu pagar uma consulta com uma médica em Passo Fundo, que prescreveu o tratamento, orientou a dieta mais adequada e recomendou exercícios físicos.

Desse período em diante, alimenta-se de forma mais natural e inclui algumas caminhadas em sua rotina. Contou que a motivação para tais cuidados partiu do medo de complicações nos rins, olhos e amputações nas pernas.

Eu posso perder os rins, as pernas e a visão. A médica me orientou muito e disse que essa doença é traiçoeira (João).

Consultou novamente com a endocrinologista, e foi necessário introduzir a insulina ao tratamento medicamentoso. Desde então, ele adquire mensalmente a insulina e os outros medicamentos na farmácia do município, junto com seringas, agulhas e as fitas para o glicosímetro que é fornecido pelo Estado.

Ao mesmo tempo em que consulta em Passo Fundo, faz o acompanhamento na unidade de saúde do bairro, pois segundo ele, se um dia precisar de alguma intervenção mais urgente a “*médica terá conhecimento de seu caso*”. Os retornos para a médica endocrinologista ocorrem três ou quatro vezes ao ano, sempre particular.

Com relação aos cuidados, após a adequação da dieta e uso das medicações, sua glicemia se estabilizou. Também mencionou que, embora tenha vontade de comer algumas coisas não muito saudáveis, sua esposa e família cuidam muito. A esposa não faz doces, diminuiu a gordura e o sal, e ele tem feito caminhadas diárias para ajudar no controle do DM.

Durante a entrevista, o participante mostrou-se um homem solitário, disse que depois de sua aposentadoria não encontrou mais os colegas de trabalho, não gosta de sair de casa e sente falta de conversar com os colegas. Seu desejo maior seria trabalhar, mas por ser uma pessoa idosa e ter DM, acredita que ninguém o dará trabalho.

Eu procurei trabalho esses dias, fui no posto de gasolina para trabalhar de frentista. O gerente é bem meu amigo e falou: homem você tem quase 80 anos vai aproveitar a vida e curtir, ninguém vai te contratar com essa idade (João).

Assim, seu João falou que segue a vida e continua sonhando com as coisas que deseja e que ainda não realizou. E até concorda em partes com o colega do posto de gasolina, mas, ao mesmo tempo, pensa que o trabalho o manteria mais ativo, além de melhorar as condições de vida e econômicas em sua casa.

Com relação à rede de apoio, afirmou que a esposa e filhos são seu apoio e encontra na família a força para seguir sonhando e desejando uma vida melhor.

Quando questionado acerca de outras práticas de cuidado que não as médicas, seu João foi enfático e disse que nunca procurou nada. Não acredita em chás, orações e simpatia para curar nada, inclusive o DM.

#### **4.1.14 Itinerário terapêutico de Iolanda: considera importante a participação dos familiares em suas consultas médicas**

Uma senhora de 69 anos, viúva, demonstra timidez ao contar sua história de vida. Reside em Marau, há mais de 35 anos, veio acompanhando seu esposo, que na época era agricultor em Ernestina e estava cansado com as dificuldades que o trabalho na agricultura impunha.

Ela relatou as dificuldades financeiras que passou na roça, a falta de alimentos para os cinco filhos, e que a vinda para Marau foi a “*salvação da família*”, em termos de alimentação, estudo, moradia e, sobretudo, condições para uma vida mais digna. Contou com alegria que está no “*céu por ter sua aposentadoria*”, pois trabalhou muito em um frigorífico da cidade para ter essa segurança.

Sobre o adoecimento, disse que o diagnóstico de DM foi feito há mais de 14 anos. Na época, ela trabalhava em uma indústria de alimentos na cidade e sentia muito cansaço e fraqueza, por isso o médico da empresa solicitou o exame e o diagnóstico foi confirmado. O mesmo médico iniciou o tratamento para DM e orientou sobre mudança de hábitos de vida e alimentares. Depois de um tempo realizando seu acompanhamento na unidade de saúde e fazendo os exames regularmente, sua glicemia começou a alterar e a médica da unidade de saúde a encaminhou para o endocrinologista pelo SUS, que decidiu associar a insulina ao tratamento.

A idosa também contou que seu filho mais novo está residindo em sua casa. Esse filho está em tratamento para alcoolismo e já foi internado inúmeras vezes para tratamento. Ela associa o aumento da glicemia às preocupações com o filho.

[...] eu fico de coração apertado com esse filho, criei todos da mesma forma e esse me dá tanta preocupação. Sei que a diabetes aumenta, só de pensar que ele pode ter recaídas (Iolanda).

Iolanda mencionou que, recentemente, em sua última consulta com a médica da unidade de saúde foi identificada uma alteração renal e logo encaminhada para o nefrologista. Preocupada com o problema, a filha decidiu agendar consulta com um médico particular, sendo que na ocasião, os filhos a acompanharam. Contou que anda meio “*atrapalhada*”, não sabe se é da idade, pouco estudo ou do DM, e que os filhos, inclusive, estão ajudando com o controle da medicação. Eles participam das consultas médicas e exames, e ela acha importante os familiares participarem, assim eles ficam sabendo como ela se encontra.

Quanto à rede de apoio ela mencionou que a família, filhos e genros são muito cuidadosos e estão sempre presentes. Além disso, conta com as amigas da época de trabalho, com quem se relaciona até hoje no clube de mães e nos encontros da terceira idade.

No que se refere ao uso de outras práticas de cuidado, ela relatou que não acredita que um chá ou orações irão melhorar alguma coisa na glicemia. Teve uma experiência no passado com o uso chá e tem certeza que não fez nenhum efeito, pois não sentia diferença em seu corpo. Assim, decidiu usar somente o tratamento medicamentoso e seguir as orientações da médica.

#### **4.1.15 Itinerário terapêutico de Lorena: acredita que o Benefício de Prestação Continuada vai melhorar sua vida e saúde**

Uma senhora de 63 anos, separada, reside em Marau, há oito anos na mesma casa que sua filha. Iniciou contando um pouco de sua vida, que nasceu e morou em Itaqui/RS, local onde construiu laços de amizade, e após a vinda para Marau acabou perdendo o contato com os conhecidos.

A mudança ocorreu em função de sua filha precisar de ajuda na criação dos netos, e na oportunidade de ter acesso a serviços de saúde mais facilmente do que em Itaqui. A descoberta do DM ocorreu há mais de oito anos, quando consultou na unidade de saúde em Marau, em função de um “*quadro de falta de ar*”. Na ocasião, o médico solicitou exame e ao retornar foi surpreendida com o diagnóstico de “*diabetes e talvez uma possível cardiopatia*”.

Preocupada com o problema cardíaco, ela acabou consultando com o cardiologista da rede privada de saúde, em função do tempo de espera pelas consultas no SUS. Ademais, expôs que a unidade de saúde é a sua referência e lembrou-se do trabalho da ACS, pontuando que é muito presente em sua vida. Contou também, que sua alimentação mudou muito ao longo desses anos de convivência com o DM, já que restringiu açúcares, gordura e carboidratos e que sua “*ficha caiu*” em relação à importância de se alimentar melhor.

A idosa mencionou que trabalhou por diversos anos em propriedades rurais como caseira e nunca se preocupou com a aposentadoria, essa situação tornou-se um problema após seu adoecimento. Desse modo, a falta da aposentadoria é considerada um problema em sua vida, “*não tendo autonomia para poder comprar o que necessita*”, “*até para se alimentar e viver melhor*”.

Citou que, em função de sua idade e seu problema cardíaco, não consegue mais trabalhar como empregada doméstica.

[...] sim, as coisas quando nova são diferentes, meu corpo não é como antes  
[...] eu caminhava, trabalhava o dia inteiro. Hoje, não consigo mais fazer nada, acho que pelo problema no coração e pelo diabetes. Por isso digo que não sirvo para mais nada na vida (Lorena).

Segundo ela, está aguardando completar os 65 anos de idade para receber o BPC. Vislumbra que esse benefício mudará sua vida e que ajudará nas despesas da casa e nas questões da saúde. Sua filha acaba comprando o que precisa, mas sabe que a prioridade são os netos, a filha e depois ela. Em função dessa situação, acabou se isolando socialmente para não causar mais gastos para a filha e o genro.

Considerou que sua filha é a principal incentivadora no tratamento, e a motivação para continuar seus cuidados está na presença dos netos e das filhas.

Quando questionada sobre o uso de outras práticas não convencionais de saúde, ela mencionou a fé, mas na vida, na existência de uma força superior. Com relação ao DM, disse não acreditar em cura com chá, benzer e imposição de mãos. “*É uma doença crônica e nunca vai melhorar*”.

## 4.2 CORRELAÇÕES ENTRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O DIABETES *MELLITUS*

A doença na velhice é frequente, e isso não implica dizer que a pessoa idosa não é saudável, fato que deverá ser avaliado pela autonomia e independência. Deste modo, se, por um lado, o envelhecimento trouxe benefícios de uma maior longevidade, por outro, trouxe um novo perfil de morbimortalidade, caracterizado pelo aumento de DCNTs, como o DM.

Nos depoimentos dos participantes evidenciam-se as impressões de mudanças corporais sentidas ao longo do tempo.

Antes eu trabalhava, era mais nova, tinha agilidade no corpo [...] hoje, parece que sou paralisada no corpo, até para caminhar e trabalhar dói o joelho e tudo [...] (Terezinha - 71 anos).

[...] não sou mais como as novas que tem uma destreza. Eu não me garanto mais, tenho muita cansa no corpo. Pode até ser a influência do diabetes ou da idade (Ana - 66 anos).

[...] a força, a disposição e a diabetes, muda muito. Pode ser até mais a idade, que cansa mais, nem sei, porque daí velho e diabético as coisas são diferentes (João - 74 anos).

A principal percepção pontuada pelos participantes encontra-se na redução de sua força física ao longo dos anos, implicando em comparações com períodos em que eram mais jovens, e que conseqüentemente apresentavam maior força e disposição. As principais alterações fisiológicas pontuadas associam-se ao sistema musculoesquelético, o que afeta diretamente a capacidade de realizar atividades cotidianas.

O declínio físico percebido pelos participantes traz dúvidas se este é desencadeado pela senescência ou pela senilidade, assim fazem associações com o processo de envelhecimento, e o acometimento do DM. Como o envelhecimento e o DM tipo 2, manifestam-se lentamente ao longo do tempo, torna-se difícil para as pessoas idosas com DM identificar o responsável pelas alterações nas funções fisiológicas, como os declínios clínicos funcionais.

[...] e as pernas não me ajudam a sair também, até a bengala eu uso [...] se for do diabetes não tem o que fazer [...] outro problema, a urina frouxa, como vou sair com a urina frouxa? Se te dá vontade de fazer xixi, tem que sair correndo. Me convidam para ir nos idosos, no clube de mães, eu não vou, é como te falei, se escapa eu fico com vergonha (Margarida - 69 anos).

Neste sentido, a redução da força física e sustentação do corpo acarretam dificuldades na locomoção, comprometendo a liberdade das pessoas idosas interferindo em sua autonomia.

A incontinência urinária (IU) foi pontuada como um elemento que dificulta as relações sociais e a socialização da pessoa idosa. O modo como a idosa olha para si e seu corpo reflete sua vulnerabilidade, o descontrole do corpo e, como consequência, gera dificuldade na sua socialização. A compreensão do DM como uma patologia crônica, pode justificar a percepção da participante quanto a origem da IU, acreditando que se for do DM não terá cura.

Destaca-se ainda, que alterações na esfera sexual foram suscitadas, gerando dúvidas quanto a origem da causa do comprometimento.

[...] mas muda muito o sexo. Muda muito, não sei se é a idade, ou o diabetes. Eu era um homem forte, foi depois do diagnóstico do diabetes e com a idade (João - 74 anos).

Quanto mais velho vai perdendo a força. A vontade de trabalhar continua, mas a força não é como antes mais. Outra coisa que não se faz mais como antigamente, fica a desejar, é a parte sexual, o sexo não é mais como antes [...] nunca é mais como antes, e a esposa também percebe isso (Luís - 73 anos).

Mudanças no desempenho sexual foram destacadas, fazendo associações entre o envelhecimento e o DM. Identificam-se nos depoimentos desconforto e implicações frente a tais alterações, despertando insatisfação e desejo por uma vida sexual mais ativa.

O envelhecimento é moldado por alterações físicas e psicológicas influenciadas pelas questões culturais. A vivência subjetiva do envelhecimento é estruturada pelas irrevogáveis modificações corporais, assim como pelo impacto negativo dos estereótipos.

Eu tenho 62 anos e não me sinto com essa idade, mas tem dias que me sinto com 70 [...] tem pessoas com 30 que estão tristes e acabados. [...] a gente pensa aos 50 que quando chegar aos 60 vai estar acabada ou cansada, e nada disso. A vida segue, não podemos nos acabar antes do tempo (Simone - 62 anos).

[...] eu não me sinto velha de jeito nenhum [...] as minhas amigas dizem que estou bem jovem e bonita. Eu fico feliz, e me sinto assim [...] tem mulheres da minha idade que estão mais sofridas (Conceição - 69 anos).

O envelhecimento associado às alterações físicas mostra-se como algo singular e influenciado pelo contexto social no qual a pessoa está inserida. É interessante ponderar que os depoimentos são de mulheres, e que a aparência feminina historicamente sempre foi motivo de cultuamento do belo ou do perfeito. Portanto, nessa dimensão, o olhar volta-se para a autoimagem do envelhecimento, além das representações físicas, envolvendo o estereótipo da velhice.

Ainda, sobre os estereótipos do envelhecimento, alguns participantes relacionaram o processo de envelhecimento à condição de dependência.

[...] todos os velhos precisamos de ajuda (Luís - 73 anos).

[...] eu não presto para mais nada na vida, eu fico só em casa (Terezinha - 69 anos).

[...] velho dá trabalho, sempre precisa de ajuda de algum filho e até a nora cuida. Não queremos incomodar ninguém eu e meu velho (Cora - 71 anos).

A percepção do envelhecimento, associada à dependência pode estar relacionada ao próprio acometimento do DM ou ao avanço natural da idade, que gera comprometimentos funcionais. Por outro lado, os depoimentos em relação ao “velho”, sugerem que esse modo de pensar, é influenciado pelas representações socioculturais do envelhecimento, externando um “estereótipo” culturalmente construído, que reflete na própria concepção de sua autoimagem.

Alguns participantes pontuaram o medo de perder sua autonomia e independência, e ficar na dependência de cuidados familiares.

[...] eu não tenho medo de morrer, e sim, tenho medo de sofrer e dar preocupação para os filhos. Por isso que eu me cuido, e tenho muita coisa para ajudar meu filho [...] (José - 71 anos).

[...] viver bem até o fim, e a gente se virando, fazendo e vivendo na ativa. Meu esposo tem 76 e trabalha, passa o dia inteiro trabalhando, faz vinho e é mecânico, trabalha e ele não pára. Daí as minhas filhas estimulam e dizem para mim que é muito bom estar ativo, e eu concordo [...] não queremos depender de ninguém (Cora - 71 anos).

Os depoimentos evidenciam que o medo das pessoas idosas não está relacionado à finitude e, sim, a perda da sua capacidade funcional. Contudo, ressalta-se que esse medo da dependência familiar, está intrinsecamente relacionado a possibilidade de trazer transtorno aos filhos. Esta é uma situação primordial, que motiva as pessoas idosas na busca pelo cuidado.

Por outro lado, foi identificado nos depoimentos o comprometimento de ABVD e AIVD, necessitando de ajuda de familiares para cuidados cotidianos.

[...] os remédios é meu genro que cuida, separa os remédios, o que é da manhã, tarde e noite para não errar. Eles falaram que eu não tomava certo, não conhecia os remédios e não sabia como tinha que tomar. Agora me aliviou bastante assim, e a diabetes melhorou (Iolanda - 69 anos).

[...] eu e a esposa passeamos muito e agora estou meio cansado. Esses dias, dirigi muito longe e cansei por demais, achei que não ia chegar em casa. Fiquei com medo, é até arriscado causando perigo na estrada. Agora só vou para lugares pertos (João - 74 anos).

Às vezes um filho vem aqui e me ajuda a limpar a casa, às vezes fico um tanto atrapalhada (Vitória - 64 anos).

A minha filha mais nova é o nosso caminho. Ela me ensina, leva no banco para pegar o dinheiro, no mercado e lojas [...] sozinha não vou, tenho medo e fico insegura (Ana - 66 anos).

O comprometimento para ABVD e AIVD foi manifestado pelos participantes, que necessitam de cuidado familiar para desempenhar funções diárias, não apenas no domicílio, mas também quando precisam sair de casa. Dentre as limitações no desempenho funcional que indicam comprometimento das ABVDs e AIVDs, encontra-se a dificuldade de organização dos medicamentos, realização de atividades domésticas e deslocamento para lugares distantes.

Um aspecto que veio à tona nos depoimentos foi a aposentadoria. Esse tema foi abordado pelos participantes, na perspectiva da autonomia e independência para o cuidado.

Ter aposentadoria é muito bom. Para a gente que é pobre e vive meio apertado é muito bom. Tinha uma época em que as coisas eram muito ruins, era só apertado só trabalhava e não conseguia fazer nada, hoje temos uma segurança [...] (João - 74 anos).

A aposentadoria é importante para que a gente tenha dignidade, fazer uma alimentação mais correta comer saladas e frutas, coisas diferentes que ajudem no controle do diabetes. Sem dinheiro não conseguimos comer direito [...] (Ana - 66 anos).

A aposentadoria foi abordada como elemento de segurança financeira, e uma possibilidade de dar continuidade ao tratamento e cuidados específicos exigidos para o manejo da doença. O controle glicêmico para as pessoas com DM exige uma alimentação diferenciada, que é garantida pela esfera econômica e social.

Alguns participantes retrataram os benefícios da aposentadoria, não apenas sob o aspecto econômico, mas para a continuidade dos cuidados e tratamento.

[...] na empresa, eu tinha que comer para ficar em pé, não era o ideal para o diabetes. Agora em casa, aposentada a vida é outra. Até a diabetes melhorou muito, a gente come melhor e se cuida [...] (Vitória - 64 anos).

As condições de trabalho foram um fator impeditivo de cuidado adequado, com a aposentadoria e a não exposição ao ambiente de trabalho, a participante pode se alimentar melhor e viver uma vida mais saudável.

Destaca-se ainda, a importância da aposentadoria para o provimento de necessidade básica de vida.

[...] sem aposentadoria é complicado de pagar as coisas, ter alguma coisa [...] quem diga pagar exames, remédio e consultas ainda [...] não estou aposentada, é a filha que compra tudo. É bem difícil, estou esperando completar os 65 anos para conseguir o benefício de prestação continuada. Já fomos no Fórum para conseguir mais informações, mas tenho que esperar. Nunca contribuí e nenhum patrão pagou o INSS, agora estou nessa situação [...] sem dinheiro, a gente nem se anima a sair. Não vou dizer que não me falta alguma coisa, mas tendo saúde a gente pode esperar (Lorena - 63 anos).

[...] olha eu não sou gastador, não bebo, não fumo, não jogo e não vou a nenhum tipo de lazer. Não se tem dinheiro, então tem que economizar, não se pode gastar se não for necessário (João - 74 anos).

Assim, pessoas idosas privadas desses benefícios sofrem impactos significativos em sua qualidade de vida e autonomia, dificultando o acesso a bens, serviços e lazer. Ao mesmo tempo, a falta de recursos fragiliza as relações sociais, e a pessoa idosa acaba se isolando em função de não ter condições financeiras para prover suas necessidades de lazer, alimentação, saúde e interagir socialmente.

A velhice foi considerada como um momento de reflexão acerca da vida, e o desejo de realizar sonhos ainda não concretizados.

[...] se pudéssemos prolongar a vida, a gente prolongaria. Sempre se cuidando bastante, eu tenho sonhos ainda para realizar. Uma vez eu vendia as férias na empresa, eu precisava e hoje avalio que não deveria ter feito isso. Mas, só agora nessa idade a gente se dá por conta de que outras coisas são importantes na vida. Se fosse hoje, eu não ficaria em casa, iria passear, pescar e fazer coisas que eu sempre gostei [...] agora mais velho, sei lá, se é sabedoria ou sofrimento, até eu acho que a gente consegue olhar para trás e ver quanta coisa poderia ter sido diferente. Precisa chegar nesse momento para sentir a situação (Lucio - 68 anos).

A velhice permite que o participante reflita acerca de experiências e situações cotidianas, ponderando o que poderia ter sido diferente durante sua vida, fato esse que pode ser considerado pelo sentimento de finitude. A sabedoria ou o sofrimento dão outra perspectiva ao olhar para a vida e seus fenômenos, (re) significando, (re) avaliando concepções e posicionamentos. A velhice e a condição de ter uma doença crônica acentuam essa reflexão acerca da vida, pois a doença implica em consequências e significados que poderiam ser modificadas no decorrer do seu ciclo de vida.

#### 4.3 PRÁTICAS POPULARES E SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO ÀS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS*

No subsistema de cuidado folclórico, o consumo de plantas medicinais sempre teve grande importância na cultura popular, principalmente devido à extensa e diversificada flora do país. A busca por novas alternativas terapêuticas motiva os participantes a incorporarem em seu plano de cuidado o uso de plantas medicinais.

[...] eu sou do tempo antigo, meus pais usavam plantas do mato [...] eu sei que para diabetes é bom a amora branca. Eu conheço muitos remédios antigos, do meu tempo de menino, que existiam e que eram bons e hoje não vemos tanto, vamos para a unidade de saúde (Luís - 73 anos)

[...] meu avô era curandeiro, os remédios que ele fazia e dizia que servia para tratar doenças, como o diabetes, eu sei que usam até hoje (Margarida - 69 anos).

Os depoimentos apontam que o uso de plantas é repassado ao longo das gerações, revalidando o resgate dos saberes de seus ancestrais, na utilização das plantas medicinais para fins terapêuticos. O envelhecimento faz com que as pessoas idosas percebam mudanças com relação ao uso de plantas medicinais, podendo estar associadas aos aspectos culturais, pela expansão dos serviços de saúde e impactos ambientais que resultam na diminuição destas plantas.

Alguns participantes pontuaram não utilizar plantas medicinais em seu tratamento para o DM.

[...] agora para o diabetes nunca usei chás, só os remédios da unidade de saúde (Conceição - 69 anos).

[...] sempre fui ao médico e pronto [...] (Iolanda - 69 anos).

Este fato pode ser explicado pela compreensão das pessoas idosas de que o serviço médico é mais resolutivo, e a influência do modelo biomédico enquanto prática dominante de cuidado.

No entanto, a utilização de plantas medicinais no tratamento para o DM foi predominante na fala dos participantes.

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

As informações acerca do uso e preparo das plantas medicinais advêm das relações sociais entre amigos, vizinhos e familiares que formam uma rede de apoio que contribui com o tratamento do diabetes. No contexto familiar, o cuidado é uma prática vivenciada por diferentes gerações e os saberes são compartilhados.

Os participantes salientaram as razões para a inclusão de plantas medicinais em seu tratamento.

Se estou com medo que o diabetes esteja alto, eu tomo chá, se eu acho que é bom, eu tomo [...] às vezes, quando está alta eu uso o chá do alecrim [...] sempre tomei os remédios, eu não como exagerado, mas eu como de tudo, e toda vida mais alta, sempre mais de 150 e com o chá ela não subiu mais. Quando eu quero comer um doce eu tomo bastante chá de alecrim e ela vem para 92, 103 e 104. Esses dias eu não estava bem, fiz o exame e estava 280, eu corri para o alecrim e tomei um meio copo. Depois de meia hora, fui fazer o teste e estava em 108 (Margarida - 69 anos).

O que tem me ajudado bastante a baixar o diabetes é a folha do araçá [...] eu fiz o teste de ficar tomando uma semana seguida e depois eu fui lá fazer o teste e estava baixa [...] folha do araçá que eu usei e garanto que resolve muito (José - 71 anos).

[...] não cura, né! Mas se você tomar um chá de jambolão, você pode medir que baixa a diabetes [...] é só quando a gente se arrisca comer alguma coisa diferente, a gente sente. Esses dias eu fiz um teste, fiquei uns dias sem tomar a metformina, que tomo diariamente e tomei somente o chá e não senti nada, foi tudo a mesma coisa (Lúcio - 68 anos).

Os depoimentos retratam que a motivação para o uso de plantas está relacionada ao controle da hiperglicemia. Além disso, o uso é intensificado após ingestão de alimentos doces. Ademais, confirmam o efeito hipoglicemiante de algumas plantas, pois realizaram o automonitoramento através do teste de glicemia capilar. Fato que chama a atenção, é que uma pessoa idosa deixou de usar os medicamentos para fazer testes, avaliando a eficácia das plantas.

Apesar da utilização das plantas medicinais, alguns participantes relatam descrença na utilização dessa terapêutica para o DM.

[...] olha já usei o chá de tarumã. Eu disse, não adianta, na minha cabeça não resolve. Até ameniza, mas não cura (Cora - 71 anos).

[...] eu não acredito em cura para o diabetes. [...] como um chá irá ajudar? O que um chá irá ajudar? (Pedro - 73 anos).

[...] penso que não é um chá que vai curar esse tipo de doença. O médico disse que não tem mais cura (Lorena - 63 anos).

Alguns participantes não negam o uso de chás, mas desacreditam no seu potencial terapêutico para o tratamento e cura do DM. Os depoimentos retratam que algumas participantes desconhecem ou subestimam o efeito das plantas no tratamento do DM.

Ao longo das entrevistas, diversas plantas foram citadas pelas pessoas idosas como alternativa terapêutica, no Quadro 1 pode-se observar essa diversidade.

Quadro 1 - Relação das plantas medicinais mais citadas pelas pessoas idosas no tratamento e cura do diabetes *mellitus*

<b>Plantas medicinais mais citadas pelas pessoas idosas no tratamento e cura do diabetes <i>mellitus</i></b>			
Alecrim	Alho	Amora branca	Araçá
Araticum	Cancorosa	Cipó-macaco	Cipó-mil homens
Canela	Cebola	Insulina	Jambolão
Espinheira-santa	Malva	Ora-pró-nobis	Pariparoba
Limão	Manga	Pata de vaca	Tarumã
Quaresam			

Fonte: Da autora (2019), dados coletados em pesquisa com pessoas idosas com DM.

Os participantes citaram 21 plantas medicinais, que são utilizadas em seu cotidiano como prática terapêutica com fins antidiabéticos ou hipoglicemiantes.

Além do uso das plantas medicinais, encontram-se outras formas de cuidado que são adotadas pelas pessoas idosas no tratamento para o DM, como a fé, a força divina, as orações invocadas por curandeiros e benzedeiros, visando a cura da condição crônica, ou melhora dos sintomas.

[...] a palavra de Deus fortalece [...] superei todas as perdas acreditando em Deus, os parentes dizem que eu sou forte e digo: vou continuar sendo. (Conceição - 69 anos)

[...] só sei que me apego a Deus e peço as coisas com fé e alcanço (Terezinha - 65 anos).

[...] fé em Deus, para a gente aceitar até o sofrimento da doença [...] aceitar as coisas que a gente não resolve, e aquilo que nem os médicos podem resolver (José - 71 anos).

Pode-se destacar, que a conexão com Deus foi considerada um componente de predomínio nos relatos, favorecendo a capacidade para o enfrentamento e perdas provenientes da vida. Entretanto, a fé foi relatada pelos participantes no sentido de aceitação do problema ou sofrimento, diante de algo que não tem possibilidade de cura, como o DM.

[...] eu tenho muita fé, eu rezo sempre. Se a fé não curar, ela ameniza ou controla a doença [...] eu sou muito devota de Nossa Senhora Aparecida e eu escuto a missa todos os dias na televisão e depois eu rezo o terço com o padre. Eu me sinto bem e isso dá uma fortaleza na vida, a gente fica mais forte espiritualmente e isso interfere na vida e no corpo (Terezinha - 65 anos).

[...] agora, rezar para me curar, isso não faço, rezo para ter saúde e viver bem (Lorena - 63 anos).

[...] ter fé, ajuda a proteger [...] ajuda, dando força, saúde, serenidade para levar a vida e entender o propósito de Deus (Conceição - 69 anos).

A fé e as orações surgiram como elementos motivadores na busca pelo cuidado, e são utilizados de forma muito abrangente, no sentido de buscar melhores condições de saúde e apoio para enfrentar o adoecimento. A fé foi considerada um instrumento de fortalecimento, proteção, controle da doença e uma maneira de abrandar os sintomas da doença, não focado somente para a cura. A busca pelo cuidado relacionado à religiosidade, não ficou restrita a igreja, mas foi acessada por meio de canais de comunicações.

Por outro lado, os participantes resignificaram a fé, considerando a atuação médica como uma ação divina.

Eu penso e digo assim, que uma coisa é meio ligado na outra. Se você não tiver fé até no médico, não resolve o problema, vai dizer que o remédio não deu certo e que ele não examinou direito. Tem que ter fé no médico e no remédio, Deus criou a medicina para ajudar [...] até em um chá tem que ter fé, e até em benzedura tem que ter fé, senão, não vai resolver (José - 71 anos).

[...] tratamento tem que ter fé. [...] cada um tem que fazer a sua parte, Deus faz a parte dele e nós temos que fazer a nossa. Você tem que acreditar no tratamento, se não, não faça (Margarida - 69 anos).

[...] se você vai tomar um remédio pensando que ele vai te curar, ele cura. Agora, se você não acredita, não fará efeito nenhum. Minha cabeça pensa assim (Pedro - 73 anos).

A fé tem o seu simbolismo reconfigurado com enfoque na importância de acreditar no tratamento do médico. Nessa concepção da fé, o entendimento é que não basta acreditar somente em Deus, é necessário acreditar no homem, medicamento e tratamento. Evidencia-se o caráter da influência do poder divino sobre a ação do médico, no qual passa a ser um instrumento de Deus no cuidado e tratamento.

Entre as práticas populares declaradas pelos participantes, destacam-se os curandeiros e benzedeiros na ajuda do controle do DM.

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

A busca por benzer é para promover o controle e a cura da doença. No entanto, esta prática assume outro sentido, uma vez que proporciona bem-estar. Neste caso, o ato da fé e da oração, passa a ser feito por outras pessoas, por meio de rezas com o objetivo de alcançar a cura ou melhora dos sintomas da doença. Neste sentido, algumas participantes tiveram ideias contrárias, e houve olhares de descrença nas informações e conhecimentos oriundos, especificamente, do ato de benzer.

[...] sou evangélica, e minha religião não permite essas coisas. Eu nem acredito muito nisso [...] (Terezinha - 69 anos).

O depoimento retrata a descrença no ato de benzer, em função da doutrina religiosa, que não permite aproximação com essa prática.

Alguns que acreditam no ato de benzer, desacreditam de seu uso para a cura do DM.

[...] a gente vai com aquela fé, mas não desaparece a doença [...] tive um tio que tinha essa doença, e não teve lugar onde não foi levado para curar [...] fui em várias benzedoiras que diziam: daqui a senhora sai curada [...] se fosse assim, eu estava curada. É bom porque te dá um bem-estar, mas não cura, você vem conformada para casa [...] se me falarem que lá no fim do mundo tem um curador eu vou! (Vitória - 64 anos).

Alguns participantes desacreditavam que esses recursos poderiam funcionar, possivelmente pelos resultados ineficazes de cura, após intensa incursão nesta prática. Não obstante, diante de todo o ceticismo em relação a essa prática, a esperança é inabalada, e é motivadora para que as pessoas idosas continuem buscando esse cuidado em função da possibilidade do bem-estar proporcionado.

#### 4.4 PERCEPÇÕES DAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS* ACERCA DO CUIDADO PROFISSIONAL

Os resultados demonstram que, por meio do subsistema de cuidado profissional, pode-se vislumbrar a ESF como porta prioritária de acesso da população idosa, como um local privilegiado para o desenvolvimento de ações direcionadas a promoção e prevenção de doenças. Neste contexto, incorpora diversas ações, favorecendo o acesso e o cuidado em saúde, funcionando como uma rede integrada, permitindo o acompanhamento das pessoas nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A minha referência é na unidade de saúde na ESF, a médica e a equipe são muito legais. O moço da recepção, e as enfermeiras são muito queridos. A enfermeira, que está há muitos anos ali, é muito boa e atende bem [...] são atenciosos e preocupados com a gente (Cora - 71 anos).

[...] na unidade de saúde eles atendem a família da gente, elas atendem muito bem, fazem o que podem para ajudar as pessoas. As enfermeiras são muito dedicadas (Margarida - 69 anos).

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

Os depoimentos evidenciam o vínculo existente entre os profissionais e os participantes, e reconhecem a equipe de ESF como a referência no atendimento e cuidados. Os profissionais, por estarem na unidade há muitos anos, tem uma estreita relação com as pessoas idosas, garantindo o acompanhamento ao longo do tempo e a continuidade dos cuidados prestados. Dentre os profissionais da ESF que foram mencionados, encontram-se os ACS que representam o vínculo entre equipe e população atendida.

[...] quem me auxilia aqui é a ACS. Eu tenho dúvidas, dou um grito e ela vem aqui e explica e dá orientações. Ela está sempre pelas ruas do bairro,

conhece a vida das pessoas. Esses dias eu estava tomando um remédio, e me atrapalhei, ela veio aqui e me explicou, e descobrimos que nem estava tomando (Lorena - 63 anos).

A ACS que vinha aqui em casa, sempre me orientava e dizia: quando a senhora tomar banho seque no meio dos dedos e não deixe molhado, vira frieira e não sara, o diabetes é complicado. As ACS dão muita atenção para os velhos do bairro, escutam nossas dúvidas (Margarida - 69 anos).

A ACS foi mencionada como uma profissional presente no cuidado, acompanhando as pessoas idosas de seu território. O ACS, em seu cotidiano, esclarece dúvidas e orienta cuidados atendendo as necessidades da população.

O vínculo estabelecido pela equipe é importante para propor ações concernentes à realidade das condições de vida e saúde das pessoas idosas. Cabe apontar que o modo como os serviços de saúde relaciona-se com os usuários, denota a qualidade do cuidado prestado.

[...] a médica da unidade de saúde mandou fazer os exames do diabetes e depois deu as receitas, e me orientou sobre o diabetes, tratamento e dieta, tudo, né. Disse que tinha que fazer para o resto de minha vida, para prevenir algo mais. E uma vez ao ano era para retornar, para prevenção e acompanhamento (Margarida - 69 anos).

[...] me sinto muito bem, não tenho nada. Vou lá fazer exames e não dá nada, estou sempre bem, é mais para prevenir problemas. Consulto para o diabetes, uma vez ao ano em novembro [...] (Conceição - 69 anos).

[...] a médica da unidade de saúde diz que uma vez ao ano ou a cada oito meses tem que ir para repetir os exames e renovar as receitas. Ela deve de ter algum controle de registro, para acompanhar. Consultei há dois ou três meses e ela disse que estava tudo bem (João - 74 anos).

Com relação às consultas médicas para DM, os participantes pontuaram cuidados relacionados à prevenção de complicações e controle da doença, uma vez que não tem cura. O cuidado profissional está amparado na solicitação de exame, renovação de receitas e orientações, como também no acompanhamento e evolução clínica do DM. Existe uma periodicidade nas consultas médicas que variam de seis meses a um ano, ou conforme solicitação médica e os resultados de exames.

Nesse sentido, foram salientadas pelos participantes, dificuldades oriundas da organização e funcionamento da ESF.

Eu consulto na unidade por agendamento, quem tem diabetes ou pressão alta [...] demora uns três meses para consultar, é tudo agendado, inclusive para idosos. Se está mais ou menos, vai lá e agendam para dois ou três

meses. Se você está malecha vai às 5 da manhã e consulta de tarde (Vitória - 64 anos).

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

Ressalta-se que os participantes descreveram em seus ITs dificuldades no acesso, filas para o agendamento de consultas, tendo que ir de madrugada para conseguir atendimento. As consultas para pessoas idosas e usuários com condição crônica, são agendadas, demorando meses para o atendimento. Observa-se nos relatos que a marcação de consulta ocorre pelo tradicional modelo de distribuição de fichas, atendendo por ordem de chegada, o que gera filas na ESF, desde a madrugada.

Aqueles que têm necessidade de consultar diante de qualquer problema agudo, seguirão o fluxo da unidade, pegando ficha antes da unidade abrir, e ao término das fichas, passarão pelo sistema de acolhimento na unidade com o enfermeiro. Ao olhar mais cuidadosamente para os relatos dos participantes, é possível perceber que existe uma centralidade do cuidado médico. Os participantes estão inseridos em territórios cobertos pelas ESF, com a inclusão de profissionais de diversos núcleos, mas os depoimentos direcionam para o serviço médico.

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

Os participantes dentro de seus ITs, escolhem os serviços de saúde a partir de suas percepções quanto aos sinais de gravidade do quadro, embora não deixem de procurar a unidade de saúde para acompanhamento do DM. De qualquer forma, quando procuram o hospital, entendem que é algo mais complexo, pois o serviço consegue responder de forma mais rápida diante de uma emergência, sendo a porta de entrada para o serviço de saúde. Assim, a escolha do serviço de saúde para atendimento segue a lógica dos participantes, na qual a ESF é considerada referência. De forma contrária, o atendimento na atenção especializada é visto com limitações.

[...] se fosse pagar um médico, não seria fácil. Todo o acompanhamento é feito ali na unidade, só paguei o oftalmologista porque era grave e não consegui pelo SUS. Agora que consegui pelo SUS, acompanho no hospital de olhos da UPF (Conceição - 69 anos).

[...] eu fazia tratamento com o cardiologista, e agora é tudo na unidade de saúde. A cada três a seis meses, eu vou na unidade de saúde. A médica da ESF acompanha junto com a cardiologista. A médica particular, a cardiologista, me dá os exames e eu vou na unidade de saúde troco com a médica eu não aguento pagar tudo (Margarida - 69 anos).

[...] consultar pelo SUS, é uma dificuldade. Aqui na unidade de saúde é complicado, para ir no especialista demora muito. Eu te digo, para consultar com o cardiologista, o restante é aqui mesmo (Lorena - 63 anos).

A respeito das consultas na rede privada de saúde, os participantes apontam que essa é uma estratégia utilizada quando existe uma demora nos encaminhamentos pelo SUS. Por vezes, a pressa está relacionada à preocupação em função do agravamento do problema, forçando a pessoa idosa a buscar atendimento na rede privada de saúde.

Os participantes mencionaram que as solicitações de exames e encaminhamentos prescritos pelo médico especialista, são trocados pelo médico da unidade de saúde.

Desta forma, a ESF facilita a articulação entre os serviços de saúde, garantindo a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde.

[...] é tudo pelo SUS as consultas com os especialistas. Vou no cardiologista do SUS, é pela unidade de saúde, os encaminhamentos saem da médica da unidade e depois vai na secretaria de saúde. Ali é minha referência (Lorena - 63 anos).

[...] na unidade aqui do bairro, elas atendem, e se caso precisa, me encaminham para outros serviços. Como te falei vou pouco na unidade, e só para fazer os exames de rotina (Terezinha - 69).

[...] ela me dá a solicitação para ir no especialista e eu levo na secretaria e eles me dão o desconto, é duas vezes no ano. A minha referência acaba sendo aqui na unidade, tudo sai e começa por aqui, se a médica achar que eu preciso voltar lá com a endocrinologista, ela me encaminha para a secretaria e eles agendam lá com a especialista (João - 74 anos).

Ao pensar os fluxos de acesso das pessoas idosas com DM nos serviços de saúde, em sua grande maioria, a unidade de saúde é considerada a porta principal de acesso aos serviços. Mesmo que alguns depoimentos retratem a demora no atendimento e a falta de ficha, elas denotam que as consultas com especialidade iniciam pela rede básica de saúde.

Conforme relato dos participantes existem duas formas para as consultas com as especialidades médicas pelo SUS, uma de forma totalmente gratuita pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), que demora e tem poucas consultas e a outra por um convênio da secretaria municipal de saúde com os diversos médicos especialistas que fornecem um desconto para os usuários do SUS.

A importância do acesso aos medicamentos na rede de saúde e na ESF foi pontuada e na ausência dos mesmos há uma redefinição do IT dos participantes.

[...] quando não tem remédios na farmácia da unidade eu pego na farmácia central. A medicação é importante para quem tem diabetes, não cura e devemos tomar para sempre (Lorena - 63 anos).

[...] os remédios eu busco na unidade, como esse que eu tomo o glibenclâmida de 500, uma hora tem e a outra não tem. Fica complicado controlar a doença sem remédio (Carlos - 73 anos).

Com relação ao acesso a medicamentos, constata-se que os participantes apresentam uma preocupação com o uso dos fármacos no controle da glicemia, uma vez que a doença não tem cura. A falta do medicamento na ESF impacta no tratamento e controle do DM, trazendo consequências pessoais, sociais e econômicas, uma vez que a maioria dos participantes da pesquisa adquirem seus medicamentos na rede pública de saúde.

Evidenciou-se nos relatos, fatores como mesmo que os participantes possuísem plano de saúde privado, acessavam a rede de saúde pública.

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

[...] eu vou na unidade de saúde quando preciso de teste de glicose e vacina. Não deixo de ir ali, sempre vou para essas coisas de vacina, grupos, atividade física e pegar medicação na farmácia [...] aqui tem uns equipamentos de ginástica na rua, ao lado da unidade, e o pessoal da unidade verifica antes a pressão e a glicose. Depois o grupo faz alongamento e vai para os equipamentos, com um professor de educação física. A referência no atendimento é o meu cardiologista, eu tenho plano de saúde, então não tem que ir na unidade tirar ficha de outra pessoa. A ACS é muito parceira e me passa as informações da unidade (Lucio - 68 anos).

Ainda que, as pessoas idosas com plano de saúde privado não utilizassem a unidade de saúde para consultas, eram cadastrados na ESF e recebiam visita da ACS. Essas pessoas também utilizam a unidade para outras atividades, como: participar do grupo de educação em saúde, fazer testes de glicemia, receber vacinas e medicação.

Outro elemento importante a considerar nos depoimentos, são as atividades de educação em saúde que estimulam a prática de atividade física, na qual a equipe faz o acompanhamento dos usuários do território e dentre eles encontram-se as pessoas idosas com DM. O grupo de educação em saúde para acompanhamento da hipertensão arterial e DM, mostrou-se nos depoimentos, como uma ferramenta que facilita e potencializa o aprendizado acerca do DM.

A rede de cuidado à saúde estruturada permite que os participantes sejam atendidos de forma integral de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

[...] eu tenho ajuda do médico, as enfermeiras e a psicóloga que me atendem. A psicóloga da unidade de saúde me atende a cada mês ou quando não estou bem. A nutricionista que vinha na unidade, era da secretaria de saúde e acho que do NASF, foi muito boa a conversa com ela. A doutora [...] que me encaminhou para ser atendida por ela, e ela vai nas unidades de saúde. Foi lá que eu entendi como os alimentos aumentam a glicose (Ana - 66 anos).

A participante descreve o IT dentro das possibilidades apresentadas pela rede de saúde do município formada por uma equipe multiprofissional. O cuidado à pessoa idosa com DM, de forma integrada, envolvendo a equipe multiprofissional, cria condições para melhorar a atenção a saúde das pessoas idosas participantes do estudo.

No subsistema do cuidado profissional é importante levar em consideração a subjetividade envolvida nas relações de cuidado, que perpassam pela história de vida de cada pessoa.

[...] as gurias da unidade de saúde sempre me dizem o que eu posso comer. Essa semana eu fui lá fazer o teste do diabetes, e elas lembraram que tudo que tem farinha se puder evitar, melhor [...] eu evito comer pão, o arroz diz que faz mal para o diabetes, a mandioca a polenta que é a minha comida preferida eu não posso comer, não é que eu não posso, dizem que eu não posso comer [...] olha, eu passei muita fome na minha vida e hoje eu tenho de tudo, não me falta carne ou qualquer tipo de alimento. Então, como não vou comer o que tenho vontade? Os profissionais da unidade de saúde querem dizer o que eu tenho que comer [...] (Luís - 73 anos).

[...] eu como arroz, feijão, massa, batata, carne de gado e porco, salame, toucinho, eu como de tudo, só não como pedra [...] comi a vida toda e não é agora depois de velha que vou deixar de comer o que gosto, as gurias da

ESF até me dizem o que pode, ou que não pode. Se for seguir à risca, se bobear, nem se come mais [...] depois se aumenta demais a diabetes eu tomo um chá. Eu até tentei segui a dieta e comer pão preto, não me adaptei (Margarida - 69 anos).

[...] não é qualquer tipo de comida que você pode comer, que nem massa, o que é de farinha, não pode, doce é bem pouco [...] se baixar demais você tem que comer doce, qualquer coisa mais doce ela sobe, é bem difícil. A médica sempre orienta a parte de comida, mas no dia a dia não se faz tudo como ela pede. Sei que é ruim para mim, até me culpo quando como algo errado, tipo os chocolates de páscoa [...] os diabéticos são atraídos pelo doce (Vitória - 64 anos).

Os depoimentos demonstram a subjetividade envolvida nas questões alimentares, de modo que as restrições trazem conflitos constantes, pois mudar hábitos ecoa na sensação de prazer, interfere nas relações sociais e na própria conexão da pessoa idosa com a doença e seu corpo. As orientações dos profissionais da ESF ficam direcionadas para as restrições e proibições, dificultando a adesão ao tratamento, uma vez que, as orientações perpassam pela avaliação dos valores individuais de cada pessoa.

É possível identificar que as questões culturais permeiam a rotina alimentar, e que no caso das pessoas idosas, que apresentam hábitos de vida consolidados fica mais difícil repensar e implementar novas rotinas. O doce parece figurar como alimento que causa atração as pessoas com DM, causando sentimento de culpa por não seguirem uma dieta ou norma alimentar, procurando recursos em outros subsistemas para atenuar a glicemia alterada.

Partindo do IT das pessoas idosas com DM, pode-se compreender que o cuidado profissional é um importante elemento na atenção à saúde. O subsistema de cuidado profissional sempre será acionado pelas pessoas idosas e familiares, pois é difundido em nossa cultura, e que de modo geral, em situações de agudização da condição crônica, é o que atenua o desconforto provocado pela doença, possibilitando uma sobrevida maior.

#### 4.5 RELAÇÕES DE CUIDADO A PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS*: REDES TECIDAS COM O APOIO DA FAMÍLIA E COM PESSOAS DE VÍNCULOS PRÓXIMOS

O cuidado se concretiza nas redes estabelecidas entre as pessoas idosas, família e pessoas próximas, influenciado pelos vínculos e pela importância que se tem

com o outro. Refletindo sobre o subsistema de cuidado popular, os depoimentos evidenciam a influência da família nas relações de cuidado.

[...] o meu guri diz assim: o senhor tem que se cuidar para ir na formatura do neto (chora muito) [...] por isso que eu me cuido muito, ainda mais com 71 anos, e tenho muita coisa para ajudar meu filho. Aqui temos a nora e o neto e quando precisamos, um ajuda o outro, passamos sempre juntos, e o neto é uma baita força para a gente [...] esposa precisa muito de mim. Eu preciso dela, todos se ajudam por aqui. Vivemos um para o outro, cuidamos para viver mais e bem [...] daqui a dois meses, estamos fazendo 44 anos de casado. Nós queremos, dependendo de nossa vontade, fazer os 50 anos de casado, sempre pedimos para Deus isso (José - 71 anos).

[...] e digo sempre: eu só vou morrer depois que as crianças estiverem criadas [...] a menina é um amor, e vive me cuidando. O menino também, eu quero ajudar eles, criar mesmo, como faço hoje. Aqui é muita alegria e amor [...] (Lorena - 63 anos).

[...] eu tenho meus filhos e netos e uma netinha bem bebezinha. Eu amo meus filhos, eu amo os netinhos, a gente se cuidar para ficar mais tempo com eles. A gente pensa: por que isso em mim, essa doença? Será que me vou antes da hora? Eu tenho que me ajudar. Eles trabalham e estão todos bem, eu tenho que ficar bem também, não quero depender de ninguém, e Deus me ajude! (Ana - 66 anos).

Os participantes encontram motivação para o cuidado inspirados na família, nos vínculos emocionais e afetivos. Existe uma relação mútua no cuidado para a manutenção da vida, na qual a pessoa idosa com DM é cuidada pelos familiares, mas também, se engendra em uma relação de cuidado com filhos e netos, trazendo sentido para o cuidado e para a vida. Ainda, observa-se nos depoimentos que o sentimento da finitude está presente e é negado, solicitando a Deus a possibilidade de uma sobrevivência maior. Neste sentido, a forma como se vivencia o adoecimento por DM, acentuado pelo envelhecimento, aciona a dimensão subjetivada do cuidado, abarcando as emoções, o desejo, a finitude e a morte.

[...] minha esposa foi muito importante no tratamento [...] ela fazia a comida pensando em mim, no que eu poderia comer. Ela falava que eu deveria comer de forma mais saudável possível. Ajudava a lembrar dos medicamentos [...] era uma rotina nova, e ela foi muito especial [...] ao final de sua vida eu pude retribuir o cuidado (Carlos - 62 anos).

[...] aqui em casa é assim, recorremos um ao outro, somos parceiros [...] o esposo é meu principal apoio [...] e se precisar chamamos os filhos, mas primeiro resolvemos por aqui [...] os filhos todos trabalham e fica complicado essa correria para eles (Cora - 71 anos).

A expressão do cuidado foi identificada nas relações entre os casais de pessoas idosas, como um sentimento de reciprocidade e amorosidade. A mulher envolve-se nos cuidados familiares, e nos afazeres que irão implicar no tratamento do DM e em hábitos de vida mais saudáveis. Primeiramente, o casal procura apoio mútuo nas atividades de cuidado, e posteriormente, se for necessário, os filhos são acionados.

[...] o filho que mora longe, ligava muito para ver como eu estava. O marido disse, vamos pegar um médico de Passo Fundo [...], eu dizia que estava bem. E as filhas diziam: mãe, o médico disse que a senhora não estava bem. Um belo dia as filhas marcaram a consulta [...] e eu fui meio renegada, não precisava elas terem marcado. Sabe, eu tenho a minha vida, vou onde eu quero e elas tomaram a frente. Não fico brava com elas, agora entendo que foi bom [...] (Cora - 71 anos).

[...] meus filhos [...] eles me levaram na unidade de saúde para conversar com a médica, pelo emagrecimento muito grande e a médica explicou para eles que era só do diabetes e da dieta. Eu estava bem, mas eles ficaram preocupados. Veja, eu nem tinha percebido que estava tão magra, eles que viram. Até achei chato os filhos irem junto, nunca tinham feito isso, eu sempre fui sozinha. (Conceição - 69 anos).

O depoimento dos participantes expressa a intensa mobilização da família, especialmente dos filhos, no cuidado às pessoas idosas, constituindo redes que adentram nos diferentes subsistemas de cuidado, e são acionadas conforme necessidade identificada pela família ou pelos próprios participantes.

O cuidado nutricional é um dos fatores mais desafiadores no tratamento do DM e requer mudanças no estilo de vida das pessoas com DM e pode interferir na rotina e dinâmica familiar.

[...] meu esposo às vezes me ajuda, e outras ele não me ajuda! Ele também gosta de doce, e vai no mercado e compra coisas, ele não é diabético. Eu vejo o doce e não me controlo e acabo comendo. Ele quer fazer um agrado e acaba prejudicando a minha saúde. Eu sei que eu não deveria comer doce, é um erro meu. Mas com ajuda é mais fácil, ele sabe que não posso comer (Terezinha - 65 anos).

As limitações impostas pela restrição alimentar, por vezes são sentidas por todos os membros da família, que podem ou não contribuir no manejo da doença, e assim produzir implicações de diferentes magnitudes na pessoa idosa com DM e seus familiares. Nesse sentido, o DM não é uma doença que afeta somente as pessoas idosas com DM, mas também reflete nas pessoas que convivem com ele. As relações afetivas podem influenciar sobremaneira na condução do tratamento, e quanto maior

o nível de envolvimento entre os familiares, mais fácil o enfrentamento cotidiano do DM.

[...] a filha brigava muito comigo, mas é para ajudar, e eu aceito. Eu fazia as coisas quando ela não estava em casa, tipo escondido mesmo, e ela dizia quando chegava: mãe está comendo doce, fazendo comida gordurosa e foi assim que eu fui diminuindo a comida, de tanto a filha falar [...] (Lorena - 63 anos).

[...] o meu filho, especialmente o mais velho. Ele está sempre me puxando e falando: mãe, você não pode comer isso, aquilo é doce. Ele puxa a orelha mesmo, eu sempre escuto, sei que é para me ajudar (Terezinha - 65 anos).

Observa-se que as famílias são decisivas no cuidado às pessoas idosas com DM, estimulando para o autocuidado. A necessidade de consumir alimentos escondido dos familiares, denota dificuldade de se adequar às mudanças ao novo estilo de vida, como também, para evitar repreensões por parte dos familiares.

A família desempenha papel vital no manejo da doença e envolvê-la pode influenciar de forma positiva na condução das dificuldades enfrentadas pelos participantes com DM.

Outras relações de cuidado foram mencionadas pelos participantes, destacando-se as relações sociais e comunitárias.

[...] olha tem também o [...] que me olha, ele é o vizinho da esquina, é o dono do bar. Muito companheiro, é como um filho [...]. Ele me cuida muito, a minha filha o deixa encarregado de vir me olhar pela manhã se eu dormi muito. Ele vem aqui e dá um grito na janela, quer saber se está tudo bem. A minha filha liga para ele e pergunta se está tudo bem, se caso eu não atendo o telefone ou durmo até tarde [...] mesmo agora casado ele sempre vem aqui tomar um mate, é de confiança, e a gente fica mais tranquila se precisar de alguém. As minhas filhas trabalham fora e estão sempre na correria, então quando precisa ele vem aqui me ver (Lorena - 63 anos).

[...] os vizinhos são muito prestativos [...] quando eu precisei [...] liguei para um vizinho, e ele e a esposa vieram para ajudar [...] aqui conseguimos uma integração com a vizinhança, e a família está toda junta [...] sempre é útil estando perto, e não é só com o filho é com os vizinhos também (José - 71 anos).

As relações de cuidado são constituídas também, por pessoas que não apresentam laços familiares, mas são reconhecidas por uma estreita relação de amizade com a pessoa idosa. Nos depoimentos, foi possível identificar que as relações com vizinhos favorecem o cuidado e a interação social. E na ausência dos filhos, a rede de cuidados não familiar acaba exercendo o cuidado principal. Essas

relações de cuidado, que se constituem pelo vínculo afetivo cotidiano, não apresentam uma atuação tão ativa no cuidado, embora atuem conforme solicitado.

Neste sentido, os vínculos sociais são importantes para os participantes à medida que proporcionam um envelhecimento mais ativo.

[...] o encontro de idosos é muito bom. Distrai a cabeça e elas dão os trabalhinhos e quando termina inicia outro. Tenho muitas amigas lá, são da época do trabalho [...] todas aposentadas e conversamos sobre a vida, e também, trocamos receitas, falamos dos filhos e assim vai (Iolanda - 69 anos).

[...] eu me encontro com as amigas, e até outras diabéticas do grupo de mães do bairro, é bom, trocamos informações e receitas. Esquecemos dos problemas [...] (Ana - 66 anos).

Outra relação de apoio mencionada pelos participantes foram as atividades nos grupos de convivência de pessoas idosas e clube de mães. Os grupos proporcionam integração, oportunizam troca de saberes, mas, sobretudo, o envolvimento em atividades sociais importantes para o envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas.

A doença crônica incorpora-se ao viver dos participantes e família, na qual acabam influenciando a pessoa idosa acerca dos cuidados, assim interferem de forma primária na identificação dos problemas, e se for necessário, recorrendo a outros subsistemas de cuidados. O caminho percorrido para a busca do cuidado, no âmbito do subsistema de cuidado popular, foi diretamente estimulado e apoiado pela família. Este movimento não foi decorrente de um comprometimento de ABVD, mas sim de um envolvimento familiar, responsabilidade e interesse pela pessoa idosa com DM.



## 5 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste estudo refletem a dinâmica empreendida pelas pessoas idosas na busca pelo cuidado e significados de quem vivencia cotidianamente o adoecimento crônico. Apoiando-se na literatura socioantropológica proposta por Kleinman (1978) este estudo descreve o IT das pessoas idosas com DM, revelando como os movimentos culturais, bem como às crenças e valores, dão sentido à busca pelo cuidado.

O IT permite desvelar as experiências do adoecimento e as relações de cuidado, que se constituem na dinâmica cotidiana da vida, compondo uma trama de dimensões subjetivas, estratégias e percepções que se alinham no caminho pelo cuidado, a partir do contexto social, econômico e cultural de cada pessoa (DIAS; TRAD; CASTELLANOS, 2016).

Os resultados deste estudo permitiram identificar que a percepção das pessoas idosas acerca das mudanças na capacidade física pode ter sua origem nas alterações físicas e biológicas oriundas do processo de envelhecimento, ou então acentuadas pela influência do DM. Neste contexto, o envelhecimento causa mudanças físicas e biológicas na estrutura e na função dos músculos (PLANELLA-FARRUGIA *et al.*, 2019). Desta forma, a redução na força muscular após sarcopenia é muito comum entre pessoas idosas, no entanto, é mais prevalente em pessoas idosas com DM, em função da deterioração muscular ocasionada pela hiperglicemia (RAHIMI *et al.*, 2019).

Assim, os resultados do estudo apontam notadamente, para uma diminuição na força física ao longo dos anos. As alterações físicas estão presentes em pessoas idosas com DM e afetam grande parte do sistema sensitivo e musculoesquelético (CHATZISTERGOS *et al.*, 2019). A redução da massa magra incorre na diminuição da atividade física, comprometendo a qualidade de vida das pessoas idosas com DM, levando a incapacidades físicas e podendo comprometer as ABVDs (RAHIMI *et al.*, 2019). Os declínios funcionais, decorrentes do envelhecimento, são agravados pelo DM, podendo ocasionar dificuldades nas ABVDs e AIVDs (IDA *et al.*, 2018).

Outro aspecto presente neste estudo, é que embora não tenha sido utilizado nenhum instrumento padronizado para avaliar o desempenho funcional, os relatos dos participantes sugerem comprometimento das ABVDs e AIVDs, com limitações que vão desde o controle e organização dos medicamentos, realização de atividades domésticas, e de compras até o deslocamento para lugares distantes.

A capacidade funcional em pessoas idosas com DM tipo 2 foi avaliada em um estudo que evidenciou que 79,8% apresentavam algum grau de dependência, 40,4% dependência leve, 20,2% dependência moderada e 19,2% dependência grave, repercutindo no desenvolvimento das ABVDs e AIVDs (FONSECA *et al.*, 2018).

Em relação ao comprometimento da ABVD, a IU foi citada no estudo como um elemento que dificulta a interação social. A IU, em virtude do constrangimento causado, pode evoluir para o isolamento social, interferindo na vida cotidiana, bem como contribuir para a baixa autoestima.

A IU é considerada uma síndrome geriátrica: prevalente em mulheres, com idades acima de 65 anos, sedentárias, donas de casa e com diagnóstico de DM (CAVALCANTE *et al.*, 2014). Resultado convergente foi identificado em estudo que afirma que a IU interfere na qualidade de vida das pessoas idosas, em função do constrangimento frente à situação, provocando medo e isolamento social (MATOS *et al.*, 2019).

Os estudos sobre essa temática descrevem as possíveis causas da IU em mulheres idosas, como aquelas advindas da diferença no comprimento uretral, trauma neuromuscular, alterações nos músculos do assoalho pélvico, multiparidade, alterações hormonais caracterizadas pelo esgotamento dos folículos ovarianos e hipoestrogenismo progressivo (CARNEIRO *et al.*, 2017; DEDICAÇÃO *et al.*, 2009).

Estudo destaca que mulheres idosas com DM comparadas às idosas sem DM, apresentam maior chance de referir queixas de IU (MAHISHALE; AMBRE; KANTANAVAR, 2019). Ademais, pontua-se que a IU é comum em pessoas com DM, mas os mecanismos pelos quais o DM pode contribuir para o desenvolvimento desta condição, não estão bem definidos. Uma provável etiologia da incontinência em pessoas idosas com DM é um dano microvascular que leva pessoas com DM à neuropatia (MAHISHALE; AMBRE; KANTANAVAR, 2019).

Deste modo, as pessoas idosas devem ser orientadas quanto a essa condição, pois muitos consideram erroneamente essa situação normal na velhice (CARNEIRO *et al.*, 2017). Assim, possíveis intervenções e tratamento podem ser implementadas, uma vez que o DM é um agravante, mas não é o único fator da IU.

O comprometimento da prática sexual foi correlacionado ao envelhecimento e ao DM no presente estudo. A temática sexualidade foi suscitada pelos homens e fato que chama atenção é que nenhuma mulher abordou essa temática como problema.

Os homens apresentaram preocupações quanto à força e a sexualidade, enquanto as mulheres com o corpo, autoimagem e o bem-estar.

A sexualidade é parte integrante e essencial da vida humana, sofre influências de múltiplos fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e religiosos e representa uma função vital do ser humano ligado as necessidades de prazer e amor (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016). Embora a sexualidade encontre-se intrínseca à vida e à saúde, exteriorizada desde o nascimento até a morte, ainda é um assunto permeado por preconceitos e tabus, sobretudo quanto à sexualidade das pessoas idosas (NERY; VALENÇA, 2014).

No estudo em questão, identificou-se que o silêncio das mulheres em relação às questões sexuais reflete um significado. Infere-se que as mulheres possam não ter mencionado o comprometimento da atividade sexual, em função da sobrecarga de preconceitos e tabus que circundam essa temática. Existem muitos estereótipos acerca da sexualidade em pessoas idosas, influenciados por aspectos religiosos, familiares e individuais que fortalecem o estigma social.

Neste sentido, a posição social das mulheres sempre esteve atrelada aos cuidados familiares e ao amor materno, sendo que o amor erótico e a sexualidade reprimida, gerando sentimento de culpa e vergonha (FERNANDES, 2009; OLIVEIRA; NEVES; SILVA, 2018). Outro fator que merece destaque provém das mudanças na imagem corporal, principalmente com as mulheres, que se tornam mais insatisfeitas com o corpo e a aparência física, levando à diminuição nas relações afetivas e rejeição para o sexo (ALENCAR *et al.*, 2014; SPOSITO *et al.*, 2013).

No bojo dessa desigualdade, os homens sempre exerceram uma relação de poder, colocando as mulheres em uma posição vulnerável em relação aos seus sentimentos e desejos (MENEZES; LOPES, 2007). Os homens geralmente, mesmo após o envelhecimento, continuam sentindo o desejo sexual, e prosseguem solicitando para que as companheiras autorizem a prática, todavia, alguns homens não conseguem realizar o ato em função de dificuldade na ereção ou ejaculação, devido a problemas físicos e de saúde (NERY; VALENÇA, 2014). As mudanças fisiológicas são esperadas no processo de envelhecimento, e podem influenciar na resposta sexual das pessoas idosas. As transformações ocorridas neste processo caracterizam-se pelos seguintes aspectos: disfunção erétil nos homens e disfunção sexual nas mulheres que pode provocar redução da libido e lubrificação. Dentre outras alterações corporais, a flacidez tegumentar, o embranquecer dos pelos, a perda da

dentição e as doenças crônicas associadas podem influenciar negativamente a expressão da sexualidade (BRASIL, 2006a).

A temática sexualidade exige uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, frente à complexidade das dúvidas que circundam o tema, para que as pessoas idosas continuem a vivenciar a sexualidade de forma satisfatória a partir de um cuidado integral (VENTURINI *et al.*, 2018).

Os participantes deste estudo estão inseridos em comunidades cobertas pela ESF, que tem em sua composição equipes multiprofissionais, na qual a atenção à saúde não deve estar voltada unicamente para a doença, mas sim, vislumbrar outras dimensões da vida, como a sexualidade. Assim, Evangelista *et al.* (2019) ponderam que os trabalhadores da ESF desempenham papel primordial no que concerne à promoção da sexualidade das pessoas idosas. Apesar disso, Uchôa *et al.* (2016), salientam que as pessoas idosas que apresentavam disfunções sexuais, alegavam não procurar ajuda de profissionais da saúde, por perceberem que eles não estavam preparados para esclarecer informações sobre o assunto.

No presente estudo, a relação de cuidado estabelecida entre os profissionais e participantes foi pontuada pelo respeito e confiança, o que poderia facilitar a abordagem pelos profissionais da temática sexualidade. É por meio do contato longitudinal que se viabiliza a confiança mútua, entre pessoas idosas e profissionais e pode-se facilitar a manifestação das necessidades relacionadas à sexualidade (EVANGELISTA *et al.*, 2019). Neste sentido, cabe ressaltar que a assistência do enfermeiro às pessoas idosas, por vezes restringem-se à realização de procedimentos curativos, sendo necessário um olhar individualizado que contemple as dúvidas destas pessoas acerca da sexualidade, pensando na atenção integral das pessoas idosas (RESENDE *et al.*, 2015). No contexto da ESF, na prática de cuidado às pessoas idosas, pondera-se a relevância de compreender o envelhecimento como um processo natural e as mudanças na plasticidade do corpo - biológico e subjetivo que interferem na sexualidade (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

Os depoimentos das mulheres participantes do estudo denotam a negação do processo de envelhecimento, em que a autopercepção sobre o envelhecer está focada na imagem do corpo envelhecido. O modo como cada sujeito envelhece relaciona-se com o contexto social, cultural e histórico, e estabelece uma correspondência direta entre a forma de envelhecer e as representações que a cultura produz sobre o envelhecimento (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

O envelhecer é um processo intrínseco a todo ser humano, no entanto, poucos vivenciam esse momento de forma tão satisfatória, incorrendo em angústias e sofrimento (TEIXEIRA *et al.*, 2015). Muitos rejeitam o processo de envelhecer em função da imagem distorcida que constroem de si mesmos contribuindo para a baixa da autoestima (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Desta forma, acabam avaliando seu estado de saúde de forma positiva ou negativa, a partir de dispositivos subjetivos de comparação social (CRAMM *et al.*, 2015). Neste caso, amparam suas comparações a pessoas que estão em situações de saúde e funcionalidade mais frágeis que as suas (CORCORAN; CRUSIUS; MUSSWEILER, 2011).

Desta forma, analisando a velhice e seu desenvolvimento, é compreensível que o processo de senescência ocorra de forma diferenciada e variada entre as pessoas, visto que vem acompanhada da história de vida de cada pessoa (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Os participantes do estudo demonstraram suas crenças e construções pessoais acerca do envelhecimento, caracterizando o momento com perdas e dependência. A velhice é considerada de forma distinta e estigmatizada pela própria pessoa idosa, que ao longo do tempo vai internalizando suas crenças e opiniões, imbuídos de preconceito acerca do próprio momento de vida (TEIXEIRA *et al.*, 2015). No imaginário social, o envelhecimento é considerado sinônimo de decadência e perdas, em que a autopercepção de envelhecer é associada à dependência, desgastes e fragilidades (MINAYO; COIMBRA JR., 2002).

Neste sentido, Moraes *et al.* (2016) identificam que as pessoas idosas não conseguem vislumbrar a velhice sem doença e comprometimento da saúde. A percepção de que toda pessoa idosa poderá desenvolver alguma dependência, pode ser correlacionada com o DM, trazendo sentimento de vulnerabilidade e dependência. Para D'orsi, Xavier e Ramos (2011) o controle da doença crônica como DM, é notadamente importante para a prevenção da perda da funcionalidade. Portanto, diagnósticos realizados tardiamente, e a inexistência de um bom controle glicêmico, aumentam a perspectiva de complicações e, assim, comprometem as ABVDs (FONSECA *et al.*, 2018).

No presente estudo, o receio das pessoas idosas quanto à dependência está relacionado à perda da autonomia, mas, sobretudo a possibilidade de trazer reveses aos filhos, motivando as pessoas para a busca do cuidado. Ampliando a perspectiva de análise, é possível inferir que a dependência de cuidados poderá trazer

sentimentos de improdutividade, que acarreta baixa autoestima e progride para o isolamento do contexto social.

O dado converge com uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto, que revelou o medo das pessoas idosas de incomodar e sobrecarregar os filhos em um processo de adoecimento (SANTANA; BERNARDES; MOLINA, 2016). Assim, no presente estudo reconhece-se o papel da família como protagonista no cuidado às pessoas idosas com DM, favorecendo a compreensão da doença, e criando mecanismos para a construção de caminhos de cuidado.

O apoio familiar é fundamental, pois as pessoas idosas com condição crônica apresentam características que requerem cuidados que exigem a readaptação na estrutura familiar para garantir a execução do cuidado (AZEVEDO; MODESTO, 2016). Para a pessoa idosa com DM o suporte familiar é essencial, uma vez que a família é aliada no enfrentamento da doença ajudando nas questões alimentares, práticas de atividades físicas, assim como o controle glicêmico e medicamentoso (SALBEGO *et al.*, 2013).

Dentro do processo de cuidado às pessoas idosas com DM, a temática aposentadoria foi abordada na perspectiva do cuidado. Neste estudo, as pessoas idosas com DM, atribuem à aposentadoria a possibilidade de garantia de cuidado e tratamento ao DM. Uma das mudanças advindas no decurso do envelhecimento é o processo de aposentadoria, que permite às pessoas a sua subsistência e o benefício de segurança social (PNUD, 2015). As pessoas com DM que não recebem esse benefício sofrem impactos significativos em seu tratamento e cuidado, pois necessitam de cuidados prolongados, os quais implicam em encargos financeiros, portanto, as pessoas com baixo recurso financeiro ou falta de subsídio da aposentadoria, ficam em uma posição de maior vulnerabilidade (CHEN *et al.*, 2019).

Os participantes do estudo entendem o envelhecimento a partir de suas vivências, poderando que esse é um período marcado por reflexões a respeito do que poderia ter sido diferente em sua vida, e a oportunidade de delinear sonhos para se concretizar.

A possibilidade de traçar e vislumbrar sonhos está relacionada ao bem-estar e a qualidade de vida, na qual busca-se satisfação pessoal por meio de tarefas que sejam significativas para a pessoa idosa (SANTANA; BERNARDES; MOLINA, 2016). O modo de viver das pessoas idosas é influenciado por suas concepções de vida, crenças e valores, acrescentando a essa vertente a complexidade do cuidado. Assim,

busca-se por meio de atividades cotidianas satisfação pessoal, e planejar o futuro está entre as potencialidades para a realização pessoal (SANTANA; BERNARDES; MOLINA, 2016).

O processo de envelhecimento acompanhado por uma doença crônica apresenta peculiaridades, e que as pessoas idosas por pudor, ou influência das questões culturais acabam não relatando aos serviços de saúde. Os elementos até aqui retratados perpassam por todo o IT dos participantes e apresentam uma união de dimensões simbólicas e fisiológicas que incidem na vivência do envelhecimento.

Desta forma, o IT constitui-se em um recurso de aproximações com a realidade vivenciada pelas pessoas, estruturando seus IT ao contexto vivido a partir das condições concretas e materiais de sua história com a saúde e a doença (DIAS; TRAD; CASTELLANOS, 2016).

Neste contexto, a complexidade do processo de envelhecimento, somado ao DM mobilizam as pessoas idosas a buscarem por cuidado em diferentes subsistemas. A partir do IT das pessoas idosas com DM revelaram-se outras formas de tratamento que foram acionadas por meio do subsistema de cuidado folclórico.

Assim, embora esta população tenha acesso aos recursos de saúde no bairro por meio da equipe de ESF, constatou-se que o uso de plantas medicinais e outros rituais de cuidado estão incorporados ao IT das pessoas idosas com DM. Desta forma, o uso de plantas medicinais, encontra-se presente demonstrando que essa prática não é utilizada somente na ausência de serviços médicos, mas se constitui como uma forma de autocuidado (LIMA *et al.*, 2016).

As pessoas idosas mencionaram que os saberes acerca do uso das plantas medicinais são repassados entre os membros da família, amigos e outras pessoas com DM. Para Lima *et al.* (2016), a utilização de plantas medicinais é considerada uma tradição familiar, reforçando a ideia de que as pessoas mais velhas são detentoras do conhecimento das plantas. A utilização de plantas com finalidade terapêutica é uma prática que ocorre há milhares de anos, as civilizações antigas conheciam o efeito medicinal de algumas plantas, as cultivavam e transferiam seu saber entre as gerações (FEIJÓ *et al.*, 2012). Neste sentido, pondera-se que o uso de plantas para o controle do DM é disseminado pela cultura popular, por meio de práticas familiares, amigos e pessoas que compartilham do mesmo diagnóstico e tiveram um efeito positivo com o uso de alguma planta (FALLER; MARCON, 2013; FEIJÓ *et al.*, 2012).

No entanto, os resultados deste estudo demonstram que os participantes percebem mudanças com relação ao uso de plantas medicinais ao longo do tempo. Infere-se que esse fato possa estar relacionado à expansão dos serviços de saúde, mudanças nos aspectos culturais e impactos ambientais que podem resultar na redução da flora.

Verificou-se que as motivações relatadas pelos participantes do estudo para utilizarem plantas medicinais, foram a redução da glicemia ou seu controle, como também, transgressões alimentares. O efeito hipoglicemiante das plantas é confirmado por meio do automonitoramento da glicemia capilar. Neste sentido, entende-se que os participantes se apropriam de uma prática do modelo biomédico, envolvendo a tecnologia para monitoramento da glicemia (glicosímetro), para a confirmação dos efeitos das plantas medicinais. Este comportamento denota que as pessoas criam suas próprias estratégias de autocuidado, apoiando-se em suas vivências pessoais e raízes culturais (FERREIRA; ESPIRITO SANTO, 2012).

É importante reconhecer as questões culturais de uma determinada população, como também, estabelecer diálogo entre os saberes, e compreender que o conhecimento científico não é o único referencial utilizado pela sociedade para interpretar os fenômenos da vida (ACIOLI *et al.*, 2016).

Os resultados do estudo apontam que algumas participantes subestimam o efeito das plantas medicinais e outros hipervalorizam, deixando de usar a medicação alopática, pois ao realizarem os testes de glicemia capilar percebem melhora nos índices glicêmicos. Kesavadev (2017) salienta cautela no uso de plantas medicinais, uma vez que pode dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso, ou mesmo, gerar sua substituição completa pelo uso das plantas, podendo incorrer em complicações, internações e agravamento do DM. A doença crônica em pessoas idosas impacta em várias dimensões em sua vida, e o impacto mais perturbador talvez esteja nos hábitos alimentares (ROCHA; CIOSEK, 2014).

Desta forma infere-se que, no presente estudo, a utilização de plantas possa estar relacionada à dificuldade de adequação ao regime alimentar prescrito, necessitando de alternativas para minimizar os altos níveis glicêmicos.

O uso de plantas medicinais é prática comum em pessoas idosas, para atenuar os problemas de saúde e principalmente as complicações decorrentes do DM (DEFANI; OLIVEIRA, 2015). Nesse sentido, estudos identificam que a população com DM, usuária de plantas medicinais, acredita na diminuição da glicemia e nas

complicações decorrentes do DM, pelo uso de plantas com efeito hipoglicemiante (DEFANI; OLIVEIRA, 2015; DEFANI; OLIVEIRA; FRANÇA, 2012).

Ademais, o uso de plantas medicinais para os participantes do estudo representa uma possibilidade terapêutica adicional, pois de modo geral, continuam utilizando os medicamentos convencionais, prescritos pelo médico. Neste sentido, Lima *et al.* (2012) mencionam que o uso de plantas medicinais representa um recurso terapêutico adicional que está incorporado ao cotidiano das pessoas idosas.

Deste modo, pode-se observar o caráter sociocultural presente na utilização das plantas no cotidiano das pessoas idosas. Também foi manifestada pelos participantes deste estudo, a não utilização de plantas medicinais no tratamento do DM, por já terem utilizado algum tipo de planta sem efeito em seu tratamento. Além disso, alguns participantes relataram não utilizar plantas medicinais, pois optaram exclusivamente pelos serviços médicos.

Assim sendo, o saber biomédico é muito valorizado pelas pessoas idosas, em especial a figura do médico, o qual se constitui como uma autoridade na condução do tratamento (MORAES *et al.*, 2016). O saber biomédico tem sua relevância, possivelmente pelos resultados positivos no controle do DM, pela hegemonia do setor da saúde e pela crescente oferta de serviços (BARSAGLINI, 2008; VISENTIN; LENARDT, 2010).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) tem sido implementada no âmbito do SUS, para resgatar, preservar e incentivar práticas culturais e de conhecimento da população. O uso das plantas é reconhecido na prática do cuidado com finalidade profilática, paliativa e terapêutica (BRASIL, 2012b).

Neste sentido, a Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, por meio da Portaria SES/RS nº 588, instituiu a Relação Estadual de Plantas Medicinais de interesse do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul (REPLAME/RS) e listas complementares (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Essa relação estadual baseia-se nas diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2016b) que visam, entre outros objetivos, garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso correto de plantas medicinais e de fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade.

No presente estudo, não emergiram nos relatos das pessoas idosas, orientações e informação oriunda dos serviços de saúde, acerca das plantas medicinais. Essa invisibilidade da equipe de saúde nos relatos, sinaliza que as ações previstas por essas políticas, envolvendo o resgate e valorização do conhecimento popular de plantas medicinais, no âmbito do SUS, ainda não foram implementadas. Outra possibilidade pode estar relacionada a falta de preparação da equipe de saúde para oferecer à população informações adequadas em relação ao incentivo de uso das plantas pertencentes a REPLAME/RS como opção terapêutica, ou mesmo orientação em relação aos riscos de intoxicação ou interação medicamentosa com o uso de plantas medicinais de modo geral.

Nesta perspectiva, destaca-se o estudo realizado por Oliveira *et al.* (2012) na cidade de Pelotas/RS, o qual mostra que 80% dos profissionais que trabalham na ESF, acreditam nos efeitos positivos da fitoterapia, e 65% usam plantas medicinais na sua vida cotidiana, no entanto, apenas 10% prescrevem fitoterápicos aos usuários do serviço da ESF.

Resultado convergente foi identificado em um estudo no Sul do país, em que 96,2% dos profissionais acreditam no efeito terapêutico das plantas medicinais, mas não prescrevem. No entanto, 98,7% desses entrevistados concordavam com a iniciativa de ofertar outras práticas de cuidado no SUS, após uma capacitação na área (MATTOS *et al.*, 2018). Portanto, os dados do presente estudo confrontados com a literatura, sugerem para a necessidade da preservação do conhecimento popular em relação ao uso das plantas medicinais, e a necessidade da preparação das equipes da ESF, especialmente, no contexto da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Ressalta-se que, sob a perspectiva dos participantes, não há uma preocupação com o critério científico na utilização das plantas, mas que a necessidade seja atendida. Essa prática de cuidado à saúde é acionada no encontro da subjetividade, definida socialmente e apoiada nos aspectos culturais (FALLER; MARCON, 2013).

Diante disto, a partir das plantas citadas pelos participantes, foi possível identificar o provável nome científico de acordo com a literatura, e assim, buscar informações na base de dados eletrônica *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED), de estudos com ação hipoglicemiante ou antidiabética (Apêndice D). Das 21 plantas, dez não foram encontrados estudos na base de dados que confirmassem ação hipoglicemiante ou antidiabética, em modelos animais ou

humanos. No entanto, das 11 plantas restantes, foram identificados estudos que, em sua maioria, restringiam-se a modelos em animais.

Embora não tenha sido feita a identificação botânica das plantas, podendo incorrer em imprecisão quanto a espécie e grupo familiar, essas informações indicam as potencialidades terapêuticas a serem estudadas pela ciência, como também, os potenciais riscos e toxidades a essa população.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de DM, existem quatro plantas medicinais que são amplamente utilizadas pela população brasileira com o intuito de controlar os níveis plasmáticos de glicose, a saber: chá de pata de vaca, chá de insulina, chá verde e jambolão (OLIVEIRA; MONTENEGRO JUNIOR; VENCIO, 2017). Destas plantas, somente o chá verde não foi citado pelos participantes do presente estudo.

Cabe ressaltar que a planta medicinal com o nome de insulina foi citada pelas pessoas idosas do estudo. As Diretrizes da Sociedade Brasileira de DM esclarecem que a planta denominada insulina não tem relação com a insulina produzida pelas células pancreáticas (OLIVEIRA; MONTENEGRO JUNIOR; VENCIO, 2017). O uso desta planta é muito difundido entre as pessoas com DM, e induz a uma ideia equivocada de que a ação da planta é idêntica a do medicamento e, assim, difunde-se a crença de que um produto natural causaria menos efeitos adversos, quando comparados aos medicamentos alopáticos (KESAVADEV, 2017; TROJAN-RODRIGUES *et al.*, 2012).

Constatou-se também, que além do uso das plantas medicinais, foram mencionadas pelas pessoas idosas, outras formas de cuidado em seus IT, que estão amparadas na fé, na força de Deus, nas orações promovidas por curandeiros ou benzedeiros, significando a fusão de crenças em um sincretismo religioso.

A espiritualidade é uma dimensão significativa no cuidado à pessoa idosa, na velhice, ela mostra-se atrelada ao enfrentamento de situações cotidianas, em que a fé foi mencionada pelas pessoas idosas com DM no sentido de aceitação a doença, diante de uma situação que não haverá cura. Coulibaly e Alves (2016) expressam que a fé em Deus se apresenta como uma forma de abrandar o sofrimento em relação à doença, principalmente das pessoas que apresentam algum tipo de agravo crônico. Ainda, desencadeia a esperança, ampliando a perspectiva de uma melhor qualidade de vida, ou uma cura potencial para doenças.

Identificou-se no estudo, que os recursos religiosos estão presentes, tanto na ajuda para controlar o DM, como também para que possíveis complicações não sejam instaladas. Assim, independente da religião, a pessoa idosa que se apega na fé, como uma forma de superar dificuldades, tem maior capacidade de resiliência para enfrentar resistências e situações de sofrimento, considerando a vida de forma mais benéfica (ROCHA; CIOSAK, 2014). Evidenciou-se também, no estudo, que a fé é um instrumento de fortalecimento pessoal, em que se busca melhor qualidade de vida e capacidade para enfrentar o adoecimento. A prática religiosa mobiliza as pessoas trazendo sentido para a vida, interferindo positivamente na qualidade de vida, pois, é na fé que muitos encontram alívio para seus sofrimentos, apoio e força no enfrentamento das dificuldades (OLIVEIRA; ALVES, 2014).

No contexto do subsistema de cuidado folclórico, a fé na conduta médica foi mencionada pelas pessoas idosas como instrumento divino, reconfigurando o enfoque da fé enquanto instrumento de força e sustentação. Nessa perspectiva, a prática médica passa a ser considerada um recurso de Deus e cabe às pessoas acreditar e ter fé na conduta biomédica, mostrando uma interpenetrabilidade dos saberes biomédicos e religiosos, evidenciando o caráter divino do médico (PINHO; PEREIRA, 2012).

Pode-se perceber que o IT das pessoas idosas com DM, é caracterizado pela combinação de cuidados profissionais (biomédicos) e folclóricos (religiosos) no qual existe uma combinação entre essas duas perspectivas. A integração dos subsistemas de cuidado denota como as pessoas constroem suas concepções de cuidado, amparados no saber popular, suas crenças e cultura. O conhecimento folclórico de modo geral sempre esteve às margens do saber biomédico, e a pluralidade dos cuidados indica a relevância do saber folclórico no enfrentamento do processo saúde e doença.

Nesta direção, Bôas (2016, p. 98) destaca a “necessidade de aproximação entre os subsistemas de cuidado popular, profissional e folclórico como práticas que se complementam valorizando as experiências prévias e a cultura das pessoas e grupos sociais [...]”.

Dentre as práticas populares mencionadas pelas pessoas idosas, destacam-se as benzedeadas, nas quais foram acionadas com o intuito de promover o controle e a cura do DM. O ato de benzer caracteriza-se como uma atividade terapêutica, a qual se realiza por meio da relação entre pessoa interessada e o benzedor. Nessa relação,

a benzedeira cumpre um papel de interceder entre o sagrado e o humano objetivando a cura do corpo físico e espiritual favorecendo bem-estar (LÉVI-STRAUSS, 1975; MARIN; SCORSOLINI-COMIN, 2017).

Esta prática de cuidado está imbricada com a cultura das pessoas, especialmente dentro do subsistema de cuidado folclórico (KLEINMAN, 1980). No qual permite-se uma análise sobre saúde e doença que ultrapassa a causalidade biomédica e expõe entre suas características o afeto, a linguagem acessível, e uma ampla explicação sobre o adoecimento (MEDEIROS *et al.*, 2013).

O cuidado desenvolvido por essa prática é individualizado, não sendo possível reproduzi-lo, em função da singularidade e necessidade de execução de uma energia ou força externa, não humana, inconcebível talvez a luz da ciência (MARTINS, 2005; MELLO; ARAUJO, 2013). A base da relação dessa prática de cuidado está no vínculo entre as pessoas, e expressa a conexão entre quem tem o dom, e quem o recebe, culminando em reciprocidade (MARTINS, 2005; CARDOSO; NASCIMENTO, 2019).

Cabe pontuar, que os participantes do estudo mencionaram que ao procurar pelas benzedeadas em seus IT o resultado pretendido era cura, no entanto, como isso não foi possível, acabavam resignificando a prática, pois ela trazia bem-estar. A eficácia do ato de benzer implica em sua crença - a fé da pessoa, o poder das benzedeadas para que a cura seja efetivada (LÉVI-STRAUSS, 1975; LIMA *et al.*, 2016). No entanto, estudo realizado com mulheres benzedeadas, menciona que nem sempre as preces invocadas por elas são suficientes para tratar de alguns males, e neste caso, sugerem procurar por auxílio médico. Diante disso, por mais que a prece ajude, ela se torna insuficiente para a cura (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2012).

No que tange ao bem-estar proporcionado pelas benzedeadas, esse ritual de cuidado acolhe as fragilidades humanas, sendo resignificado, devolvendo à pessoa sua condição para enfrentar as adversidades cotidianas (BORGES *et al.*, 2008). Ressalta-se que essa prática de cuidado, é cada vez menos comum entre grupos sociais, fato que decorre da universalização do Sistema Único de Saúde, da urbanização, de melhores condições de emprego e da expansão de muitas igrejas que condenam a prática de benzer (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2012).

As práticas populares em saúde apresentadas nos IT das pessoas idosas, fazem emergir diferentes interpretações e significados acerca do cuidado com o DM, viabilizando diferentes formas de gerenciar e conviver com o DM. Neste imbricamento das práticas populares, novos significados se agregam recriando um novo sentido e

experiência do adoecimento. Para a enfermagem, compreender as diferentes formas de cuidado em saúde, faz-se necessário considerar o contexto cultural para valorizar as especificidades do viver de cada população.

Na composição do IT das pessoas idosas com DM, evidencia-se no presente estudo que, no subsistema de cuidado profissional há o reconhecimento de que a ESF é referência no cuidado estabelecendo vínculos com as pessoas idosas. Assim, a ESF, constitui-se como um local que privilegia a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por sua proximidade com a população, possibilita vínculos longitudinais e regulares, e a inserção da pessoa idosa no contexto do Sistema Único de Saúde (SCHENKER; COSTA, 2019).

Ressalta-se que o vínculo é um dos princípios norteadores da Política Nacional de Atenção Básica, alicerçado pelas relações de afetividade e confiança, capazes de produzir potencial terapêutico (BRASIL, 2017b). Assim, a construção do vínculo com as pessoas idosas, pressupõe confiança, respeito, empatia e se configura como uma condição determinante para o cuidado a essa população (SCHENKER; COSTA, 2019).

Observa-se no estudo que o vínculo estabelecido entre equipe e pessoas idosas, foi expresso constituindo-se como uma fonte contínua de cuidados, uma vez que os trabalhadores estão inseridos nos serviços há muitos anos. Assim, o cuidado longitudinal é um atributo essencial da APS reconhecido pela relação de vínculo estabelecido entre profissionais de saúde e os usuários, ao longo do tempo (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, a população idosa acometida por doença crônica, apresenta maior vínculo com o serviço de saúde, por necessitar de acompanhamento mais frequente na unidade de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2014). Esse atributo oportuniza a realização de intervenções preventivas e de cuidado a condição crônica, com um potencial no atendimento as pessoas idosas identificando possíveis dificuldades no gerenciamento do cuidado que necessitem de intervenções (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Apesar das pessoas idosas reconhecerem a ESF como referência na prática do cuidado, o acesso aos serviços ainda apresentou algumas fragilidades, quanto ao agendamento, consulta na ESF, e estabelecimento de prioridade a essa população no atendimento. Todavia, apesar das fragilidades no serviço, os profissionais da ESF foram elogiados, sinalizando o aspecto positivo da ESF.

Araújo *et al.* (2014) salientam que as pessoas idosas com condição crônica relatam dificuldades no acesso aos serviços de saúde na ESF, avaliando o

atendimento recebido de forma insatisfatória e com possíveis melhorias para serem implementadas. E também, apontam para a necessidade da garantia de um cuidado especializado à população idosa com doença crônica (SCHENKER; COSTA, 2019). Com relação à atenção especializada às doenças crônicas, deve ser complementar a APS, incluindo serviços de densidades tecnológicas variadas, de modo a superar a atuação fragmentada do modelo tradicional de cuidado (BRASIL, 2013).

Deste modo, as pessoas idosas pontuaram que a ESF, impõe dificuldade no acesso para o atendimento médico, na qual existem filas para entrega de fichas a essa população. No país, o acesso à marcação de consultas por meio de distribuição de fichas representa 23,5% dos atendimentos, gerando fila em 31% dos serviços, antes mesmo da unidade abrir as portas, dificultando o acesso ao serviço de saúde (FAUSTO *et al.*, 2014). Estudo sinaliza que pessoas idosas demonstram insatisfação e aflição com as longas filas de espera para consultas nas unidades de ESF (SCHENKER; COSTA, 2019).

Muitos desafios devem ser superados ao pensar na qualidade do cuidado ofertado às pessoas idosas na APS, precisando de melhorias quanto à integralidade, orientação familiar, a acessibilidade, horários de funcionamento com enfoque no cuidado à população idosa (ARAÚJO *et al.*, 2014). Ressalta-se que no Brasil, é assegurado atendimento prioritário à população acima de 60 anos, garantido pela Lei nº 10.741/03 em seu artigo terceiro (BRASIL, 2003). Dentre as pessoas idosas, os longevos (acima de 80 anos) terão preferência especial sobre as demais pessoas idosas, exceto em caso de emergência (BRASIL, 2017a). Um dos pontos que fragilizam a ESF é a dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde, pois as pessoas idosas precisam buscar outros serviços de saúde que acolham suas necessidades, e que terão repercussão e sobrecarga em outros níveis de atenção (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Os participantes pontuaram no estudo que, na busca por cuidados à saúde, escolhem os serviços a partir de percepções individuais de gravidade, não seguindo a racionalidade médica estabelecida pelos serviços de saúde. Estudo sinaliza que os percursos à procura de recursos terapêuticos não coincidem com os fluxos determinados pelos serviços de saúde (YOUNES; RIZZOTTO; ARAÚJO, 2017).

E desta forma, a centralidade no modelo biomédico é hegemônica, focada na doença e na cura, e por vezes, dissociada de uma concepção ampliada de saúde. Estudo aponta que o cuidado profissional focado na biomedicina é o subsistema de

cuidado à saúde mais difundido e, dominante no tratamento, pelos altos índices de cura para inúmeras doenças (VISENTIN; LENARDT, 2010). Entretanto, a mudança deste olhar requer esforços para uma profunda transformação cultural, tanto dos profissionais, como dos usuários dos serviços de saúde (SCHENKER; COSTA, 2019).

Observa-se no estudo, que as pessoas idosas realizam consultas com médicos especialistas na rede privada de saúde, em função da demora no atendimento pelo SUS. Assim, foi mencionado que os profissionais médicos da ESF, garantem a continuidade do cuidado por meio da troca de encaminhamentos pela rede do SUS, uma vez que as pessoas não conseguem arcar com os custos deste cuidado. A coordenação do cuidado é um atributo da APS, que segundo Starfield (2002), possibilita a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, objetivando ofertar um cuidado de forma integrada e articulada aos diversos pontos da rede de atenção à saúde.

Identificou-se no estudo, que as condições socioeconômicas influenciam diretamente no IT dos participantes determinando as escolhas, caminhos e estratégias de cura que serão adotadas. As dificuldades econômicas, acrescidas do contexto cultural, são importantes para compreender as decisões tomadas, na tentativa de solucionar seus problemas (FERREIRA; ESPIRITO SANTO, 2012).

Quanto ao acesso dos medicamentos para o tratamento da DM, observa-se, no estudo em questão, uma preocupação das pessoas idosas em obter os fármacos na farmácia pública do município ou na ESF.

Estudo nacional realizado por Costa *et al.* (2017), sobre acesso e uso de medicamentos na APS, aponta que a prevalência no uso de medicamentos é maior na faixa etária acima de 65 anos, quando comparada a outras faixas etárias. Além disso, pessoas idosas com DM apresentam aderência superior a 60% no tratamento farmacológico (FARIA *et al.*, 2014). Nesse sentido, garantir os medicamentos na rede pública do município é fundamental, frente às fragilidades socioeconômicas pontuadas pelos participantes do estudo.

O acolhimento foi mencionado pelas pessoas idosas, como uma forma de conseguir acessibilidade ao serviço de saúde, é realizado pelo enfermeiro, oportunizando o vínculo e o cuidado em saúde. Para tanto, o acolhimento, é considerado uma diretriz operacional para a reorganização do cuidado nos serviços de saúde, que pressupõe escuta qualificada, e acolhimento humanizado, o qual objetiva ampliar o acesso aos serviços (BRASIL, 2010b; FAUSTO *et al.*, 2014).

Não obstante, o enfermeiro foi sinalizado como o profissional que estabelece vínculos e realiza acolhimento aos usuários na equipe, como também, participa dos grupos de educação em saúde para população com diagnóstico de Hipertensão Arterial e DM (HIPERDIA). No entanto, este profissional ainda necessita de mecanismos que assegurem, dentro da ampla demanda por assistência na ESF, a atenção à saúde da pessoa idosa (OLIVEIRA; MENEZES, 2014).

O papel primordial da enfermagem na ESF é o cuidado, mediante o encontro intersubjetivo entre profissional e a pessoa idosa que vive com DM, que promova mudanças de comportamento, e o novo modo de pensar a vida (SILVA *et al.*, 2018). Desta forma, o cuidado do enfermeiro pressupõe vislumbrar a pessoa idosa com base na avaliação global, e, a partir daí, criar subsídios para intervenções no sentido da integralidade à saúde da pessoa idosa (OLIVEIRA; MENEZES, 2014).

Ainda, entre os profissionais mencionados pelos participantes do estudo, o ACS foi identificado como uma figura importante no processo de cuidado, atuando na identificação de problemas e fazendo a interlocução com a equipe de ESF. Por meio da visita domiciliar, o ACS percebe as singularidades que estão envolvidas no modo de vida de cada pessoa idosa e suas expectativas e necessidades em relação ao serviço (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018). O ACS desempenha função estratégica no cuidado à saúde das pessoas idosas, pois consegue sinalizar para os demais profissionais da equipe as necessidades de cuidado mais específicas de cada pessoa idosa (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Dentre os participantes do estudo, duas pessoas idosas possuíam plano privado de saúde, mas utilizavam os serviços da ESF para vacinação, aquisição de medicamentos e participação das atividades educativas da unidade. As atividades nos grupos de educação em saúde foram pontuadas pelos participantes como uma alternativa terapêutica que potencializa o aprendizado para o autocuidado e possibilita troca de experiências entre profissionais e os usuários.

Pode-se ressaltar que as ações de acompanhamento nos grupos de HIPERDIA caracterizam-se por atividades educativas, tornando o acompanhamento das pessoas idosas mais abrangente, estimulando mudanças de hábitos de vida e adesão a terapêutica proposta, visando orientar pessoas idosas e familiares sobre as doenças e suas complicações crônicas (RETICENA *et al.*, 2015). Nesse sentido, apesar dos grupos não serem destinados unicamente ao público de pessoas idosas, apresenta-se como um dispositivo de promoção da saúde, pois possibilita maiores

esclarecimentos e conhecimentos acerca da doença (SCHENKER; COSTA, 2019). Assim, a participação de pessoas idosas em grupos de educações em saúde contribui para a manutenção de um envelhecimento ativo e saudável, uma vez que inclui momentos de lazer e práticas de atividade física e cognitiva (VARGAS; LARA; CARPES, 2014).

Dificuldades nas readequações alimentares foram pontuadas pelas pessoas idosas, não conseguindo aderir às recomendações fornecidas pelos profissionais da equipe da ESF. Desta forma, na convivência com o DM as pessoas idosas encaram as restrições alimentares, como normas que devem ser seguidas e por vezes culpam-se por não se adaptar e acabam utilizando outros artifícios como chás, para neutralizar a glicemia alterada.

Pessoas com condição crônica criam estratégia de controle para compensar os excessos alimentares como chás, ou aumentam o rigor na dieta por um período (BARSAGLINI, 2008). Por mais contato que as pessoas tenham com o sistema biomédico, não se exclui a utilização de outras possibilidades terapêuticas, pertencentes a outros subsistemas de cuidado, como uso de plantas medicinais (BARSAGLINI, 2008). Para Fé *et al.* (2016) as orientações fornecidas nas ESF acerca da terapêutica alimentar para o DM, denotam o sentimento de restrição, cuja base é a proibição, desta forma o enfoque das orientações deveria englobar os aspectos subjetivos e emocionais que sugestionam a adesão ao tratamento.

Ao analisar o IT das pessoas idosas com DM, é possível perceber como histórias, sofrimentos e percepções acerca da vida evidenciam-se, na qual a subjetividade incide diretamente no cuidado. O cuidado mostra-se notadamente relacional e intersubjetivo, faz-se no entrelaçar das histórias de vida, deste modo, não ponderar a história de vida das pessoas é, não tornar possível o cuidado (BELLATO *et al.*, 2016b). A história de vida das pessoas traz elementos importantes a serem considerados no processo de cuidado, e mesmo que a situação relatada esteja fora de um contexto momentâneo, permanece indissociada da vida (BELLATO *et al.*, 2016b).

Nesse sentido, quanto mais próxima a enfermagem estiver das pessoas que assiste na sua prática de cuidado, melhor será o entendimento de como tratar e cuidar de seus problemas de saúde. Assim, se depreenderá que as prescrições dos profissionais da saúde acerca do que podem ou têm de fazer, não são entendidas

como um só caminho do cuidado, e sim, como mais uma opção, não a única como os profissionais desejariam acreditar (SILVA *et al.*, 2006).

A partir da análise do subsistema de cuidado profissional, é possível evidenciar de que forma os serviços têm implicado nos IT dos participantes e sua família ao buscar o cuidado, apontando indagações sobre a organização do cuidado, visto que mostra muitos tencionamentos na oferta e demanda dos serviços.

Assim, vislumbra-se a ESF como a coordenadora do cuidado e ordenadora do trabalho em rede, atuante no reconhecimento das necessidades das pessoas idosas, que possam trazer respostas mais efetivas no sentido da autonomia e independência, objetivando a atenção integral à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2014). Para a enfermagem, conjectura-se, neste contexto, que há muitos desafios ao exercer o cuidado às pessoas idosas com DM, especialmente, na compreensão da pessoa idosa em assumir (ou não) modificações no estilo de vida (ARAÚJO *et al.*, 2018) levando em consideração os aspectos culturais e familiares em que as pessoas idosas estão inseridas.

Pode-se perceber que no IT dos participantes foi possível identificar no subsistema de cuidado popular, que a família é o principal núcleo de cuidado à pessoa idosa, definindo o acesso para outros subsistemas. Kleinman (1978) ressalta que uma característica marcante do subsistema de cuidado popular, é a participação da família, amigos e rede social no cuidado definindo de forma leiga, a entrada em outros subsistemas. É no contexto familiar que a pessoa idosa encontra proteção e cuidado, como também, recorre a outros serviços e redes sociais quando necessário (CORRÊA; BELLATO; ARAÚJO, 2014).

A principal motivação identificada no estudo para a busca do cuidado é inspirada no afeto e nos vínculos familiares, quando existe uma relação recíproca de cuidado entre a pessoa idosa e seus familiares. Assim, a base das relações encontra-se no entendimento de que se cuida, não somente para prover cuidados e reestabelecer a saúde, mas cuida-se, sobretudo, para manter a existência da vida (BELLATO *et al.*, 2016a).

No estudo, o sentimento de finitude foi pontuado diante da velhice e da interação com a doença, relacionada ao desejo de permanecer mais tempo com a família. Ao envelhecer, a proximidade com a morte se dá de forma sucessiva, diante da própria consciência da finitude, na interação dinâmica com o processo saúde e doença e velhice, e pela posição que a doença crônica ocupa na vida das pessoas

idosas (GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013). Assim, pode-se perceber a importância da família na rede de cuidados à pessoa idosa. É imprescindível para o cuidado, que a pessoa se sinta apoiada e segura com a presença de familiares, ou pessoas de vínculo próximo quando acionado (CORRÊA; BELLATO; ARAÚJO, 2014).

Identificou-se também, que as relações de cuidado são constituídas por pessoas que não apresentam laços consanguíneos e participam do cuidado de forma menos frequente. Nesse sentido, apontaram as relações com vizinhos de forma positiva. Para Schenker e Costa (2019), os vizinhos exercem função importante no cuidado a pessoa idosa, uma vez que recorrem a serviços de saúde, ou aos familiares, caso identifiquem algo diferente no momento de ausência de suporte familiar. Como também, atuam na interação social, pois muitas pessoas idosas tendem a se sentir e estar sozinhas.

De igual maneira, foi pontuado pelos participantes, que a rede de cuidado é formada também pelas relações de vínculo e proximidade, na qual salientaram positivamente os encontros que estabelecem em grupos de convivência, de mães e idosos. A manutenção das relações sociais para as pessoas idosas contribui de forma substancial em seu cuidado, uma vez que trazem benefícios para a cognição, saúde e funcionalidade (NERI; VIERA, 2013).

Guedes *et al.* (2017) destacam que a inexistência de interações sociais enfraquece os laços e relações sociais, sendo prejudicial em fases de vida mais avançada. As relações de vínculos estabelecidas nos grupos comunitários têm fortes impactos na melhoria da qualidade de vida, especialmente em pessoas idosas com problemas de saúde (MELCHIORRE *et al.*, 2013). As relações sociais constituem-se como fatores de proteção no desenvolvimento de dependências na velhice, e essas relações devem estar presentes para além das famílias, ressaltando-se a importância dos vínculos de amizade (BRITO *et al.*, 2018).

Os resultados demonstraram, que os filhos têm influência direta no IT das pessoas idosas, oferecendo apoio e atuando na busca pelo cuidado. Por outro lado, também demarcaram essa situação como constrangedora, pois sempre tiveram autonomia e independência para buscar os recursos de saúde que lhes fossem necessários.

A responsabilidade filial é conceituada como uma diretriz social e cultural avaliada a partir de atitudes de comportamento dos filhos para subsidiar os cuidados com os pais (CHAPPELL; FUNK, 2011). Schenker e Costa (2019) salientam que

relações de conflito perpassam pelas relações do cuidado familiar, principalmente quando as pessoas idosas não querem se sentir dependentes de seus familiares e se veem obrigados a atender o desejo de quem os cuida. Faller, Zilly e Marcon (2017) salientam que toda prática de cuidado é culturalmente construída e, desta forma implicam nas relações entre pais e filhos, trazendo significados para o cuidado filial.

Neste estudo, o cuidado foi expresso nas relações entre casais, quando ocorre uma mútua troca de cuidado favorecendo a autonomia e independência das pessoas idosas. A percepção de cuidado entre os casais de pessoas idosas contribui para o bem-estar, e promove a saúde, de modo que as pessoas idosas se sintam cuidadas durante o momento de enfrentamento do adoecimento (SILVA *et al.*, 2019).

O presente estudo revelou que a questão alimentar figura como um elemento de conflito entre familiares, interferindo na condução do tratamento e consolidação de hábitos mais saudáveis de vida. Desta forma, como o DM requer gerenciamento contínuo dos cuidados ao longo do tempo (SANT'ANA; D'ELBOUX, 2019), nem sempre o cuidado é compartilhado por todos os integrantes da família, e por vezes, acabam interferindo sobremaneira na condução do tratamento. Para Bellato *et al.* (2016a), no processo de cuidado em condições crônicas, a família implementa o cuidado com os recursos existentes, sejam eles materiais e imateriais, e que condições que se prolongam, impactam na concretude do cuidar familiar.

O gerenciamento do DM em pessoas idosas requer rearranjos no estilo de vida e comportamentais, com apoio e incentivo cotidiano da família nas ações e mudanças propostas (SALBEGO *et al.*, 2013). Os achados revelam que a família está na centralidade da experiência do adoecimento, vivenciando junto com a pessoa idosa o processo de adoecer, envelhecer e cuidar. Especialmente quando a doença é permanente, impõe à pessoa idosa e sua família graus diversos de dependência, exigindo muitas intervenções de cuidado.

A família tem papel fundamental no cuidado a pessoa idosa, no desenvolvimento de sua autonomia mesmo que a pessoa idosa não dependa dos familiares para ABVD, mas a presença da família é decisiva para o conforto, alegria e bem-estar da pessoa idosa (AZEVEDO; MODESTO, 2016; ARAÚJO; CASTRO; SANTOS, 2018). Assim, para a enfermagem é fundamental compreender as relações de cuidado estabelecidas na dinâmica familiar para a organização e sistematização do cuidado à pessoa idosa (AIRES *et al.*, 2017).

Os dados encontrados no IT das pessoas idosas com DM mostram-se permeados por questões subjetivas e culturais que indicam a necessidade de compreendê-las para operacionalizar o cuidado respeitando as crenças e as formas de pensar de cada pessoa. Elementos importantes foram pontuados acerca das experiências do processo de envelhecimento, que ultrapassam a dimensão biológica e retratam potencialidade, fragilidades e vulnerabilidades no enfrentamento do envelhecimento e adoecimento.

As nuances do processo de envelhecimento foram pontuadas a partir das concepções das pessoas idosas, as quais possuem um olhar próprio acerca do momento de vida e sofrem influências no contexto social. Os subsistemas de cuidado à saúde denotam as experiências e as diversas formas de buscar o cuidado interpretadas pelas pessoas idosas e sua família envolvendo o adoecimento e as necessidades em saúde.

Considerou-se como limitação do estudo, a sua realização em apenas duas unidades de saúde do município. Assim, sugerem-se novos estudos que possam ampliar o cenário e o objeto investigado e que versem sobre o cuidado às pessoas idosas no contexto da APS, a fim de contribuir para a discussão da temática na Enfermagem, tendo em vista a atenção integral à saúde da pessoa idosa. Além disso, a complexidade dos diversos contextos vividos pelas pessoas idosas no âmbito da APS denota a necessidade de estudos que possam avançar na temática estudada.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao adentrar na experiência desta pesquisa, revelou-se no IT das pessoas idosas com DM, a adoção de um conjunto de práticas de cuidados, que foram determinadas por questões culturais, crenças individuais, experiências de vida e não apenas a vivência do adoecimento. Ao descrever o IT das pessoas idosas com DM, depreende-se que muitos aspectos intrínsecos ao envelhecimento foram mencionados pelos participantes. Assim, foi possível compreender as perspectivas individuais a partir do envelhecimento, e de que forma influenciam no cuidado e nas situações de adoecimento crônico.

Apointa-se, que nos relatos das pessoas idosas, a subjetividade e singularidade estiveram presentes em suas histórias dando sentido aos IT. No que tange ao processo de envelhecimento e suas correlações com o DM, muitos elementos foram pontuados refletindo uma combinação de dimensões simbólicas (significados, estereótipos, medos e vulnerabilidade) e alterações fisiológicas sentidas na vivência concreta do envelhecimento.

A percepção das pessoas idosas com DM esteve atrelada a mudanças físicas e biológicas inerentes ao processo de envelhecimento, e que talvez pudessem ser influenciadas pelo DM. A diminuição da força física e o comprometimento das ABVDs e AIVDs foram considerados sugestionadores da condução do tratamento, necessitando de ajuda de familiares para o cuidado.

Elementos referentes aos gêneros foram identificados. Os homens fizeram referência quanto ao comprometimento da prática sexual e diminuição da força física e possível correlação com DM, enquanto as mulheres expressaram sua preocupação com o corpo, autoimagem e bem-estar.

Outra discussão suscitada foi a crença de que toda pessoa idosa dependerá de cuidados familiares, vislumbrando o envelhecimento como uma etapa da vida ligada a perdas e dependências podendo ser agravado pelo DM.

O IT possibilitou dar visibilidade às crenças e construções pessoais acerca do envelhecimento, retratando a diversidade de fatores que estão imbricados no processo de cuidado e na busca por esse cuidado. O IT das pessoas idosas com DM revelou uma multiplicidade de acontecimentos que precisam ser apreendidos e valorizados ao falar de cuidado, no que tange ao contexto de vida, matriz social, econômica e cultural, que conforma as necessidades de saúde.

A partir da análise dos IT foram identificados modos distintos de busca pelo cuidado. As pessoas idosas buscaram o cuidado nos subsistemas de saúde profissional, popular e folclórico, no entanto, alguns não buscaram o subsistema de cuidado folclórico. Evidencia-se que a falta de crença neste subsistema de cuidado está relacionada às questões culturais, a religiosidade e a convicção de que o DM só poderá ser tratado pelo modelo biomédico. O subsistema de cuidado profissional sempre será solicitado pelas pessoas idosas e seus familiares, por sua influência cultural como modelo predominante de cuidado e por promover resultados eficazes em caso de agudização da doença.

Deste modo, pode-se perceber que o subsistema de cuidado profissional apresentou potencialidades quando tangenciado ao trabalho da ESF, como vínculo, acolhimento, atividades de educação em saúde e cuidado longitudinal. No entanto, pontua-se que o acesso e acessibilidade aos serviços de saúde da população idosa com DM, chamaram atenção, pois as pessoas idosas salientaram dificuldades para realizar consultas médicas na ESF, tendo por vezes de ir, durante a madrugada, à unidade para conseguir fichas, tornando penoso o acesso a esse serviço.

As atividades de educação em saúde foram destacadas pelos participantes como uma possibilidade terapêutica, que proporciona aprendizado, empoderando a pessoa idosa com DM para o autocuidado.

Outro ponto que toma relevância na descrição dos IT das pessoas idosas, é que a busca pelos serviços é determinada por uma avaliação de gravidade do estado de saúde pela própria pessoa idosa e sua família, não seguindo os fluxos determinados pelos serviços de saúde.

Os IT das pessoas idosas com DM têm apontado desafios, que exigem uma discussão ampla acerca da organização dos serviços para a população idosa, e especificamente os que apresentam uma doença crônica em função das possibilidades de maior comprometimento de sua capacidade funcional com repercussão nas ABVDs.

Ainda, o IT das pessoas idosas com DM envolveu outras possibilidades de práticas de cuidado, que foram acionadas mediante o subsistema de cuidado folclórico. Assim, constata-se que mesmo a população idosa tendo recursos de saúde em seu território, por meio da ESF, essa prática se faz presente. No subsistema de cuidado folclórico identificou-se que as pessoas idosas recorrem a esses cuidados como uma forma de apoio na condução do tratamento. O uso de plantas medicinais

foi pontuado como extremamente benéfico em seus tratamentos, principalmente em caso de alteração glicêmica (agudização), ocasionada por excessos alimentares. Também destacaram outras formas de cuidado, como a fé e a força divina, as orações invocadas por benzedeiros, vislumbrando a cura ou a melhora dos sintomas. Algumas pessoas idosas apresentaram descrença com relação a essa prática, por já terem tentado utilizá-la e não obterem o resultado desejado.

No subsistema de cuidado popular, a família foi reconhecida como a principal fonte de cuidado, acionando outros subsistemas em caso de adoecimento da pessoa idosa. A família vivencia a experiência do adoecimento por DM com a pessoa idosa, acompanhando o processo de adoecer, envelhecer e cuidar, amparado nos vínculos afetivos e na potencialidade de estimular a pessoa para sua autonomia e independência. Desta forma, as motivações para a busca pelo cuidado estiveram atreladas à família, ao desejo de viver, sentir-se bem, com autonomia e independência para trilhar caminhos independentes em caso de adoecimento.

O cuidado fornecido no subsistema popular, por vezes, é considerado a porta de entrada para outros serviços de saúde e inclui o entendimento da família acerca da doença e cuidado, bem como as redes de apoio sociais e comunitárias estabelecidas pelas pessoas idosas. As relações sociais têm papel significativo na manutenção da saúde física e mental das pessoas idosas, fornecendo suporte emocional para que as pessoas idosas se sintam mais seguras contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável.

A principal contribuição deste estudo para a enfermagem gerontogeriatrica, no âmbito na APS, é reconhecer que as pessoas idosas que buscam os serviços trazem um conjunto de saberes dos subsistemas de cuidado popular e folclórico que perpassam por suas histórias de vida, cultura, subjetividades e, por vezes, ignorados pelos profissionais da saúde. É necessária uma prática compreensiva do processo de adoecimento e envelhecimento, que retrate situações concretas de vida, com potencial de evidenciar o cuidado nas suas diferentes formas, seja no subsistema de cuidado profissional, popular ou folclórico.

O estudo com o IT revelou-se pertinente para elucidar a convivência das pessoas idosas com DM, suas estratégias de enfrentamento da doença, potencialidades e as fugas do tratamento. Desta forma, o enfermeiro da APS, poderá compreender como as pessoas idosas (re) desenham sua estratégia de busca por cuidado, impondo desafios ao SUS, e às práticas de cuidado que família e serviço de

saúde oferecem. Espera-se que este estudo possibilite reflexões e aponte caminhos para a enfermagem no cuidado à pessoa idosa com DM no contexto APS, considerando suas especificidades, no sentido de fomentar práticas de cuidado integrais a saúde da população idosa.

Reitera-se nesta dissertação o compromisso ético com o cuidado e a enfermagem e também com a construção do conhecimento científico. E para tal, a autora compromete-se, após a conclusão do processo de dissertação, apresentar os resultados deste estudo aos profissionais das equipes de ESF do município onde foi realizado o estudo. Pretende-se com essa devolutiva, compartilhar os conhecimentos apreendidos acerca do IT das pessoas idosas com DM, sensibilizando-as para o conhecimento com relação a temática da saúde da pessoa idosa e desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado a essa população no contexto da APS.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. *et al.* Scientific and popular knowledge in Family Health Strategies from a hermeneutic-dialectic perspective. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 644-654, 2016.
- AIRES, M. *et al.* Cross-cultural adaptation of the Filial Responsibility protocol for use in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1338-1346, 2017.
- ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMINI, K. C. (Orgs.). **Política nacional do idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.
- ALENCAR, D. L. *et al.* Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3533-3542, 2014.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2016. p. 125-146.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Orgs.). **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In*: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- ARAÚJO, E. S. S. *et al.* Cuidado de enfermagem ao paciente com diabetes fundamentado na Teoria de King. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1157-1163, 2018.
- ARAÚJO, L. F.; CASTRO, J. L. C.; SANTOS, J. V. O. A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 14-23, 2018.
- ARAÚJO, L. U. A. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.
- ASSIS, A. S.; CASTRO-SILVA, A. R. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, 2018.
- AZEVEDO, P. A. C.; MODESTO, C. M. S. A (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 183-194, 2016.

BARBOSA, K. T. F. *et al.* Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017.

BARSAGLINI, R. A. Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 563-577, 2008.

BATISTA, M. G. *et al.* Diabetes Mellitus: características da assistência de enfermagem e do cuidado ao idoso. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 12, p. 4237-4244, 2014.

BATTINI, E.; MACIEL, E. M.; FINATO, M. S. S. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 455-462, 2006.

BAUDUCEAU, B. *et al.* Cardiovascular complications over 5 years, and their association with survival in the GERODIAB cohort of elderly french patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, [S. l.], v. 41, n. 1, p. 156-162, 2018.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Atenção Básica e Integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008. p. 167-187.

BELLATO, R. *et al.* Experiência familiar de cuidado na situação crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. esp, p. 81-88, 2016a.

BELLATO, R. *et al.* História de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários terapêuticos. *In*: GERHARDT, T. E. *et al.* (Orgs.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2016b. p. 203-221.

BELLATO, R. *et al.* Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; Ed. UFPE; ABRASCO, 2009. p. 287-298.

BERLEZI, E. M. *et al.* Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 643-652, 2016.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BIULCHI, C. M. G. **Análise da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis e o itinerário terapêutico dos idosos no cuidado das doenças isquêmicas do coração**. 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, 2014.

BÔAS, L. M. S. V. O saber popular e o saber científico: um diálogo intercultural possível no cuidado ribeirinho. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 2016, Porto. **Atas [...]**. Porto: ULP; TLU, 2016.

BORGES, M. S. *et al.* O modo de cuidar na benzeção: saber popular e racionalidade divina. **Revista Mineira de Enfermagem**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 241-248, 2008.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 03 out. 2003.

BRASIL. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 13 jul. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Revoga as Resoluções CNS nº 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares:** plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS:** proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/DAET/COSAPI, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico de política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política e Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRITO, A. M. M. *et al.* Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social. **Liberabit**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 9-22, 2017.

BRITO, T. R. P. *et al.* Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 1-15, 2018.

BRUSTOLIN, A. M. **Idosos sobreviventes ao câncer:** vivências durante e após o tratamento oncológico. 2015. 256f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, SC, 2015.

BURILLE, A. **Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico:** (des)conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade. 2012. 184f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2012.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S. l.], v. 46, n. 4, p. 289-311, 2000.

CARDOSO, A. D.; NASCIMENTO, R. O dom e a dádiva entre parteiras do Amapá: uma abordagem etnográfica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 235-249, 2019.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 268-277, 2017.

CARVALHO, S. L. *et al.* Mapa de conversação: estratégia educativa no cuidado ao idoso com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 925-929, 2018.

CAVALCANTE K. V. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 216-223, 2014.

CHAPPELL, N. L.; FUNK, L. M. Filial caregivers: diasporic chinese compared with homeland and hostland caregivers. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 315-329, 2011.

CHATZISTERGOS, P. E. *et al.* The relationship between hallux grip force and balance in people with diabetes. **Gait & Posture**, [S. l.], v. 70, p. 109-115, mai. 2019.

CHEN, J. *et al.* Assessment of factors affecting diabetes management in the City Changing Diabetes (CCD) study in Tianjin. **PLoS One**, [S. l.], v. 14, n. 2, 2019.

CHHIKARA, N. *et al.* Bioactive compounds and pharmacological and food applications of *Syzygium cumini* - a review. **Food & Function**, [S. l.], v. 9, n. 12, p. 6096-6115, 2018.

CHO, N. H. *et al.* IDF Diabetes atlas: global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. **Diabetes Research and Clinical Practice**, [S. l.], v. 138, p. 271-281, 2018.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Printipo, 1989.

CORCORAN, K.; CRUSIUS, J.; MUSSWEILER, T. Social comparison: motives, standards, and mechanisms. *In*: CHADEE, D. (Ed.). **Theories in social psychology**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011. p. 119-139.

CORRÊA, G. H. L. S. T.; BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. Redes para o cuidado tecidas por idosa e família que vivenciam situação de adoecimento crônico. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 346-355, 2014.

COSTA, A. M. F. N. *et al.* Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 51, n. 2, p. 1-11, 2017.

COULIBALY, A.; ALVES, V. P. As crenças religiosas e espirituais no enfrentamento de desafios advindos das feridas crônicas em idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. esp., p. 323-339, 2016.

CRAMM, J. M. *et al.* The health of india's elderly population: a comparative assessment using subjective and objective health outcomes. **Journal of Population Ageing**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 245-259, 2015.

DEDICAÇÃO, A. C. *et al.* Comparison of quality of life for different types of female urinary incontinence. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 2, p. 116-22, 2009.

DEFANI, M. A.; OLIVEIRA, L. E. N. Utilização das plantas medicinais por diabéticos do município de Colorado (PR). **Revista Saúde e Pesquisa**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 413-421, 2015.

DEFANI, M. A.; OLIVEIRA, L. R. R.; FRANÇA, M. R. D. Utilização das plantas medicinais por diabéticos integrantes do "Programa Saúde da Família" do município de Mariluz – PR. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 370-376, 2012.

DEL DUCA, G. F. *et al.* Aspectos comportamentais e de saúde associados à incapacidade funcional em idosos: estudo de base populacional. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 20, n. 4, p. 577-585, 2009.

DIAS, A. L. A.; TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P. Itinerários terapêuticos de pessoas com doença falciforme: gritos rompendo o silêncio pautado pelo racismo. *In*: GERHARDT, T. E. *et al.* (Orgs.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2016. p. 27-97.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 685-692, 2011.

DROBNIK, J.; OLIVEIRA, A. B. *Cissus verticillata* (L.) Nicolson and C.E. Jarvis (Vitaceae): Its identification and usage in the sources from 16th to 19th century. **Journal of Ethnopharmacology**, [S. l.], v. 171, p. 317-329, 2015.

EDIRIWEERA, M. K. A review on ethnopharmacological applications, pharmacological activities, and bioactive compounds of *Mangifera indica* (Mango). **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, [S. l.], v. 2017, p. 1-24, 2017.

EVANGELISTA, A. R. *et al.* Sexuality in old age: knowledge/attitude of nurses of Family Health Strategy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. 1-8, 2019.

FALLER, J. W.; MARCON, S. S. Práticas socioculturais e de cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 512-519, 2013.

FALLER, J. W.; ZILLY, A. M. A.; MARCON, S. S. Cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 22-30, 2017.

FARIA, H. T. *et al.* Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 13-33, 2014.

FÉ, M. M. M. *et al.* Orientação alimentar para os diabéticos na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 1, p. 202-210, 2016.

FEIJÓ, A. M. *et al.* Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de *Diabetes mellitus* no tratamento dos sintomas da doença. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v. 14, n. 1, p. 50-56, 2012.

FERNANDES, M. G. M. Problematizando o corpo e a sexualidade de mulheres idosas: o olhar de gênero e geração. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 418-422, 2009.

FERREIRA, J.; ESPIRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 179-198, 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FONSECA, A. D. G. *et al.* Factors associated to the dependence of older adults with diabetes mellitus type 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 922-930, 2018.

FRANCISCO, C. M. **(Re)internação de idosos em um hospital privado: vulnerabilidades, fragilidades e enfrentamentos**. 2015. 170f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2015.

FRITSCHI, C. *et al.* Early declines in physical function among aging adults with type 2 diabetes. **Journal of Diabetes and its Complications**, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 347-352, 2017.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GERHARDT, T. E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. *In*: GERHARDT, T. E. *et al.* (Orgs.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2016. p. 27-97.

GERHARDT, T. E. *et al.* Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; Ed. UFPE; ABRASCO, 2009a. p. 287-298.

GERHARDT, T. E. *et al.* Reconhecimento e estigma em uma comunidade rural: discutindo acesso, participação e visibilidade de usuários em situação de adoecimento crônico. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009b. p. 309-322.

GIACOMIN, K. C.; SANTOS, W. J.; FIRMO, J. O. A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2487-2496, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, 2017.

HEWSTON, P.; DESHPANDE, N. Falls and Balance Impairments in Older Adults with Type 2 Diabetes: Thinking Beyond Diabetic Peripheral Neuropathy. **Canadian Journal of Diabetes**, Ontario, v. 40, p. 6-9, 2016.

HILLER, M. **As repercussões para a família no cuidado à pessoa idosa em condição crônica por sofrimento psíquico**. 2010. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, MS, 2010.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T. Velhas benzedadeiras. **Mediações**, Londrina, v. 17, n. 2, p. 126-140, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em: 30 jun. 2018.

IDA, S. *et al.* Association between dynapenia and decline in higher-level functional capacity in older men with diabetes. **Geriatrics & Gerontology International**, [S. l.], v. 18, n. 9, p. 1393-1397, 2018.

IDF. International Diabetes Federation. **Diabetes Atlas**. 8. ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>. Acesso em: 12 set. 2017.

KATSAROU, A. *et al.* Type 1 diabetes mellitus. **Nature Reviews: Disease Primers**, [S. l.], v. 3, p. 1-17, 2017.

KESAVADEV, J. Unproven Therapies for Diabetes and Their Implications. **Advances in Therapy**, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 60-77, 2017.

KHALIL, N. M.; PEPATO, M. T.; BRUNETTI, I. L. Free radical scavenging profile and myeloperoxidase inhibition of extracts from antidiabetic plants: *Bauhinia forficata* and *Cissus sicyoides*. **Biological Research**, [S. l.], v. 41, n. 2, p. 165-171, 2008.

KHAN, S. S.; SINGER, B. D.; VAUGHAN, D. E. Molecular and physiological manifestations and measurement of aging in humans. **Aging Cell**, [S. l.], v. 16, n. 4, p. 624-633, 2017.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 12, n. 2B, p. 85-95, 1978.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the contexto of culture**: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque quali-quantitativo. Brasília: Liberlivro, 2012.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LIMA, C. A. B. *et al.* O uso das plantas medicinais e o papel da fé no cuidado familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. esp., p. 1-10, 2016.

LIMA, S. C. S. *et al.* Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 1-8, 2012.

MAHISHALE, A.; AMBRE, P.; KANTANAVAR, K. Prevalence of urinary incontinence in males with type 2 diabetes mellitus. **Diabetes & Metabolic Syndrome**, [S. l.], v. 13, n. 5, p. 2953-2956, 2019.

MAHMOUD, A. M. Beneficial effects of citrus flavonoids on cardiovascular and metabolic health. **Oxidative Medicine and Cellular Longevity**, [S. l.], v. 2019, p. 1-19, 2019.

MARIN, R. C.; SCORSOLINI-COMIN, F. Desfazendo o “mau-olhado”: magia, saúde e desenvolvimento no ofício das benzedeiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S. l.], v. 37, n. 2, p. 446-460, 2017.

MARRELLI, M. *et al.* Biological properties and bioactive components of *Allium cepa* L.: focus on potential benefits in the treatment of obesity and related comorbidities. **Molecules**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 119, 2019.

MARTINS, P. H. A sociologia de Marcel Mauss: Dádiva, simbolismo e associação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 73, p. 45-66, 2005.

MATOS, M. A. B. *et al.* As repercussões causadas pela incontinência urinária na qualidade de vida do idoso. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 567-575, abr./jun. 2019.

MATTOS, G. *et al.* Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3735-3744, 2018.

MECHANIC, D.; VOLKART, E. H. Stress, illness behavior and the sick role. **American Sociological Review**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 51-58, 1961.

MEDEIROS, K. K. A. S. *et al.* O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 288-295, 2017.

MEDEIROS, R. E. G. *et al.* Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1339-1357, 2013.

MELCHIORRE, M. G. *et al.* Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven european countries. **PLoS One**, [S. l.], v. 8, n. 1, 2013.

MELLO, M. A.; ARAUJO, C. A. Velhice e espiritualidade na perspectiva da Psicologia Analítica. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 33, n. 84, p. 118-141, 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M. Revisando o viver da pessoa idosa na perspectiva de gênero. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 591-596, 2007.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos. São Paulo: Atlas, 2015.

MILECH, A. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes - DSBD (2015-2016)**. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2016.

MINAYO, M. C. S. A abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 233-238, 1991.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C.; COIMBRA JR., C. E. A. Introdução: entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. *In*: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 11-24.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOLLAZADEH, H.; HOSSEINZADEH, H. Cinnamon effects on metabolic syndrome: a review based on its mechanisms. **Iranian Journal of Basic Medical Sciences**, [S. l.], v. 19, n. 12, p. 1258-1270, 2016.

MORAES, E. N. **Fundamentos do cuidado ao idoso frágil**. Belo Horizonte: Folium, 2016.

MORAES, G. V. O. *et al.* A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 309-329, 2016.

MÜLLER, N. P. (Org.). **Guia de políticas, programas e projetos do Governo Federal para a população idosa**: compromisso nacional para o envelhecimento ativo. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO\\_Idoso/Textos/Guia-Políticas-Programas-2015.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/Textos/Guia-Políticas-Programas-2015.pdf). Acesso em: 30 set. 2017.

MUNHOZ, A. C. M.; FRODE, T. S. Isolated compounds from natural products with potential antidiabetic activity - a systematic review. **Current Diabetes Reviews**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 36-106, 2018.

- MUNSHI, M. Cognitive dysfunction in older adults with diabetes: what a clinician needs to know. **Diabetes Care**, [S. l.], v. 40, n. 4, p. 461-467, 2017.
- NAIMI, M. *et al.* Rosemary extract as a potential anti-hyperglycemic agent: current evidence and future perspectives. **Nutrients**, [S. l.], v. 9, n. 9, 2017.
- NAZARIO, M. P. S. *et al.* Déficit cognitivo em idosos hospitalizados segundo mini exame do estado mental (MEEM): revisão narrativa. **Journal of Health Sciences**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 131-134, 2018.
- NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 419-432, 2013.
- NERY, V. A. S.; VALENÇA, T. D. C. Sexo e sexualidade no Processo de envelhecimento. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 7, n. 2, p. 20-32, 2014.
- OLIVEIRA, A. M. S.; MENEZES, T. M. O. A enfermagem no cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 513-518, 2014.
- OLIVEIRA, E. B. *et al.* Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Porto Alegre, v. 8, n. 29, p. 264-273. 2013.
- OLIVEIRA, E. L.; NEVES, A. L. M.; SILVA, I. R. Sentidos de sexualidade entre mulheres idosas: relações de gênero, ideologias mecanicistas e subversão. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 30, 2018.
- OLIVEIRA, J. E. P.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VENCIO, S. (Orgs.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017.
- OLIVEIRA, P. S. Southern Brazilian native fruit shows neurochemical, metabolic and behavioral benefits in an animal model of metabolic syndrome. **Metabolic Brain Disease**, [S. l.], v. 33, n. 5, p. 1551-1562, 2018.
- OLIVEIRA, R. M.; ALVES, V. P. Qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 305-327, 2014.
- OLIVEIRA, S. G. D. *et al.* An ethnomedicinal survey on phytotherapy with professionals and patients from Basic Care Units in the Brazilian Unified Health System. **Journal of Ethnopharmacology**, [S. l.], v. 140, n. 2, p. 428-437, 2012.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assembleia Mundial sobre Envelhecimento: Resolução 39/125**. Viena: Organização das Nações Unidas, 1982.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gonjito. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4478.pdf>. Acesso em: 14 out. 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017.

PERKISAS, S.; VANDEWOUDE, M. Where frailty meets diabetes. **Diabetes/Metabolism Research and Reviews**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 261-267, 2016.

PINHEIRO, R. *et al.* **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008.

PINHEIRO, R. *et al.* O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. *In*: GERHARDT, T. E. *et al.* (Orgs.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2016. p. 13-24.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-447, 2012.

PLANELLA-FARRUGIA, P. C. *et al.* Circulating irisin and myostatin as markers of muscle strength and physical condition in elderly subjects. **Frontiers in Physiology**, [S. l.], 2019.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do desenvolvimento humano 2015**: o trabalho como motor do desenvolvimento humano. Nova York: PNUD, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Plano Municipal de Saúde**: 2014-2017. Marau: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

PRUDÊNCIO, L. S. **Itinerários terapêuticos de quilombolas**: um olhar bioético sobre a atenção e o cuidado à saúde. 2017. 273f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2017.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RAHIMI, M. *et al.* Muscle strength in diabetics compared to non-diabetic elderly subjects. A cross sectional and case-control study. **Caspian Journal of Internal Medicine**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 265-270, 2019.

RAWLINGS, A. M. *et al.* Diabetes in midlife and cognitive change over 20 years: a cohort study. **Annals of Internal Medicine**, [S. l.], v. 161, n. 11, p. 785-793, 2014.

RESENDE, J. O. *et al.* Assistência do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, p. 1831-1843, 2015.

RETICENA, K. O. *et al.* Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no HIPERDIA. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 107-113, 2015.

RIBEIRO, A. P. **Atenção à saúde de mulheres idosas em situação de violência no município do Rio de Janeiro**. 2011. 161f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria SES/RS nº 588, de 05 de dezembro de 2017**. Institui a Relação Estadual de Plantas Medicinais de interesse do SUS no Rio Grande do Sul e listas complementares. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2017.

ROCHA, A. C. L. R.; CIOSAK, S. I. Doença Crônica no Idoso: espiritualidade e enfrentamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. esp., p. 92-98, 2014.

SALBEGO, L. P. *et al.* Inserção da família no gerenciamento do cuidado ao idoso com diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 12, p. 6883-6887, 2013.

SANTANA, C. S.; BERNARDES, M. S.; MOLINA, A. M. T. B. Projetos de vida na velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 171-186, 2016.

SANT'ANA, L. A. J.; D'ELBOUX, M. J. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 503-519, 2019.

SANTOS, I.; GUERRA, R. G. M.; SILVA, L. A. Categorias de autocuidado entre pessoas idosas com diabetes: estudo sociopoético. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 216-221, mar./abr. 2015.

SANTOS, A. L.; SILVA, E. M.; MARCON, S. S. Assistência às Pessoas com diabetes no Hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto & Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 27, n. 1, 2018.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, 2019.

SCHERNTHANER, G.; SCHERNTHANER-REITER, M. H. Diabetes in the older patient: heterogeneity requires individualisation of therapeutic strategies.

**Diabetologia**, [S. l.], v. 61, n. 7, p. 1503-1516, 2018.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SILVA, D. G. V. *et al.* Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 297-302, 2006.

SILVA, E. P. *et al.* Percepções de cuidado entre casais idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2019.

SILVA, G. L. **A Universalidade do acesso vivenciado por idosos nas unidades saúde da família**. 2014. 129f. Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, BA, 2014.

SILVA, L. B. *et al.* Avaliação do cuidado primário à pessoa idosa segundo o Chronic Care Model. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-12, 2018.

SINCLAIR, A.; DUNNING, T.; RODRIGUEZ-MAÑAS, L. Diabetes in older people: new insights and remaining challenges. **Lancet. Diabetes & Endocrinology**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 275-285, 2015.

SINCLAIR, A. J.; RODRIGUEZ-MAÑAS, L. Diabetes and frailty: two converging conditions?. **Canadian Journal of Diabetes**, [S. l.], v. 40, n. 1, p. 77-83, 2016.

SKYLER, J. S. *et al.* Differentiation of diabetes by pathophysiology, natural history, and prognosis. **Diabetes**, [S. l.], v. 66, n. 2, p. 241-255, 2017.

SOUZA, B. V. C. *et al.* Bauhinia forficata in the treatment of diabetes mellitus: a patent review. **Expert Opinion on Therapeutic Patents**, [S. l.], v. 28, n. 2, p. 129-138, 2018.

SPOSITO, G. *et al.* A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3475-3482, 2013.

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

STOPA, S. R. *et al.* Diabetes autorreferido em idosos: comparação das prevalências e medidas de controle. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 554-562, 2014.

STOPA, S. R. *et al.* Uso de serviços de saúde para controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. 1-14, 2019.

TANQUEIRO, M. T. O. S. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser III, n. 9, p. 151-160, 2013.

TEIXEIRA, S. M. O. *et al.* Reflexões acerca do estigma do envelhecer na contemporaneidade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 503-515, 2015.

TORRALBA, F. R. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

TROJAN-RODRIGUES, M. *et al.* Plants used as antidiabetics in popular medicine in Rio Grande do Sul, southern Brazil. **Journal of Ethnopharmacology**, [S. l.], v. 139, n. 1, p. 155-163, 2012.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

UCHÔA, Y. S. *et al.* A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 939-949, 2016.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World population prospects the 2017 revision: key findings and advance tables**. 2017. Disponível em: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf). Acesso em: 22 jul. 2018.

VARGAS, L. S.; LARA, M. V. S.; CARPES, P. B. M. Influência da diabetes e a prática de exercício físico e atividades cognitivas e recreativas sobre a função cognitiva e emotividade em grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 867-878, 2014.

VENTURINI, L. *et al.* Atuação da equipe de enfermagem frente à sexualidade de idosas institucionalizadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-8, 2018.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 196-209, 2016.

VISENTIN, A. **O itinerário terapêutico**: história oral de idosos com câncer. 2008. 147f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2008.

VISENTIN, A.; LENARDT, M. H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 486-492, 2010.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WAN, Q. *et al.* Allium vegetable consumption and health: An umbrella review of meta analyses of multiple health outcomes. **Food Science & Nutrition**, [S. l.], v. 7, n. 8, p. 2451-2470, 2019.

WOJCIECHOWSKA, J. *et al.* Diabetes and cancer: a review of current knowledge. **Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes**, [S. l.], v. 124, n. 5, p. 263-275, 2016.

WU, I. C.; LIN, C. C.; HSIUNG, C. A. Emerging roles of frailty and inflammaging in risk assessment of age-related chronic diseases in older adults: the intersection between aging biology and personalized medicine. **Biomedicine**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 1-10, 2015.

YOUNES, S.; RIZZOTTO, M. L. F.; ARAÚJO, A. C. F. Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1046-1060, out./dez. 2017.

ZANATTA, L. *et al.* Effect of crude extract and fractions from *Vitex megapotamica* leaves on hyperglycemia in alloxan-diabetic rats. **Journal of Ethnopharmacology**, [S. l.], v. 109, n. 1, p. 151-155, 2007.



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**PESQUISA:** Itinerário terapêutico de pessoas idosas com diabetes *mellitus*.

**PESQUISADORA:** Francine Feltrin de Oliveira

**ORIENTADORA:** Profa. Dra. Margrid Beuter

**INSTITUIÇÃO:** Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

**LOCAL DA COLETA DE DADOS:** Unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS)

**SUJEITOS ENVOLVIDOS:** Pessoas idosas com diabetes acompanhados pela equipe de Estratégia Saúde da Família de Marau (RS).

### Caro participante:

- Você está convidado a participar dessa pesquisa, na qual irá participar de uma entrevista, de forma totalmente **VOLUNTÁRIA**.
- **Antes** de concordar em participar é importante que você **COMPREENDA** as informações e instruções contidas neste documento.
- A **pesquisadora** deverá **responder TODAS** as suas **DÚVIDAS** antes de você se **decidir a participar**.
- Você tem o direito de **DESISTIR** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito.
- A **qualquer momento** você poderá **solicitar ESCLARECIMENTO**.

**Sobre a Pesquisa:** a pesquisa tem como objetivo: descrever o Itinerário Terapêutico de pessoas idosas com diabetes *mellitus* cadastradas em unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Marau, Rio Grande do Sul. Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista com questões que possibilitem ao participante descrever seu caminho em busca de cuidado à saúde.

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM:** Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Mestranda: **Francine Feltrin de Oliveira** pelo fone (54) 984441305 E-mail: francinefeltrin@uol.com.br

Orientadora responsável: **Margrid Beuter** - UFSM - Departamento de Enfermagem

Fone (55) 3220-8263 e E-mail margridbeuter@gmail.com

Será realizada uma entrevista individual, em que a partir de perguntas o (a) senhor (a) vai responder aos questionamentos. As falas serão gravadas em áudio. Para realizar esta atividade será mantido em segredo seu nome, não será divulgada qualquer tipo de informação que possa identificá-lo, deste modo, preservando seu anonimato. As entrevistas serão previamente agendadas realizadas conforme sua disponibilidade e preferência.

### **Sobre a legislação vigente em pesquisa:**

**Benefícios:** Os benefícios da pesquisa para os participantes são indiretos, visto que esta pesquisa possibilita descrever os IT das pessoas idosas com diabetes e, desta forma, contribuir para a melhoria do cuidado a essa população.

**Riscos:** Os prováveis riscos desta pesquisa estão relacionados ao cansaço em relação a entrevista. Entretanto, o sujeito poderá sentir um desconforto por ter que compartilhar informações pessoais de seu tratamento e vida. Cabe ressaltar, que se algum risco for manifestado, a pesquisadora fornecerá atenção especial, escutando e respeitando o desejo da pessoa idosa em dar continuidade ou não a entrevista. Se pretender encerrá-la sua escolha será respeitada pela pesquisadora.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas das pesquisadoras. Os dados oriundos das entrevistas serão usados somente para fins científicos. Ainda, a pesquisadora guardará os referidos documentos por cinco anos sob a responsabilidade da professora orientadora da pesquisa, no Departamento de Enfermagem do Centro Ciências da Saúde (CCS), na UFSM, e, após esse período, os dados serão destruídos. A sua identidade não será revelada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com a mestrandia Francine Feltrin de Oliveira, com a Professora Margrid Beuter (pesquisadora responsável), bem como, com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria nos endereços constantes deste Termo.

Desde já, agradecemos pela colaboração.

## Autorização

Eu, \_\_\_\_\_ após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável para esclarecer minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício.

Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade.

Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais será entregue a mim.

Marau, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Assinatura Participante

---

Francine Feltrin de Oliveira  
Enfermeira  
COREN-RS: 105119

---

Margrid Beuter  
Pesquisadora Responsável  
COREN-RS: 29136  
SIAPE: 379289



## APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

### 1. CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS:

Nº da entrevista: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Reside sozinho? Sim ( ) Não ( ) Com quem? \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Diabetes *mellitus* há quantos anos: \_\_\_\_\_

Qual o tipo: \_\_\_\_\_

Outras doenças crônicas: \_\_\_\_\_

Medicamento em uso: \_\_\_\_\_

### 2. QUESTÕES

1. Conte-me como o (a) senhor (a) descobriu que era diabético? Como foi o início e o que mudou em sua vida.
2. Quem o ajuda quando o (a) senhor (a) precisava de alguma forma de cuidado? Qual a ligação com essa (s) pessoa (s)?
3. Onde o (a) senhor (a) buscou ajuda quando descobriu que era diabético?
4. Atualmente quais os motivos que o levam a procurar ajuda?
5. Para seguir seu tratamento, onde o (a) senhor (a) tem procurado formas de cuidado/assistência?
6. Em quais serviço de saúde o senhor tem buscado ajuda? (Unidade de saúde, hospital, médico especialista).
7. Quem tem o ajudado quando o (a) senhor (a) precisa buscar alguma forma de cuidado: (família, amigos e profissionais)?
8. O (a) senhor (a) tem buscado ou já buscou alguma forma alternativa de cuidado/tratamento (benzedeira, chás, garrafadas, igreja, ritos espirituais)?



## APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:** Itinerário terapêutico de idosos com diabetes *mellitus*: o caminho em busca de cuidado.

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Profa. Dra. Margrid Beuter

**CONTATO:** (55) 3220-8263 e-mail: [margridbeuter@gmail.com](mailto:margridbeuter@gmail.com)

**INSTITUIÇÃO:** Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

**LOCAL DA COLETA DE DADOS:** Unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS).

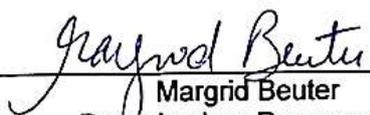
Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas nas Unidades de Estratégia Saúde da Família que pertencem à cidade de Marau, Rio Grande do Sul, Brasil. Também, firmam compromisso referente à privacidade, confidencialidade e segurança dos dados, no que diz respeito ao uso exclusivo das informações obtidas à finalidade científica.

As informações serão mantidas sob responsabilidade da Profa. Dra. Margrid Beuter, pesquisadora responsável, em armário com chave, na sala 1339, 3º andar do prédio 26, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, localizado na Avenida Roraima, nº 1000, Bairro Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria – RS, durante período de cinco anos e após serão destruídos. O anonimato dos participantes será mantido, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, em qualquer forma.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em \_\_\_/\_\_\_/2018, com o número do CAAE

\_\_\_\_\_.

Santa Maria, 17, de dezembro, de 2018.



Margrid Beuter  
Pesquisadora Responsável  
COREN-RS: 29136  
SIAPE: 379289



## APÊNDICE D - PLANTAS IDENTIFICADAS NA LITERATURA COM EFEITO HIPOGLICEMIANTE OU ANTIDIABÉTICAS

Quadro 2 - Plantas citadas pelas pessoas idosas no tratamento do DM, possível espécie (família) correspondente e referência com ação antidiabética

	<b>Plantas citadas pelos participantes para o tratamento do diabetes</b>	<b>Provável nome científico das plantas citadas, de acordo com a literatura: Espécie (Família)</b>	<b>Efeito hipoglicêmica ou antidiabética*</b>
1	Alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i> (Lamiaceae)	Sim (NAIMI <i>et al.</i> , 2017)
2	Alho	<i>Allium sativum</i> (Amaryllidaceae)	Sim (WAN <i>et al.</i> , 2019)
3	Amora branca	<i>Morus alba</i> L. (Moraceae)	Sim (MUNHOZ; FRODE, 2018)
4	Araçá	<i>Psidium Cattleianum</i> (Myrtaceae) ou <i>Psidium Guineense</i> (Myrtaceae)	Sim (OLIVEIRA, 2018)
5	Canela	<i>Cinnamomum verum</i> (Lauraceae)	Sim (MOLLAZADEH; HOSSEINZADEH, 2016)
6	Cebola	<i>Allium cepa</i> (Amaryllidaceae)	Sim (MARRELLI <i>et al.</i> , 2019)
7	Insulina	<i>Cissus sicyoides</i> L. (Vitaceae) ou <i>Cissus verticillata</i> L. (Vitaceae)	Sim (DROBNIK; OLIVEIRA, 2015; KHALIL; PEPATO; BRUNETTI, 2008)
8	Jambolão	<i>Syzygium cumini</i> (Myrtaceae)	Sim (CHHIKARA <i>et al.</i> , 2018; TROJAN-RODRIGUES <i>et al.</i> , 2012)
9	Limão	<i>Citrus limonum</i> (Rutaceae)	Sim (MAHMOUD, 2019)
10	Manga	<i>Mangifera indica</i> L. (Anacardiaceae)	Sim (EDIRIWEERA, 2017; TROJAN-RODRIGUES <i>et al.</i> , 2012)
11	Pata de vaca	<i>Bauhinia forficata</i> L. (Fabaceae)	Sim (SOUZA <i>et al.</i> , 2018; TROJAN-RODRIGUES <i>et al.</i> , 2012)
12	Tarumã	<i>Vitex megapotamica</i> (Verbenaceae)	Sim (ZANATTA <i>et al.</i> , 2007)
13	Araticum	<i>Annona crassiflora</i> (Annonaceae)	Não encontrada
14	Cancorosa	<i>Jodina rhombifolia</i> (Santalaceae)	Não encontrada
15	Cipó-macaco	<i>Stenolobium Velutinum</i> (Fabáceas)	Não encontrada
16	Cipó-mil homens	<i>Aristolochia triangularis</i> (Aristolochiaceae) ou <i>Aristolochia Elegans</i> (Aristolochiaceae) ou <i>Aristolochia Galeata</i> (Aristolochiaceae) ou	Não encontrada
17	Espinheira-santa	<i>Maytenus ilicifolia</i> (Celastraceae)	Não encontrada
18	Malva	<i>Malva sylvestris</i> (Malvaceae)	Não encontrada
19	Ora-pró-nobis	<i>Pereskia aculeata</i> (Cactaceae)	Não encontrada
20	Pariparoba	<i>Piper umbellatum</i> L. (Piperaceae) ou <i>Piper mikanianum</i> (Piperaceae) ou <i>Piper Peltatum</i> (Piperaceae)	Não encontrada
21	Quaresma	<i>Tibouchina granulosa</i> (Melastomataceae)	Não encontrada

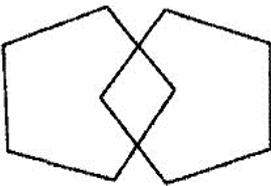
Fonte: Da autora (2019).

\* Existência de ao menos um artigo científico na base de dados (PUBMED) que indique alguma ação antidiabética ou hipoglicemiante em estudos em animais ou humanos.



## ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)\*

Quadro 2 - Mini exame do estado mental (MEEM)

<b>1. Orientação temporal (0-5 pontos)</b>	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
<b>2. Orientação espacial (0-5 pontos)</b>	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
<b>3. Repita as palavras (0-3 pontos)</b>	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5X)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
<b>4. Cálculo</b>	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	
<b>4a. Cálculo (0-5 pontos)</b>	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
<b>4b</b>	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
<b>5. Memorização (0-3 pontos)</b>	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
<b>6. Linguagem (0-3 pontos)</b>	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
<b>7. Linguagem (1 ponto)</b>	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
<b>8. Linguagem (0-2 pontos)</b>	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita. Dobre-o ao meio. Ponha-o no chão	1 1 1
<b>9. Linguagem (1 ponto)</b>	Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
<b>10. Linguagem (1 ponto)</b>	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
<b>11. Linguagem (1 ponto)</b>	Copie o desenho:		1

Fonte: Da autora (2019), adaptado de Bertolucci *et al.* (1994).

**ESCORES:** 18 para não alfabetizados; 21 para aqueles com escolaridade entre um e três anos; 24 para idosos entre quatro e sete anos de educação formal, e 26 para aqueles com mais de sete anos de escolaridade (CARAMELLI; NITRINI, 2000).



## ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

Em resposta a solicitação para o desenvolvimento do Projeto de Dissertação de Mestrado intitulado: Itinerário terapêutico de idosos com diabetes *mellitus*: o caminho em busca de cuidado, eu **Douglas Kurtz**, responsável pela **Secretaria Municipal de Saúde de Marau (RS)**, autorizo a realização do estudo a ser conduzido pela **Enª Msd Francine Feltrin de Oliveira**, sob orientação da **Profª Drª Enª Margrid Beuter**.

- Fui informado, pelos responsáveis do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.
- Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

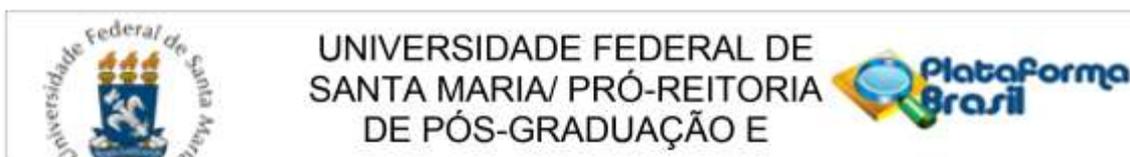
Marau, 14 de dezembro de 2018.

Douglas Kurtz  
Secretário Municipal de Saúde  
PM Marau/RS

Douglas Kurtz  
Secretário Municipal de Saúde



## ANEXO C - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS: O CAMINHO EM BUSCA DE CUIDADO

**Pesquisador:** MARGRID BEUTER

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 04888918.0.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.108.845

#### Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "Itinerário terapêutico de idosos com diabetes mellitus: o caminho em busca de cuidado" e se vincula ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

No resumo do projeto o seguinte texto: "A população idosa no Brasil tem crescido vertiginosamente e como consequência deste processo há um aumento das doenças crônicas não transmissíveis. O diabetes mellitus, requer atenção em pessoas idosas por aumentar o risco de comprometimento funcional, que poderá interferir diretamente em sua autonomia e independência. O cuidado de enfermagem a pessoas idosas com diabetes mellitus, constitui-se em um conjunto de orientações a fim de que, ocorra uma compreensão da necessidade de mudança de comportamento com a finalidade de que o idoso desenvolva capacidade para o autocuidado. Frente a esse contexto, há necessidade do idoso com diabetes buscar cuidados em diferentes cenários. O Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, propõe a interligação de diversos pontos das redes de atenção, envolvendo além dos serviços em saúde, a família e a comunidade, vislumbrando a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado. Descrever como as pessoas idosas com diabetes buscam o cuidado, constitui-se um desafio para a promoção à saúde frente a singularidade de cada indivíduo. O itinerário terapêutico representa o percurso que os indivíduos fazem ao se depararem com um processo de adoecimento. Este estudo será alicerçado na literatura socioantropológica para descrever o percurso adotado pelas pessoas

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

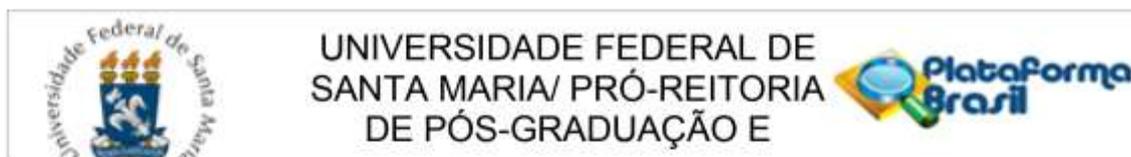
**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.108.845

idosas com diabetes na busca pelo cuidado e tratamento. Desse modo será adotado o sistema de cuidado à saúde proposto por Arthur Kleinman que consiste na interação de três subsistemas: popular, profissional e folclórico. A questão de pesquisa será: qual o itinerário terapêutico realizado pelas pessoas idosas com diabetes na busca por cuidados? A partir desta questão tem-se como objetivo descrever o itinerário terapêutico de pessoas idosas com diabetes mellitus cadastradas em unidades de Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva. O cenário do estudo será duas equipes de Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados ocorrerá no domicílio da pessoa idosa. Os participantes da pesquisa serão 15 pessoas idosas com diagnóstico de diabetes mellitus. Os dados serão coletados no período de fevereiro a abril de 2019, por meio de entrevista semiestruturada gravada. Os dados serão transcritos e analisados conforme proposta operativa de Minayo. Serão respeitados os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, conforme resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde."

O projeto apresenta revisão bibliográfica inicial, cronograma, orçamento e roteiro de entrevista.

**Objetivo da Pesquisa:**

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

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Considerando-se as características do projeto, a descrição de riscos e benefícios apresentada pode ser considerada suficiente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

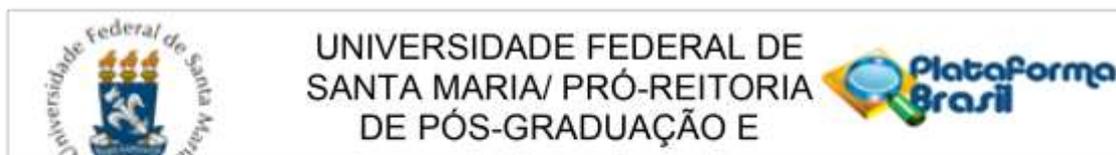
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória podem ser considerados suficientes.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.108.845

DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1277572.pdf	19/12/2018 12:12:39		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	19/12/2018 12:01:21	FRANCINE FELTRIN DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	COMPROVANTE_GAP.pdf	19/12/2018 10:25:53	FRANCINE FELTRIN DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	MARAU_AUTORIZACAO.pdf	19/12/2018 10:24:55	FRANCINE FELTRIN DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DISSERTACAO_FRANCINE.pdf	19/12/2018 10:23:41	FRANCINE FELTRIN DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	19/12/2018 09:52:03	FRANCINE FELTRIN DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.pdf	19/12/2018 09:51:12	FRANCINE FELTRIN DE OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 08 de Janeiro de 2019

Assinado por:  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com