

O SIGNIFICADO PARA O HOMEM IDOSO SER PORTADOR DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO DIABETES MELLITUS

The significance for elderly men of being clinically diagnosed with Diabetes Mellitus

Sônia Maria Garcia Vigeta¹,
Bruna Carolina Machado², Priscilla Nascimento³

RESUMO

Objetivo: Aprender o significado para o homem em processo de envelhecimento com o diagnóstico clínico de Diabetes *Mellitus* (DM). Método: A pesquisa fundamentou-se na metodologia de natureza qualitativa, com a utilização da estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Resultados: As categorias emergentes das narrativas de seis idosos, de 60 a 75 anos, foram agrupadas em três eixos temáticos: o conhecimento sobre DM; a percepção do tratamento e as considerações do DM na velhice. Discussão: Os dados revelaram o significado para o idoso com DM de ter o diagnóstico sendo feito no momento em que aparecem as complicações a longo prazo, principalmente dificultando manter relações sexuais, vida social e trabalho. Conclusões: Ressalta-se a importância de sensibilizar os profissionais da saúde para o reconhecimento precoce do DM, favorecendo a saúde dos homens no envelhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Identidade de Gênero; Saúde do Homem; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) compreende uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seu efeito. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica acompanhada de alterações no metabolismo dos carboidratos,

ABSTRACT

Objective: To understand the significance for an elderly man of the clinical diagnosis of Diabetes *Mellitus* (DM). Method: The research was based on qualitative methodology. We used the methodological strategy of collective subject discourse (CSD), which is based on a theoretical framework of social representation theory. Results: The categories emerging from the narratives of six elderly male participants, who varied in age from 60 to 75 years, were grouped into three themes: knowledge about DM; perception of the treatment; and considerations for diabetes in old age. Discussion: The data revealed the significance for the elderly man with DM, of having the diagnosis being made at the point when the long-term complications of DM have already appeared, especially difficulties in maintaining a sex life, a social life, and a work life. Conclusion: We emphasize the importance of raising awareness among health professionals for the early detection of diabetes, promoting health in elderly men.

KEYWORDS: Gender Identity; Men's Health; Diabetes Mellitus; Primary Health Care.

lipídeos e proteínas.¹

O DM tem sido considerado uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e, conseqüentemente, um problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento.

O padrão atual de concentração de casos de DM encontra-se na faixa etária de 45 a 64 anos, da maturidade

¹ Sônia Maria Garcia Vigeta, doutora. Enfermeira do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. E-mail: smgvigeta@unifesp.br

² Bruna Carolina Machado, enfermeira graduada pela Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

³ Priscilla Nascimento, enfermeira graduada pela Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

para a velhice. No Brasil, estima-se que 11% da população igual ou superior a 40 anos são portadores de DM.¹

A classificação atualmente recomendada de DM é baseada na etiologia da doença e não mais no tipo de tratamento recomendado. Pode-se então classificar DM em quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), diabetes gestacional (DMG) e outros tipos específicos associados a outras condições ou síndromes que são acompanhados por patologias conhecidas ou suspeitas de causar a doença, por exemplo, as doenças pancreáticas e anormalidades hormonais. Tem-se ainda a condição de pré-diabetes, que é classificada como intolerância à glicose prejudicada ou como glicose em jejum prejudicada, quando as concentrações de glicose no sangue situam-se entre os níveis normais e o considerado diagnóstico clínico para o diabetes.¹

O DM2 está presente em 90 a 95% dos casos de DM.² As crescentes incidência e prevalência do DM são atribuídas ao envelhecimento populacional, aos avanços terapêuticos no tratamento da doença, mas, especialmente, ao estilo de vida atual, caracterizado por inatividade física e hábitos alimentares que predisõem ao acúmulo de gordura corporal.³

No processo de envelhecimento humano, ocorrem alterações metabólicas como a elevação da glicemia pós-prandial que, a cada década, desde os 30 anos, aumenta ao redor de 15mg/dl. Essa alteração no padrão metabólico pode ser explicada pela diminuição da massa muscular e o aumento da gordura corporal que acompanha o envelhecimento, promovendo a diminuição da secreção de insulina induzida pela glicose e resistência periférica à insulina.²

Entre outros fatores, encontra-se, na pessoa idosa, o uso de inúmeros fármacos como os estrógenos, diuréticos, glicocorticóides, niacina, fenitoína, simpáticos miméticos e antidepressivos tricíclicos, assim como, situações de estresse que podem exacerbar a intolerância à glicose e precipitar hiperglicemia de jejum.

Dessa forma, na pessoa idosa, pode-se ter o aumento da liberação hepática de glicose e alteração de outros hormônios reguladores, contando, ainda, com a influência genética para o desenvolvimento do DM.²

A educação em DM tem, como objetivo principal, proporcionar às pessoas com esse diagnóstico o conhecimento, habilidades e técnicas para melhor lidar com sua condição, evitando muitas das complicações associadas à doença.⁴

Nos idosos, de um modo geral, deve ser adotada a mesma conduta terapêutica recomendada para os indivíduos com DM adultos, isto é, perda de peso nos casos de sobrepeso ou obesidade, a prática de exercícios físicos regulares e interrupção do tabagismo e outros hábitos não saudáveis.

Quanto à terapêutica farmacológica, as drogas anti-diabéticas são as mesmas, mas com especial atenção para

as contraindicações e para o desenvolvimento de hipoglicemia, muitas vezes pouco sintomáticas na pessoa idosa, podendo provocar complicações mais graves.⁵

Os estudos comparativos sobre o autocuidado com a saúde entre homens e mulheres têm comprovado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres.^{6,7}

Os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem, como consequência, agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.⁸

Portanto, além da questão da idade, o gênero também influencia na adesão ao tratamento, sendo que grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco.

Outro ponto igualmente assinalado é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que os horários de atendimento do serviço de saúde coincidem com os horários de trabalho.⁸

Um dos principais fatores sociais associados à baixa adesão ao tratamento é a pobre comunicação entre o profissional da saúde e o paciente. A linguagem técnica de difícil compreensão, utilizada por muitos profissionais da saúde, e instruções demasiadamente genéricas fornecidas por estes impedem que o portador tenha clareza sobre quais são os comportamentos de autocuidado necessários.⁹

Tendo em vista que a atenção ao DM tem sido predominantemente prescritiva, normatizada e centrada na doença, procuramos, nesta pesquisa, direcionar nosso olhar à experiência de adoecimento vivida pela pessoa idosa portadora de DM e não à doença em si, procurando entender, dessa forma, a percepção do homem idoso ao saber ser portador do diagnóstico de DM e o impacto da terapêutica em sua história de vida.

MÉTODO

Considerando o objetivo do estudo de conhecer o significado para o idoso ao receber o diagnóstico clínico de DM e a vivência da terapêutica na sua história de vida,

percebeu-se a necessidade de ouvir esses homens. A partir dessa proposta, buscou-se um método de investigação segundo uma abordagem qualitativa.

Optou-se pela estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁰ que é fundamentado nos preceitos teóricos da Representação Social (RS).¹¹ O DSC é um método para organizar respostas de questões abertas, por meio de um software, o qual facilita a expressão da representação social coletiva, evidenciada por intermédio das palavras, com a formação dos discursos.¹⁰

A representação social como processo só pode ocorrer em grupos e sociedades onde o discurso social inclui a comunicação tanto de pontos de vista compartilhados, quanto divergentes sobre muitos assuntos. Essa experiência e conhecimentos contraditórios são que habilitam o discurso coletivo que cria o que é chamado de conhecimento ordinário e de senso comum nas sociedades modernas.¹¹

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo, sob o nº 1626/10.

A coleta de dados foi realizada no Centro de Diabetes do Departamento de Endocrinologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). No período de fevereiro a abril de 2011.

Os sujeitos desta investigação foram seis idosos com o diagnóstico clínico de DM2, com idade entre 60 e 73 anos, que concordaram em participar do estudo após serem informados sobre os objetivos, finalidades e formas de divulgação dos resultados. Após esses cuidados, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O número de sujeitos foi definido durante o processo de coleta de dados. Essa escolha fundamentou-se na ideia de que a utilização da técnica de entrevista, em uma pesquisa qualitativa, não requer determinação amostral para a definição dos sujeitos entrevistados, mas depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento. Enquanto perdurar o aparecimento de novos dados, que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas devem continuar a serem realizadas.¹²

Utilizou-se a técnica de entrevista gravada com roteiro de perguntas abertas, na qual o entrevistado teve a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelas pesquisadoras. A duração de cada entrevista foi, em média, de 30 minutos.

Adotaram-se as seguintes questões norteadoras: Quando o senhor recebeu o diagnóstico de DM? O que significou saber ser portador de DM? O senhor já conhecia essa doença? Alguém lhe explicou o que é o DM? Quem? Como o senhor entendeu essa doença e o seu tratamento? Houve mudança nos seus hábitos de vida (alimentação, atividade física e medicamentos)?

Durante a transcrição das gravações, assegurou-se o sigilo acordado com os entrevistados e respeitaram-se os princípios éticos inerentes à pesquisa científica.

Após as transcrições das entrevistas, as respostas foram transportadas para o software do DSC. Para se produzir os DSC, foram necessários, como instrumentos de análise de discurso, quatro figuras metodológicas realizadas sobre o material verbal coletado a seguir definidas.

Expressões-chave (E-ch): são trechos do discurso que foram destacados (sublinhando) com o auxílio do software, em cada resposta, que revelam a essência do conteúdo do discurso. As E-ch são fundamentais para a confecção do DSC.

Ideias Centrais (IC): são expressões linguísticas que revelam, descrevem e nomeiam, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido(s) de cada um dos trechos destacados nas E-ch.

Ancoragens (AC): são como as IC, mas, que na expressão linguística, descrevem as ideologias, os valores, as crenças, presentes no material verbal das respostas individuais.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): é a reunião das E-ch, presentes nos depoimentos, que têm IC e/ou AC de sentido semelhante ou complementar. Essas categorias empíricas dos DSC direcionou a análise dos discursos.

O processo para realizar a análise envolveu três estágios. O primeiro incluiu a leitura rigorosa dos discursos, com anotação das ideias significativas acerca do objeto de estudo. No segundo momento, fez-se a análise crítica dos dados empíricos obtidos nos discursos com base na literatura específica sobre o DM e o processo de envelhecimento. E, no terceiro estágio, classificaram-se e agruparam-se os dados significativos obtidos nos discursos em três eixos temáticos subdivididos em nove categorias empíricas.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Participaram do estudo seis idosos portadores de DM, sendo que três se apresentavam na faixa etária entre 60 a 65 anos, dois idosos, entre 66 a 70 anos e um idoso entre 71 a 75 anos. Esses dados apresentam-se compatíveis com os dados referidos pelo Ministério da Saúde em que, nos países em desenvolvimento, a concentração de casos de DM2 está na faixa etária de 45-64 anos.¹³

Quanto à escolaridade, encontramos três idosos com formação em Ensino Superior e três idosos que não completaram o Ensino Fundamental. Quanto à ocupação atual, cinco homens referiram estar aposentados e um referiu trabalhar como psicólogo, mesmo recebendo a renda financeira da aposentadoria.

Dentro do tema sobre o significado para o homem idoso ser portador de DM, surgiram três eixos temáticos:

falando propriamente do DM; o conhecimento do tratamento do DM; ser homem idoso e portador de DM. Esses temas foram subdivididos em nove categorias empíricas para serem analisadas.

O Diabetes Mellitus

• Como se deu a descoberta do DM

A descoberta da doença foi um fato marcante na vida dos seis entrevistados. Todos souberam datar o fato e/ou contar em que época de sua vida e como foi realizado o diagnóstico, mesmo que não tenha sido recente, como é o caso de quem vem convivendo com o DM há 31 anos.

Os entrevistados apresentaram o DM como uma doença que surge de forma insidiosa e assintomática e, na dependência das dificuldades ao acesso aos cuidados de saúde, é diagnosticada somente após o aparecimento das complicações a longo prazo, como na fala:

“Eu tinha um escurecimento na vista, então eu fui ao médico. Ele fez assim um teste e constatou que eu tinha um diabetes.”

A descoberta da doença ocorre ao acaso em 75% dos casos de DM2 por meio de campanhas públicas, em exames de rotina laboratoriais ou mesmo clínicos. A instalação de complicações, como as cardiovasculares, evidencia-se que o DM2 já estava presente, no mínimo, de 5 a 10 anos sem ser diagnosticado. As complicações que promovem alterações na retina, rins e as neuropatias aparecem aproximadamente após 15 a 20 anos do início do DM2.²

• O reconhecimento do DM como uma doença crônica

Os idosos deste estudo apresentam uma compreensão do DM como uma doença crônica, como um processo que acompanhará a pessoa por toda a vida, o que impõe a necessidade permanente de um bom controle glicêmico associado à capacidade de manutenção com alteração significativa no estilo de vida, como aparecem nos discursos:

“Muda todo o hábito. Então eu tenho muita tontura, muita dor no corpo, nas pernas, principalmente para andar. Então é ruim, mudou muito, do que eu era mudou tudo.”

A pessoa, numa condição de doença crônica, necessita compartilhar esse enfrentamento com a família ou com pessoas próximas desse grupo social primário, pois a situação requer uma aprendizagem para seu enfrentamento e uma readaptação individual e familiar.

“Procuro evitar roda de amigos, porque se você está na roda de amigo, a bebida é incentivada. As pessoas não sabem que aquilo pode te levar à morte.”

Há o entendimento, entre os entrevistados, sobre o significado do tratamento para manutenção do equilíbrio glicêmico no DM como uma terapêutica paliativa por ser uma doença crônica como encontramos no discurso:

“Não até onde eu sei a diabetes é que nem um câncer. A falta de informação atua inconscientemente como um pensamento mágico de que a medicina é curativa, mas não é curativa, é paliativa.”

Reconhecimento do DM como uma doença de importância para a saúde pública.

Nas entrevistas, nota-se que as informações sobre a DM têm sido cada vez mais divulgadas, conhecidas e mais casos diagnosticados. O que pode ser observado no discurso abaixo:

“É uma doença comum que se comenta que não é uma doença contagiosa. Você pode viver sua vida normal em casa certinho, sem separar nada. Porque todo mundo hoje tem diabetes é quase um... Como dizer? A primeira reação eu achava que era coisa de outro mundo, achava que tinha caído o mundo em cima de mim, mas depois a gente analisando com mais frieza, a gente chega à conclusão que é uma doença comum.”

• O DM reconhecido como a doença de castigo pelos exageros

Nesta pesquisa, evidenciou-se que alguns entrevistados se culpam por ter a doença, especialmente pelos exageros cometidos com bebidas, doces e poucas horas de sono nos anos anteriores, como no discurso a seguir:

“Tudo o que você faz de extravagância quando é jovem, quando você fica velho você vê o preço daquilo que você fez. Eu comia muito, bebia, dormia pouco, eu me vangloriava de dormir quatro a cinco horas por noite. A doença, o que eu entendi, é que ela vem dependendo da própria pessoa, do abuso excessivo de bebida, de coisa doce, principalmente abusar de dormir fora de hora. Isso tudo faz essa taxa alta de glicose no sangue.”

• Fatores de risco do DM

Durante as entrevistas, houve referência a dois dos fatores de risco para a DM. Um fator é a obesidade:

“Eu fui gordo e fui premiado (risos). O meu pai tinha 56 quilos, os meus irmãos também, tudo assim. Eu já cheguei a 149 quilos, hoje eu estou com edema nas duas pernas e problemas nos pés.”

O outro fator é a hereditariedade ou história familiar que aparecem nos relatos como fatores determinantes, atuando como facilitadores no entendimento do DM, como se pode perceber no relato a seguir:

“A minha irmã tinha, ela teve na minha idade. Eu estava passando do ponto de ter diabetes também.”

Esse fator aparece também como um entrave para a aceitação do diagnóstico de DM o fato de não ter um familiar com DM:

“Não tinha um membro da família com diabete, não tinha nenhum para cima nem para baixo. Só eu fui o premiado.”

• O conhecimento do tratamento do DM

Os idosos entrevistados revelam, em suas falas, que a importância da adesão ao medicamento e do controle da alimentação são fatores essenciais para a prevenção das complicações do DM.

“O problema é controlar a diabetes porque, sem o controle, ela causa cegueira, causa perda de parte do corpo e se você não controlar direitinho ela mata mesmo.”

À medida que as pessoas vivem mais tempo com o DM, as complicações podem afetar quase todos os sistemas orgânicos e constituem uma causa importante de incapacidade.^{2,3}

• Sexualidade

Nossa cultura frequentemente desencoraja o interesse sexual dos idosos. As emoções e o estresse nas relações sexuais do idoso podem levar à depressão, aumentando o declínio sexual.¹⁴

“Sua vida sexual muda completamente. Acabou, completamente, zero. Eu acho que isso é um pouco da diabetes e um pouco da pressão, não há Viagra® que resolva. Uma das coisas boas da vida é que eu tive que admitir que não dá mais e acabou. Um cara falou para mim: faz cirurgia. Fazer cirurgia para isso nada, deixa isso para lá. Então é isso.”

A impotência ou incapacidade de o pênis de ficar rígido e sustentar uma ereção adequada para a penetração ocorre com mais frequência entre os homens portadores do DM do que na população em geral. Essa incapacidade deve-se à neuropatia diabética e pode estar relacionada ao uso de medicamentos como os agentes anti-hipertensivos, fatores psicológicos e outras condições médicas.¹⁴

• Os cinco componentes do tratamento do DM

A principal meta do tratamento de DM é normalizar a atividade da insulina e os níveis glicêmicos para reduzir o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas.

Neste estudo, consideramos os cinco componentes do tratamento referendados pelo Relatório do Diabetes Care⁽¹⁵⁾: terapia nutricional (dieta), exercício, monitorização, terapia farmacológica (medicamentos) e educação.

• Terapia nutricional

São necessárias mudanças nos hábitos alimentares do portador de DM, como diz o discurso:

“A questão é mudar o hábito de viver que muitas coisa que a gente fazia, vai deixar de fazer, muitas comidinhas gostosas que você gostava de comer, pode comer, mas com moderação. A cervejinha vai ter de beber só um pouquinho, se possível nunca.”

A base do tratamento do DM é constituída pela nutrição, o planejamento das refeições e o controle do peso. O objetivo dessa terapia é o controle da ingestão calórica total a fim de atingir e/ou manter um peso corporal razoável, manter normalizados os níveis glicêmicos, lipídicos e a pressão arterial.⁽¹⁵⁾ Encontramos, entre os entrevistados, conhecimentos de hábitos alimentares saudáveis, como no discurso:

“Eu aprendi a me alimentar. Eu falo que Deus é bom comigo. Houve umas inversões que me beneficiaram. A minha alimentação básica hoje é fruta. Eu levantei hoje cedo, comi uma banana prata, tomei os remédios e vim para cá. Antigamente eu tinha que comer um lanche grande, reforçado, agora não. Ah! Sim parei de comer doce, por exemplo. De tudo, não é nada dramático. Eu, basicamente, como de tudo, algumas coisas eu reduzi 90 %.”

As mudanças de hábitos alimentares regionais causam incômodo, como o demonstrado:

“Teve com a comida, os médicos falaram, não come isso. Sabe como é? Não pode mais comer doce, aquela coisa nordestina, buchada, mocotó, tanta coisa que a gente tem que deixar doce, cocada, rapadura, batida.”

É reconhecida pelos entrevistados a importância de fracionar as refeições durante o dia:

“Porque na casa da gente você toma café de manhã, quando dá umas 10 horas você come uma banana, come um pedaço de fruta, ou você come duas bolachas. E eu faço isso, eu não deixo um espaço grande entre uma refeição e a outra. Eu, no meio das refeições, como uma fruta. Eu tinha problema de câibra que era horrível, eu descobri que a banana prata e a laranja tem muito potássio.”

Verificamos as dificuldades quanto à convivência social por hábitos alimentares diferenciados, como no caso:

“É difícil, principalmente quando você vai viajar na casa dos outros, tem que comer o que eles colocam na mesa. Procuro evitar frequentar o bar, eu gostava muito de ir para o bar.”

• Exercício Físico

Os exercícios físicos só foram relatados quando foram questionados. Os entrevistados resumem a atividade física à caminhada:

“Eu não sou muito disciplinado, porque tem chovido muito e andar na chuva não dá. Mas normalmente eu faço uma caminhada de 40 a 45 minutos.”

O exercício é extremamente importante por ter um efeito de redução da glicemia e dos fatores de risco cardiovasculares. Ele é o responsável pela captação de glicose pelos músculos corporais, melhorando a utilização da insulina. Também é através da atividade física que se aumentam os níveis de lipoproteínas de alta densidade e diminuem-se os níveis de colesterol total e triglicerídeos. Além disso, o treinamento de resistência pode aumentar a massa magra, aumentando a taxa metabólica em repouso.^{2,15}

• Monitorização glicêmica

Nos discursos, encontramos a monitorização glicêmica sendo confundida com a avaliação periódica, como no discurso:

“O tratamento você tem que fazer os exames periódicos, para saber como está evoluindo a sua diabetes. Para saber

se não tem nenhum problema maior.”

A monitorização da glicemia é fundamental no tratamento do DM. O empoderamento desse paciente depende da sua automonitorização, da compreensão do tratamento, do aprendizado de como responder aos resultados encontrados:

“Eu passava para a médica toda manhã os valores da glicemia. Ela falava: muda o horário da medicação. Foi assim que consegui dar uma controlada.”

• Terapia farmacológica

A polifarmácia mostrou-se presente nesses idosos, uma vez que os mesmos tomam vários medicamentos prescritos, correndo o risco de acontecer interações medicamentosas:

“É muito remédio. Tem um que está me fazendo mal, e eu não consigo descobrir qual é. Porque eu tomo todos eles juntos. E dá muita tontura.”

Os medicamentos são valorizados pelos idosos participantes deste estudo, sendo considerada peça fundamental no tratamento do DM, como no discurso:

“Eu tenho um parente que descobriu a diabete e parou de tomar os remédios. Não durou um ano. O pessoal fala muito que o tratamento do diabetes é necessário. Então, assim, tomo direitinho todos os remédios.”

A insulina pareceu estar associada a um pior prognóstico do DM de acordo com os entrevistados, sendo preferível o uso da medicação oral:

“Eu já discuti com o médico uma vez e falei: por que o senhor não passa um remédio para ele (pâncreas) funcionar e não precisar tomar insulina. Ele não soube nem me responder. Ele enrolou, enrolou e não me respondeu. A doutora Janaína, ela que me tirou da insulina, eu queria agradecer a ela.”

Pacientes tratados com medicamentos orais e não com injeções de insulina tem a impressão de que o seu DM não precisa de orientação não farmacológica como tratamento.²

• Educação em saúde

O DM2, por se manifestar na vida adulta, período em que a pessoa já tem hábitos bem estabelecidos, a mudança torna-se um desafio para toda a família.^{16,17} Toda a equipe

de saúde desempenha um papel importante na compreensão de como acontecem as relações familiares e no envolvimento dessa família no cuidado com o portador de diabetes. Um vínculo efetivo desses profissionais com o paciente favorece a comunicação e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento:

“Através do acompanhamento, os médicos do posto e as enfermeiras foram passando pra mim o que é a diabetes, como é que ela surge e, assim, eu fui sabendo e convivendo com ela.”

O profissional de saúde deve estar atento à comunicação verbal e à não-verbal de seus pacientes. A comunicação verbal é aquela associada às palavras expressas, por meio da linguagem escrita ou falada. A não-verbal está associada às expressões do rosto, do corpo e a tudo que não for associado a palavras que pode resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber, com maior precisão, os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização.⁹

Os entrevistados sentem-se inseguros sobre seus conhecimentos sobre a doença, mas todos afirmaram terem sido informados em algum momento sobre o DM:

“De ouvir falar, não direito porque quando não é com você, você ouve, mas não presta atenção.”

Existe ampla divulgação de informações sobre o DM e, nos discursos, aparecem diversas fontes de informações, como no discurso a seguir:

“Há muito tempo, bem antes de eu ter diabetes. Durante uns tempos eu trabalhei numa gráfica, eu era tipógrafo e imprimia uma revista sobre diabetes. O editor costumava dizer o seguinte: adquira uma doença dessa e viva bem para o resto da vida. Claro! Desde que cuide.”

A forma como é realizada a educação em diabetes influencia extremamente na forma como será a doença será aceita, como o verbalizado:

“Diabetes é uma doença que não é curável, mas que tem como você controlar. O senhor sabendo conviver com ela, vai levar sua vida normal. Mas, se você não souber conviver com ela, ela é traiçoeira, ela pode levar você antes do tempo.”

Considerações dos idosos sobre a DM em suas vidas

• Aceitação do DM na velhice

Nas entrevistas, percebe-se que existe uma aceitação

da DM diagnosticada na velhice, muitas vezes relacionando-a à desvalorização da pessoa idosa e ao “fim da vida”.

A velhice é geralmente vista como uma etapa de perdas, fragilidades e ausência de produção, gerando a criação de mitos e preconceitos.¹⁴ Tem-se dificuldade em lidar com diferenças e com o fato de que se é portador de alguma necessidade “especial”, em algum momento da vida e, principalmente, quando se envelhece.¹⁸ Como podemos observar na fala:

“Ela alterou/mexeu com algumas coisas na minha vida, mas um cara de 65 anos, o que eu tinha pra fazer eu já fiz há muito tempo.”

Em conseqüência de se conceber o envelhecer e o adoecer como incapacidade, há, no idoso, um processo, ainda mais profundo do que na população em geral, de subjugação à doença, de “ser-paciente” e entregar-se nas mãos dos médicos e familiares. Mesmo assim, há importante variabilidade de situações, principalmente quanto aos aspectos psicológicos, sociais e culturais que implicam diferentes modos de vida e de aceitação das perdas ou vantagens do envelhecimento.¹⁸

Aparece, nos discursos, a fala de que, com o envelhecimento, vem a experiência:

“Eu fui ao médico, e era um médico assim, bem de idade, ele olhou assim para minha cara, viu minha perna e disse assim você está com diabetes.”

E o autoconhecimento:

“Você sente que de repente a sua vida parou. Você precisa de um tempo para poder digerir. Você precisa arrumar outro caminho.”

• DM, homem idoso e o trabalho

Um ponto importante, presente nos discursos de nossos sujeitos, foi a representação do trabalho em suas vidas, o fato de serem homens e serem vistos como provedores do sustento da família o que dificulta o entendimento da percepção da doença.

Na sociedade, relaciona-se saúde com capacidade laboral, sendo que, por vezes, estar doente significa não poder exercer atividades. Um dos discursos demonstra a importância do corpo como gerador de produção:

“Se o pâncreas não serve para nada, vamos tirar ele fora. Eu, do meu ponto de vista, faria um tratamento para recuperá-lo.”

Em outros discursos, apresenta-se a impossibilidade do trabalho por causa do DM:

“Eu achava que era bacana, eu trabalhava num serviço, arrumava outro. Eu estava saindo para trabalhar, mesmo aposentado, mas agora parei por causa da diabetes, muda muito com a diabetes, de uma hora para outra.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de DM no homem idoso continua acontecendo após a instalação das complicações clínicas. Quanto ao conhecimento sobre o DM, observou-se que as dúvidas permanecem mesmo após anos da introdução do tratamento.

Quando nos referimos à descoberta do DM entre os idosos entrevistados, pudemos perceber a presença da percepção do estar em processo de envelhecimento e ter o diagnóstico de DM. Apresentam as mudanças em seus hábitos, nessa fase da vida, como um processo de luto mesmo que o tratamento da DM seja, atualmente, bastante divulgado. Mas reconhecem que, juntamente com o envelhecimento, vem a experiência pelo tempo de vida e ressaltam a questão do autoconhecimento.

Os idosos referiram ter acesso às informações sobre DM mesmo não sendo através dos profissionais de saúde. Souberam reconhecer fatores de risco, mas se sentem inseguros quanto aos seus conhecimentos.

Sobre a percepção dos cinco componentes do tratamento do DM, encontramos uma maior adesão às terapias nutricional e farmacológica, sendo pouco sensibilizados na questão dos exercícios físicos, apresentando dúvidas sobre monitoramento glicêmico, fatos esses que caracterizam falhas no processo educativo em saúde do idoso portador de DM.

O resultado de maior relevância, em nosso estudo, relacionado à questão de gênero no processo educativo, foi a importância que o trabalho apresenta na vida do homem idoso e o impacto do diagnóstico do DM sobre o mesmo. É preciso que se desenvolva um olhar multidisciplinar, especialmente do profissional de saúde que atua na área da saúde do trabalhador, por meio dos programas de preparação para a aposentadoria, ressaltando a importância do diagnóstico precoce e a implementação do tratamento não farmacológico na fase de pré-diabetes. Dessa forma, estaremos retardando a instalação do DM.

Ao receber o diagnóstico de DM, a pessoa entende que o tratamento interfere na sua rotina, choca-se com as atividades sociais relacionadas com o comer e beber, alterando seu estilo de vida, tendo que mudar comportamentos e hábitos.

Na ação educativa ao idoso, é preciso levar em consideração as suas limitações, focalizar a atenção no tempo presente sem pretensões de discutir planos futuros. Ficou nítida a necessidade de uma linguagem clara e acessível para que ele realmente compreenda sua doença e seu tratamento. Ressaltamos, nos discursos, o quanto é importante direcionar a assistência para o paciente idoso a partir de atitudes, gestos, olhares, linguagem e toque.

REFERÊNCIAS

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2009. Classificação etiológica do diabetes mellitus. Itapevi, SP. [Citado 2012 mar. 21]. Disponível em: <www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf>.
2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, organizadores. Histórico e cuidados aos pacientes com Diabetes Mellito. In: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p.1158-214.
3. Ferreira SRG. Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. Diabetes na prática clínica. 2011. [Citado 2012 mar. 21]. Disponível em: <<http://www.diabetesebook.org.br/modulo-1/2-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>>.
4. Forti AC, Façanha C, Câmara G. A educação em diabetes e a equipe multiprofissional. Diabetes na prática clínica. 2011. [Citado 2012 mar. 21]. Disponível em: <<http://www.diabetesebook.org.br/modulo-3/23-a-educacao-em-diabetes-e-a-equipe-multiprofissional>>.
5. Heleno MG, Malerbi FEK. Aspectos psicológicos no controle do diabetes mellitus. Diabetes na prática clínica. 2011. [Citado 2012 mar. 21]. Disponível em: <<http://www.diabetesebook.org.br/novo/modulo-3/26-aspectos-psicologicos-no-controle-do-diabetes-mellitus>>.
6. Favorito LA, Nardi AC, Ronalsa M, Zequi SC, Sampaio FJB, Glina S. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. Int Braz J Urol. 2008; 34(5): 587-93.
7. Laurenti R, Jorge MHPdeM, Gotlieb SLD. Epidemiological profile of men: morbidity and mortality. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(1):35-46.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção integral à Saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

9. Silva MJP. A comunicação na área da saúde. In: Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 7ª ed. São Paulo: Loyola; 2010. p.16.
10. Lefevre F, Lefreve AM. O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Rio Grande do Sul: EDUCS; 2003. p.256.
11. Moscovici S. Representações sociais: investigação em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes; 2003. p.404.
12. Bauer M, Aarts B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. 7ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2008. p.39-63.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
14. Büchele F, Oliveira AS, Pereira MD. Uma revisão sobre o idoso e sua sexualidade. Interface. 2006 jan/jun; 3(1):131-43.
15. American Diabetes Association. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diab Care. 2002; 25(supl.1):5-20.
16. Caixeta CC. As relações familiares e o processo de adoecimento em diabetes tipo 2 [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
17. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. Rev APS. 2009 abr./jun;12(2): 221-7.
18. Garcia MAA, Odoni APC, Souza CS, Frigério RM, Merlin SS. Idosos em cena: falas do adoecer. Interface. 2005 set/dez; 9(18): 537-52.

Submissão: abril/2012

Aprovação: março/2013
