

JANINE VALÉRIA SILVA TENÓRIO FARIA

**O CONTEXTO FAMILIAR DE PORTADORES DE DIABETES  
TIPO 2 NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso  
de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção  
do Certificado de Especialista

Campos Gerais, MINAS GERAIS  
2011.

JANINE VALÉRIA SILVA TENÓRIO FARIA

**O CONTEXTO FAMILIAR DE PORTADORES DE DIABETES  
TIPO 2 NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de  
Especialização em Atenção Básica da Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais,  
para obtenção do certificado de Especialista

Orientadora: Prof. Adriana Flávia Braga Marques

Banca examinadora  
Prof. Adriana Flávia Braga Marques  
Prof. Kleide Ventura de Souza

Aprovado em Belo Horizonte, 16 /04 /2011

## RESUMO

A hiperglicemia crônica do diabetes causa um grupo de alterações metabólicas associadas com doença prolongada, disfunção e falência de vários órgãos. O impacto emocional e social causado pelo cuidado e a demanda por terapia especializada podem causar desgaste psicossocial no paciente e seus familiares. Por outro lado, a atenção à saúde a cerca de 70% da população brasileira que é atendida pelo SUS interage consigo mesma por meio das equipes multiprofissionais e com outras entidades numa rede dinâmica de interdependências, interações e influências mútuas. É no contexto cultural que se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças que também permeiam o cuidado com a saúde. O objetivo deste trabalho foi conhecer as relações sociais dos diabéticos, de seus familiares e o apoio social que recebem dentro de seu contexto de vida cotidiana. Foi realizada revisão narrativa, utilizando descritores com objetivo de ampliar a pesquisa bibliográfica. Dentre os diabéticos, a maior parte das representações de saúde é relacionada com a capacidade de trabalhar. A intervenção da família pode ser benéfica ou maléfica e estabelecer fatores de risco ou de proteção. O medo e o sofrimento em decorrência de indicativos da gravidade da doença e do risco de morte entre os familiares foram significativos. As famílias sabem pouco sobre como se adequar a esta realidade de doença crônica. Os familiares relataram conhecer parcialmente quais eram as causas do diabetes. Considera-se que o conhecimento científico específico sempre atualizado deve considerar a multicausalidade das diversas seqüelas, comorbidades e complicações do *diabetes mellitus*. Na atenção primária à saúde não é possível separar a doença da saúde assim como a pessoa do ambiente em que vive ou do seu território devido à forte ligação entre saúde, doença e personalidade, entre estilo de vida, ambiente físico e relações humanas. A família é o local mais importante nestes desenlaces.

Palavras chave- diabetes mellitus tipo 2, família, rede social.

## ABSTRACT

The chronic hyperglycemia of diabetes is a group of metabolic abnormalities associated with prolonged disease, dysfunction and failure of various organs. The emotional and social impact caused by the care and the demand for specialized therapy can cause wear on psychosocial patient and his family. Moreover, the attention about health about 70% of the Brazilian population served by the SUS and interacts with itself and other entities on the network dynamics of interdependencies, interactions and mutual influence. And in a cultural context that articulate the conflicts and concessions, the traditions and the changes that also permeate the health care. The aim of this study was to understand the social relations of diabetics, their families and social support they receive within the context of their everyday life. Narrative literature review was performed using descriptors. Among diabetics, the majority of health representations related to the ability to work. A family intervention can be beneficial or detrimental and to establish risk factors or protective. The fear and suffering in result indicative of the severity of illness and death risk among family members were significant. The families know little about how to fit this reality illness. Family members reported knowing only partially what were the causes of diabetes is considered that the specific scientific knowledge to date and should consider the multiple causes of the various consequences, comorbidities and complications of diabetes mellitus. It is considered that the specific scientific knowledge to date and should consider the multiple causes of the various consequences, comorbidities and complications of diabetes mellitus. In primary care one can't separate the disease from the person's health or the environment or living on their territory because of the strong link between health, illness and personality between lifestyle or environment. The family is the most important place in these outcomes.

Keyword- type 2 diabetes mellitus, family, social network.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	pg 07
1.1 Justificativa.....	pg 07
1.2 Atenção básica à saúde .....	pg 11
1.3 A influência da cultura no processo saúde/agravo.....	pg 13
1.4 A influência da cultura nas famílias .....	pg 15
1.5 Suporte social e cuidado saúde agravo.....	pg 17
2. OBJETIVOS .....	pg 19
3. MÉTODOS .....	pg 21
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	pg 23
4.1 Representações do diabetes e contexto familiar.....	pg 23
4.2 Discussão de resultados .....	pg 25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	pg 29
6. REFERÊNCIAS .....	pg 31



## INTRODUÇÃO

### 1.1 Justificativa

Segundo o International Diabetes Federation – IDF (2010), *Diabetes mellitus* é um grupo de alterações metabólicas caracterizado por hiperglicemia resultante do defeito na secreção e/ou ação da insulina. A hiperglicemia crônica do diabetes está associada com doença prolongada, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Vários processos patogênicos estão envolvidos no desenvolvimento do diabetes, desde a destruição auto-imune das células beta-pancreáticas, com conseqüente deficiência de insulina, até as alterações que resultam na resistência insulínica. A base na alteração do metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas no diabetes é a ação deficiente da insulina nos tecidos alvo. O diabetes é uma desordem metabólica caracterizada, primeiramente, pela elevação dos níveis de glicose sérica e por complicações micro e macrovasculares progressivas que aumentam substancialmente a morbimortalidade associadas à doença reduzindo a qualidade de vida (BRASIL, 2006). A grande maioria dos casos de diabetes pertence a duas grandes categorias etiopatogenéticas. No diabetes tipo 1 a causa é uma absoluta deficiência de secreção de insulina. No diabetes tipo 2, muito mais prevalente, a causa é a combinação de resistência à ação da insulina pelas células e uma inadequada resposta produzida pela insulina nos tecidos corpóreos. (IDF, 2010).

Os pacientes com ou em risco de *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) têm, normalmente, mais que 40 anos de idade e, frequentemente, se encontram em grupo com outras características clínicas e bioquímicas. Entre essas estão a obesidade central, a hipertensão arterial, a dislipidemia (triglicerídeos elevados, colesterol HDL reduzido e aumento do colesterol-LDL de baixa densidade), um estado pró-coagulante, a disfunção endotelial e o elevado risco para morbidade cardiovascular prematura. A predisposição surpreendente dos pacientes DM2 para doença cardiovascular, mesmo antes do desenvolvimento de uma hiperglicemia significativa, pode ser o resultado de efeitos combinados de manifestações da síndrome metabólica na vascularização. O histórico familiar é comum, embora o padrão hereditário dessa doença seja complexo e passível de ser poligênico. (INZUCCHI, 2007). Outro aspecto relevante é o impacto emocional e social causado pelo cuidado e a demanda por terapia especializada (médicos, exames, medicamentos, modificações no estilo de vida) que podem causar desgaste psicossocial no paciente e seus familiares. (ALBERTI, 2007).

Entre as complicações, a retinopatia diabética é a causa mais freqüente de novos casos de cegueira nos adultos entre 20 e 74 anos de idade. Nas duas primeiras décadas da doença, em mais de 60% dos diabéticos tipo 2, já está instalada a retinopatia. Outras complicações comuns e muito temidas são as lesões de pele com formação de úlceras e amputações. O risco de várias situações de morbi-mortalidade ocasiona piora do quadro clínico, desgaste emocional e alto-custo financeiro para os diabéticos. O reconhecimento e tratamento precoce dos fatores de risco para as complicações podem prevenir ou evitar seu aparecimento, entretanto, sua maior incidência acontece naqueles que têm mais de 10 anos de diabetes, em homens, e naqueles com precário controle glicêmico ou complicações cardiovasculares, retinopatias ou nefropatias já instaladas. (IDF, 2010).

Os sintomas da hiperglicemia descompensada são: poliúria, polidipsia, perda de peso, algumas vezes polifagia e visão borrada. A cetoacidose e a hiperglicemia hiperosmolar são as duas mais sérias complicações metabólicas agudas do diabetes tipo 1 ou 2 (IDF, 2010). A hipoglicemia é definida pela presença de sintomas adrenérgicos (palidez, sudorese, taquicardia, náusea, ansiedade e fome) que ocorre com valores de glicemia menores que 50 a 60 mg/dL, ou pela alteração das funções cognitivas (alterações de comportamento, visão borrada, ansiedade (ou terror), cefaléia, hemiplegia, afasia, hipotermia, coma e convulsões), observada com valores inferiores a 50 mg/dL (IDF, 2010). A incidência de grandes eventos hipoglicêmicos acomete 2,3% dos pacientes por ano naqueles que recebem insulinoterapia (BERTONI, 2002).

A magnitude do diabetes tem despertado atenção por ter sido a causa mais comum de doença renal terminal nos Estados Unidos e Europa. Alguns motivos descritos foram: 1) a incidência de diabetes, particularmente tipo 2, tem aumentado; 2) os diabéticos vivem mais; 3) os diabéticos com doença renal terminal são rapidamente integrados ao tratamento mais adequado. Nos Estados Unidos a nefropatia diabética corresponde a 40% dos casos de doença renal terminal, seu custo em 1997 chegou a \$15,6 bilhões. Aproximadamente 20-30% dos diabéticos tipo 1 ou 2 evidenciam sinais de nefropatia, principalmente no diabetes tipo 1. Mas, com o aumento da incidência de diabéticos tipo 2, cerca de metade dos pacientes em diálise são deste grupo.

Outro aspecto a ser considerado foi evidenciado em estudo agregado envolvendo 148.562 diabéticos, cuja conclusão foi a de que diabetes está associado com excesso de mortalidade entre os idosos nos Estados Unidos, especialmente naqueles com 85 anos ou mais; as principais causas de morbidade são infarto do miocárdio e acidentes vascular cerebral; todas as complicações relatadas aumentam com a idade. (BERTONI, 2002).

No mundo, existiam 246 milhões de diabéticos em 2007. Esta é, atualmente, das maiores doenças não transmissíveis no mundo. Diabetes está entre o quarto e quinto lugar como causa de morte nos países desenvolvidos e há evidências de ser epidêmica nos países em desenvolvimento. Complicações como doença coronariana e doença vascular periférica, acidente vascular cerebral, neuropatia diabética, amputações, falência renal e cegueira resultam em aumento da dependência, reduzem expectativa de vida e causam enorme gasto financeiro para toda a sociedade. Diabetes será com certeza um dos maiores problemas de saúde do século 21 (IDF – FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, em pesquisa multicêntrica realizada em oito capitais brasileiras, no período de 1986 – 1988, a prevalência de diabetes mellitus nas faixas etárias de 40-49 anos; 50-59 anos e 60-69 anos eram, respectivamente de 5,5%; 12,7%; 17,4%. Neste estudo foram constatados dados expressivos como: 22,3% dos diabéticos detectados não faziam nenhum tipo de tratamento; entre as causas de morte, 35% são devidas a infarto e 22% causadas por AVC (acidente vascular cerebral). Em 2004 o diabetes já ocupava o 4º lugar no rol de causas de mortalidade (BRASIL, 2006). Seu impacto no Brasil fica evidente nos últimos anos através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 1998, quando Lima-Costa (2003), encontrou que dentre os idosos, 69,0% declararam ser portadores de ao menos uma doença crônica, sendo 10,3% portadores de *diabetes mellitus*.

Já é amplamente conhecido que pacientes com diabetes devem tomar uma série de decisões diariamente envolvendo nutrição, prática de atividades físicas, medicamentos, monitoramento da glicose sérica e controle do estresse. Estes pacientes devem ter uma interação efetiva com serviço de saúde, seus familiares, amigos e padrões para garantir o suporte necessário diário. O estímulo ao autocuidado é uma importante meta a ser alcançada na educação para o diabetes (ANDERSON, 2000). As mudanças no comportamento e no estilo de vida com objetivos mais saudáveis são a chave do sucesso do próprio cuidado do diabético, portanto o conhecimento e a capacidade para fazer as escolhas adequadas podem facilitar a mudança de comportamento pessoal e reduzir o risco de complicações. O processo de educação visando o conhecimento do diabetes deve ser adequado para portadores, cuidadores e profissionais da saúde, tendo como meta prevenir ou amenizar as complicações da doença. Mensing, (2006), considera que o método educativo que tem conotação de estabelecer novo estilo de vida sem avaliar a própria percepção do diabético tem mostrado alcance restrito. As modalidades de tratamento têm sido cada vez mais eficientes, mas a sua eficácia avaliada junto aos usuários deve ser permanente.

Diante desse contexto, parece ser necessário e oportuno questionar: Como é a relação entre as pessoas portadoras de diabetes mellitus e seus familiares? Como todas estas pessoas estão vivendo e convivendo com esse agravo à saúde?

## 1.2 Atenção básica à saúde

Cerca de 70% da população brasileira é atendida pelo SUS, que tem como prioridade a atenção básica em saúde. Este serviço caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual ou coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações. (PORTARIA 648/06). A promoção da saúde é a ação de: promover a vida e os direitos dos cidadãos que compartilham possibilidades para que todos possam viver seus potenciais de forma plena, é perceber a interdependência entre os indivíduos, organizações e grupos populacionais e os conflitos decorrentes desta interação. A cooperação, a solidariedade e a transparência como práticas sociais correntes entre os sujeitos precisam ser reconhecidas e urgentemente resgatadas. A promoção da saúde é uma imposição das circunstâncias atuais. (AKERMAN, BOGUS e MENDES, 2004).

O modelo técnico assistencial para a saúde depende menos de normas gerais, e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. É um lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem de forma interessada, isto é, de acordo com projetos próprios, sejam estes de uma dada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa um certo espaço de trabalho e conforme as diversas motivações. É um lugar de permanente tensão na medida em que os interesses podem ser diversos e, como é um espaço de produção, há o encontro de diferentes vontades, como os dos próprios trabalhadores, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros (MERHY, 2003).

Neste espaço, o profissional da saúde também tem seus interesses e graus de liberdade para a ação. A capacidade para perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, inclusive do diabetes, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, quanto coletivos, contextualizando, sempre, o indivíduo em seu meio ambiente é fundamental para a boa atenção. O profissional deve estar voltado à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença e, basicamente, por meio do trabalho interdisciplinar. Dessa maneira, a atuação em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sob a estratégia Saúde da Família deve ser nos fatores que alteram o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo a saúde em seu sentido mais abrangente. Para tanto, deve sempre buscar conhecer detalhadamente a

realidade das famílias que moram na área de abrangência, incluindo seus aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais. Cabe ao profissional de saúde, além da técnica satisfatória, também, identificar os problemas de saúde prevalentes na área de sua abrangência e, construir, junto com as famílias, um diagnóstico psicossocial que detecte situações de vulnerabilidade familiar. (SILVESTRE, 2003).

### **1.3 A influência da cultura no processo saúde/agravo**

A sociedade, nas diversas épocas, atribuía à medicina e aos médicos e, posteriormente a todos os profissionais envolvidos no cuidado e assistência à saúde, as funções de tratar, consolar, iludir, controlar, prevenir, educar e combater as doenças. Mudam as formas de organização, os métodos científicos e os instrumentos para atingir o objetivo ao longo do tempo. Não o fim, mas a natureza do fenômeno que se quer controlar. Além disso, mudam o conhecimento e os valores científicos, e evolui a cultura geral. Também “muda o poder, e com ele o juízo de valores dos homens”. A doença será diferente se for julgada pela própria pessoa ou por parentes ou amigos (BERLINGUER, 1988).

O conceito de saúde é ampliado quando se leva em consideração a cultura e realidade social locais. Ou seja, é no contexto cultural que se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças que também permeiam o cuidado com a saúde (MINAYO, 2007)

Por outro lado, as famílias estão inseridas numa cultura onde o passado é lembrado pelas pessoas na condição do presente. A cultura, manifestada por meio de sentimentos e os significados, explicações e tratamentos pode definir padrões e possibilidades futuras. A cultura também define perspectivas de como a memória vai guiar as lembranças do passado em resposta a uma doença e aos cuidados de saúde adquiridos associando-a ao futuro (PERES, 2008; GARRO, 1995). O gerenciamento da condição de saúde é influenciado por fatores do indivíduo, do próprio diabetes e do contexto imediato e mais amplo envolvendo um processo de aprendizagem visando sentir-se física e mentalmente bem (BARSAGLINI, 2008).



#### 1.4 A influência da cultura nas famílias

Atualmente, devido aos inúmeros estilos de vida, fica difícil definir família, mas ela é ainda considerada o núcleo primário, promotor do suporte emocional, social e psicológico indispensável às crianças, aos adultos e idosos (GOLDIM, 2003). Conforme Figueiredo (2005), os conflitos e mudanças advindos da família contemporânea, geram muitos e diversificados modelos. Estas famílias devem adaptar-se social, econômica e tecnologicamente, assim como modificar sua forma de constituir-se, manter-se ou estruturar-se diante da dinamicidade do dia a dia. Nas relações sociais, familiares ou não, as necessidades que cada sujeito busca afloram. Numa interação em que as pessoas são mais íntimas e próximas fica mais evidente que estejam interessadas em ser aceitas, ouvidas e compreendidas.

Múltiplas interações são desenvolvidas em forma de micropolíticas, na dinamicidade do cotidiano das pessoas em torno de um núcleo familiar. Os membros da família são vinculados uns aos outros, apesar de não terem sido escolhidos, salvo as situações de casamento e adoção. As relações de parentesco se baseiam, além do afeto, em relações biológicas, políticas e históricas e não em cláusulas contratuais. Os irmãos têm vínculos biológicos entre si e com seus pais que em muito ultrapassam os limites de uma simples amizade. Outros membros das famílias se agregam devido a novos vínculos que se estabelecem, através de relacionamentos afetivos, como por exemplo, em casamentos. Pessoas de famílias biológicas diferentes passam a constituir novas histórias compartilhadas, trazendo consigo todos os seus vínculos prévios, que podem facilitar ou dificultar o seu próprio relacionamento. Mesmo em situações onde por questões de violência ou traição rompem-se os vínculos sociais e afetivos entre membros de uma família, vínculos morais permanecem. (GOLDIM, 2003).

Assim, é possível inferir que é essencial compreender a família como a mais constante unidade do processo saúde/agravo para seus membros pelas suas características próprias de proximidade e convivência, (SILVA, 2009).

Por outro lado, nos países em desenvolvimento, os idosos que precisam de assistência vão para a casa de parentes ou instituições. Esta mudança de vida pode ser a diferença entre uma interação social positiva em arranjos familiares que não escolheu estando, nesta situação, sujeito ao risco de isolamento social e pior saúde. Outro aspecto a ser observado é a proximidade dos parentes, que pode ser positiva ou não (WHO, 2002). É a família que ainda

está profundamente implicada na preservação da saúde e em seus cuidados: prestar atenção a estados corporais é uma atividade que diz respeito a relacionamentos fundamentais (HERZLICH, 2004). Estas interações negativas podem ser mais prováveis entre membros de uma família do que entre amigos (KARUZA, 2002).

Nesses termos, é significativo compreender a instituição familiar e sua rede de relações social e cultural, visto que a família convive baseada em uma relação de trocas, e que possui por significado uma representação socialmente construída, a qual direciona a sua dinâmica. Assim, por meio de seus membros, ela transforma a cotidianidade da vida em algo concreto, palpável, mensurável, mediado pelos significados construídos pelas interações compartilhados nos contextos socioculturais em que faz parte, significados estes que são acionados por cada um para explicar sua própria experiência. (MATTOS, 2009)

A família desenvolve potencialmente a capacidade de restauração e manutenção da saúde, desenvolvendo papel ativo no cuidado. Ela pode também, ter conduta de desatenção e até mesmo de rejeição em relação ao seu membro doente, principalmente, quando essa situação se estende por muito tempo, levando o cuidador ou o membro familiar mais próximo à exaustão (SILVA, 2009).

### 1.5 Suporte social e cuidado saúde agravo

Suporte social é definido como os recursos gerados por outros. Um apoio social diminuído está relacionado diretamente com resultados negativos na estabilidade e manutenção da saúde. (KARUZA, 2002). A família, seu entorno e a comunidade são responsáveis pelo apoio informal. O serviço de saúde faz parte do apoio formal.

O(s) familiar(es) que proporciona(m) o suporte social nas mais diversas formas (apoio econômico, financeiro, compreensão, apoio psicológico, apoio emocional e outros) aos diabéticos parece(m) moderar o impacto de suas ações de formas complexas. Pode ser altruística ou baseia-se em trocas. A associação entre o tamanho da rede de apoio social, principalmente familiar, de uma pessoa e sua saúde não é linear porque as percepções subjetivas acerca da adequação e satisfação com a influência do apoio social influenciam sua eficácia. A tendência familiar que prevalece na sociedade tende à solidariedade intergerações e o contato entre adultos mais velhos e crianças. Por outro lado, os relacionamentos de suporte familiar podem apresentar um lado negativo se outros relacionamentos significantes se tornarem críticos e necessários, como é o caso das doenças. A importância da família fica esclarecida ao se considerar que vários comportamentos adquiridos pela doença envolvem, são estabelecidos ou são padronizados pela família ou pessoas que compartilham a mesma residência. A família incorpora maior poder no paciente, influência “em rede” sua intimidade nos relacionamentos, o que leva ao enorme efeito deletério no comportamento do diabético, ou à sua saúde e bem-estar. Pode-se considerar que o que é frequentemente interpretado como autocuidado pode ser o comportamento associado à influência do conjugue ou só do conjugue (ex: preparação do alimento, monitoramento, exercícios e saúde são frequentemente exercidos por outra pessoa que não o diabético) (KARUZA, 2002).

Considera-se que o portador de *diabetes mellitus* tipo 2 necessita muito de várias competências da sua família para a realização e manutenção do seu tratamento e, por sua vez, ela pode oscilar muito a sua relação com seu membro diabético, principalmente, por ter que se adaptar a ele em diversas situações como no momento da alimentação, assim como acompanhá-lo nos momentos de avaliação médica, realização dos exames e outras avaliações (GOLDIM, 2003).

Os familiares têm um contato muito próximo e íntimo entre si. Por outro lado existe uma certa expectativa, cultural, da sociedade de que as pessoas que co-habitam ou que têm laços sanguíneos têm também responsabilidade pelas escolhas uns dos outros e pelo cuidado mútuo.

As informações sobre a atenção adequada e prevenção em saúde, assim como, o que e como os familiares podem intervir são pouco conhecidos e pouco buscados por todos os envolvidos (familiares próximos, vizinhos e profissionais de saúde).

Assim, consoante com uma experiência de mais de 15 anos trabalhando e lidando com as pessoas envolvidas com os diabéticos, eu sinto uma enorme necessidade de compreender melhor as dinâmicas familiares dentro do apoio social. Num estudo que finalizei em 2010 pude averiguar que do total de participantes, 60,5% eram casados; 93% informaram ter filhos e a média de filhos por integrante do estudo foi de 4,6. Ou seja, a grande maioria teve experiência de família. Em relação à situação de trabalho, 34,2% dos respondentes, declararam estar “aposentados e deixaram de trabalhar” e 21% se ocupavam com “preças domésticas”, evidenciando que cerca de 55% deles, permanecem um bom período do dia em casa ou no peri-domicílio.

No tocante à percepção do estado de saúde, 34,5% e 47,1% dos participantes da pesquisa referiram, respectivamente, saúde boa ou regular (o espectro de respostas era: ótima, muito boa, boa, regular, ruim e péssima); cerca de 39,8% relataram ter saúde melhor quando comparada com as pessoas da mesma idade e 42,7% consideram sua saúde a “mesma coisa” quando a compararam com o ano anterior. Este resultado pode significar a adaptação positiva que os diabéticos fizeram às possíveis deficiências neuro-vasculares muito lentas, mas progressivas que estão enfrentando na trajetória de sua doença ou à negação em admitir que devem ser mais rigorosos no tratamento e acompanhamento do diabetes e suas complicações; ou ainda, a própria adaptação positiva em relação ao diabetes. (TENÓRIO-FARIA, 2010)

## 2. OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho foi conhecer as relações dos diabéticos, seus familiares e o apoio social, inclusive o apoio formal exercido pelos profissionais da atenção básica à saúde, que recebem dentro de seu contexto de vida cotidiana.

O objetivo específico foi compreender o apoio familiar e social para a potencialização do auto cuidado e prevenção de eventos/agravos complicadores do *diabetes mellitus* apresentados na literatura e a contribuição no âmbito da atenção primária.



### 3. MÉTODOS

Este estudo constituiu-se de revisão bibliográfica narrativa, sobre a relação familiar e inferências no apoio social dos diabéticos tipo 2, contemplando uma análise da produção científica nacional e internacional nos últimos 22 anos (1988 – 2010) por meio de seleção bibliográfica nas bibliotecas virtuais (Lilacs, BVS, PubMed, Cielo e outros) utilizando os seguintes descritores: diabetes mellitus tipo 2, participação comunitária e fatores sociais e educação em saúde, num total de 08 artigos. Também foram selecionados estudos a fins (seleção após leitura e avaliação pessoal da autora sobre sua relação com a pesquisa) a partir das referências encontradas nestes próprios artigos.

A revisão narrativa é uma avaliação, que pode ser ampla, não sistematizada, de algumas publicações sobre o tema escolhido, podendo incluir artigos, livros, dissertações, teses e publicações leigas, apropriados para discutir o desenvolvimento do assunto escolhido sobre o ponto de vista teórico ou contextual. Apresenta um grave viés de seleção uma vez que o autor não utiliza nenhum método ou critério para incluir ou excluir as publicações em sua análise (TAVARES, 2010; ROTHER, 2007). Mas esta categoria de estudos tem papel fundamental para a educação continuada pois permite a aquisição e atualização de conhecimentos (ROTHER, 2007).



## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Representações do diabetes no contexto familiar

Peres (2008) infere que a maior parte das representações de saúde está relacionada com a capacidade de trabalhar. Para as camadas populares a saúde permite satisfazer necessidades básicas como alimentação e moradia. No diabético muitas vezes há ausência de sintomas quando a glicemia está aumentada ocasionando uma dificuldade em compreender os sinais emitidos pelo próprio corpo e a devida atenção à situação, que é dada somente quando há sintomas que dificultam a execução das tarefas diárias. Frequentemente a ausência de sintomas está associada à saúde. Assim muitos pacientes não seguem o tratamento adequadamente por se sentirem saudáveis.

Coelho, (2008), desenvolveu estudo com familiares de diabéticos. Na maioria dos casos eram filhos com elevado grau de proximidade, convivência diária e com participação na execução e orientação dos cuidados além do compartilhamento de vivências. O medo e o sofrimento em decorrência de indicativos da gravidade da doença e do risco de morte foram significativos. O diabetes foi representado como: “doença de cuidado”; “doença incurável que provoca alterações e complicações” e “doença difícil que abala o emocional”. O cuidado foi associado ao controle e à prevenção da doença, porém causador de sofrimentos e restrições. A situação de doença incurável e suas complicações potencializaram esses sentimentos. A dimensão afetiva do *Diabetes mellitus* foi representada por sentimentos negativos, surgindo a preocupação com o futuro e sua hereditariedade. No enfrentamento da doença, a realização dos cuidados, o equilíbrio emocional e o não-cuidado foram destacados pelos participantes. Às representações da doença se relacionam os comportamentos e as ações de cuidado para a prevenção como desejáveis.

Alvarenga (2008) identificou a rede social de apoio de idosos assistidos na atenção básica por equipes de Saúde da Família: maioria de mulheres, com baixo poder aquisitivo e de viúvas que conviviam com 2-3 gerações. A rede de suporte social era composta predominantemente pela família, comunidade e amigos. A participação da rede formal é incipiente e o serviço de saúde foi representado pelos ACS.

Os arranjos familiares em população idosa de São Paulo identificaram que a maioria dos idosos morava com o cônjuge e com os filhos ou só com os filhos. O arranjo familiar em

que a maior proporção de idosos com limitação funcional recebia ajuda foi aquele que o idoso residia também com não familiares. (DUARTE, 2005).

Fischer *et al.* (2000) indicam relação entre características da família e seu entorno, o controle do diabetes e perspectiva de suporte social. A intervenção da família pode ser benéfica ou maléfica e estabelecer fatores de risco ou de proteção. Os fatores relacionados com desfecho negativo são: descrença da presença do próprio diabetes, presença de negativismo, baixa capacidade de resolução de problemas e conflitos e pequena habilidade para organização. Baixa satisfação com o casamento, grandes conflitos, críticas e hostilidades são os fatores considerados mais significativos. Também dificultam o controle do diabetes: baixa coerência familiar com pequena aproximação e organização dos seus membros, perda da crença e da expectativa quanto ao tratamento do diabetes. Por outro lado, são fatores positivos para o controle: casamento considerado feliz (pelo cônjuge), compartilhamento dos cuidados com a doença, oferta de suporte e colaboração, maior companheirismo, prática de exercício físico, resolução satisfatória dos conflitos e diminuição do estresse pessoal. Este autor identificou risco importante de deterioração na saúde de adultos familiares de diabéticos.

O suporte social oferecido por diabéticas aos familiares, no limite do lar ou para amigos ou conhecidos que as buscam para ouvir seus problemas ou serem aconselhados, (como avós aos netos pequenos ou crianças maiores vivendo na mesma casa ou aos seus cuidados ou prestando suporte emocional), foram genericamente descritos no contexto de estresse e dificuldades para o auto-cuidado. O controle do diabetes foi considerado fator que aumenta a carga física ou psicológica. (SAMUEL-HODGE ET AL ,2000; PERES, 2008)

Observando-se os portadores de diabetes tipo 2 e seu entorno, percebe-se que a dimensão familiar faz parte da percepção individual de qualidade de vida. É intrigante reconhecer as várias formas de participação dos familiares no conjunto de cuidados específicos que o diabético demanda. As famílias sabem pouco sobre como se adequar a esta realidade de doença crônica. Os familiares relataram conhecer só parcialmente quais eram as causas do diabetes (PERES, 2008). Quando a associação entre o apoio social e a necessidade de uma população fragilizada é inadequada está relacionada com aumento da mortalidade e morbidade, estresse psicológico, determinação negativa da saúde como um todo e redução do bem-estar (WHO, 2002).

## 4.2. Discussão de resultados

O processo saúde-agravo-cuidado no diabetes deve ser compreendido numa perspectiva coletiva, mas sempre observando as particularidades comunitárias e individuais em cada momento da vida. São componentes essenciais no processo saúde-doença a qualidade e dinâmica do ambiente sócio-econômico, assim como a dependência da multifatorialidade de várias dimensões onde as associações são sinérgicas (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 2003).

Considerando os três pilares no atendimento à saúde como sendo o indivíduo, a família e a comunidade, o indivíduo está inserido no sistema familiar que faz parte de um sistema mais amplo que é a comunidade. Assim, a família passou a ser considerada sujeito da atenção à saúde, não só no sentido de receber atendimento, mas também para prestar assistência aos seus membros. (SILVA, 2009). Desta forma, é importante compreender as ações de promoção à saúde dentro da Estratégia Saúde da Família cujos objetivos são a atenção às famílias, à comunidade e aos indivíduos e, no caso dos portadores de *diabetes mellitus*, suas relações sociais, que repercutem no cuidado com sua saúde.

A monitorização das relações familiares envolvendo adultos mais velhos deve ser entendida na sua dinamicidade e interação como reflexo das mudanças no ciclo de vida individual e familiar para a adequação da rede de apoio social prestada pelo serviço de saúde. As necessidades de cada sujeito modificam-se conforme o estilo de vida prévio e presente; conforme ausência ou presença de doença/agravo em si mesmos ou nos seus familiares. É importante compreender como acontecem as diferentes modalidades de apoio: quem identifica e equilibra os motivos de preocupações de cunho emocional; quem gera o apoio financeiro, operacional; apoio para autonomia e independência; quem presta auxílio instrumental; quem promove a densidade e quantidade do suporte social para potencializar a ação familiar e oferecer cuidado mais eficiente na área de saúde. (KARUZA, 2002).

A não passividade do adoecido deve ser considerada diante da enfermidade e das recomendações terapêuticas. A existência da multiplicidade de influências que moldam a experiência da enfermidade constitui desafio necessário que se coloca aos profissionais de saúde, de modo que a formulação e a implementação das intervenções sejam sensíveis e ofereçam alternativas coerentes com as especificidades socioculturais e contextuais dos diferentes grupos sociais, encarnadas numa biografia singular (BARSAGLINI, 2008). Os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde devem tomar como referência as

necessidades de saúde das pessoas e das populações e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturadas a partir do processo de problematização (BRASIL, 2005)

Partindo do conhecimento científico específico e sempre atualizado deve-se considerar a multicausalidade das diversas seqüelas, comorbidades e complicações do *diabetes mellitus*. Muitas dificuldades derivam da falta de funcionalidade de apoio familiar. Os tipos de intervenções mais bem sucedidas na obtenção de resultados satisfatórios provavelmente serão aquelas que levam em conta questões socioculturais, voltadas para as comunidades e intervenham em vários níveis e com várias estratégias. Os próprios portadores de *diabetes mellitus* deixam evidente uma forma própria de avaliar a própria qualidade de vida.

Há forte ligação entre saúde e doença e entre personalidade, estilo de vida, ambiente físico e relações humanas. É forte a influência nos processos de saúde/agravo nas relações entre as pessoas. A família é o local mais importante nestes desenlaces. (MC WHINNEY, FREEMAN, 2010). Na atenção básica à saúde, por meio do acolhimento e formação de vínculos humanizado no território de abrangência devem ser potencializadas as parcerias com estes familiares dos diabéticos, promovidos treinamento adequado para os cuidados essenciais e apoio nos momentos de maiores dificuldades e educação em saúde para a população em geral com outro enfoque (BRASIL, 2010)

Na atenção primária à saúde não se pode separar a doença da saúde nem da pessoa do ambiente em que vive, do seu território. Diferentes níveis de envolvimento podem ocorrer pelos profissionais: desde o envolvimento mínimo, até a capacidade de conduzir avaliação sistemática e planejamento de intervenções para ajuda, passando pela escuta atenta e a compreensão dos aspectos familiares. (MC WHINNEY, FREEMAN, 2010).

A possibilidade é um trabalho conjunto, multiprofissional, que respeita as bases disciplinares específicas, buscando soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde (NORONHA, 2006).

Os profissionais que se propõem a cuidar de diabéticos podem fazer muito para construir um relacionamento de confiança junto com seus pacientes, conhecendo com eles próprios suas opiniões e receios intervindos conforme sua cultura, proporcionando uma educação adequada sobre o uso, os efeitos e as metas do tratamento, prevenção das complicações e promoção de saúde geral. O profissional planeja, organiza e desenvolve ações individuais e coletivas, avaliando, de forma constante, seus resultados. Para tanto, é necessário que tenha uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e

disponibilidades, valendo-se de uma prática tecnicamente competente e humanizada, pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (SILVESTRE, 2003). Esta busca de um conhecimento mais específico pelo profissional de saúde, baseado na escuta qualificada e individualizada, oferece a construção do saber que ocorre através da interação do sujeito com a sociedade/grupo em que está inserido. Cada sujeito/profissional tem oportunidade de co-participar de uma vivência específica, produzindo, com isso, um acúmulo de conhecimentos e saberes que também são específicos, exercendo influência recíproca de comportamentos, saberes, modos, atitudes, podendo haver mudanças individualmente. Pressupõe-se a participação dos agentes (profissionais de saúde, portadores de *diabetes mellitus* e familiares) nos distintos momentos do processo de trabalho, desde o planejamento, execução e avaliação, na partilha de decisões e na reflexão acerca do trabalho conjunto e flexibilização da divisão do trabalho (FREIRE, 2008).

Ao trabalhar intimamente juntos, os membros da equipe desenvolvem um entendimento mútuo forte que pode melhorar de forma considerável o atendimento aos doentes. Por vezes o discurso dos profissionais e a negação do saber popular, são eficazes estratégias de despotencialização da população, deixando-os impossibilitados de reagir e construir sua saúde. São fundamentais a motivação e a comunicação constantes entre seus membros. Deve haver encontros regulares com objetivos de discutir casos e situações, mas também para questões de funcionamento da equipe e fornecer apoio aos seus membros. Quando é estabelecida uma decisão, a responsabilidade por sua implantação deve ser claramente definida. A responsabilidade confusa e a fragmentação do entendimento são sinais de que a equipe não está funcionando bem e que a atenção à saúde não é boa (MC WHINNEY, FREEMAN, 2010).

A contribuição para a saúde coletiva poderá ser mais efetiva a partir deste ponto de partida para a implementação de programas de acompanhamento e educação permanente em saúde, observando a dinamicidade da própria vida destes diabéticos e de sua dinâmica familiar.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do alto desenvolvimento tecnológico no campo da saúde, da capacidade de ampliação do saneamento básico às populações, do envelhecimento populacional e da transição epidemiológica irreversíveis, houve um aumento crescente no número de acometidos pelas doenças crônicas degenerativas, dentre elas o *diabetes melitus*. As novas tecnologias da indústria farmacêutica e de cirurgias chegam até os profissionais de saúde, assim como para toda a população, de forma muito dinâmica e com promessas de eficácia. Mas é na estratégia prioritária de atenção primária definida pelo SUS, a partir de 1988, que impressiona a capacidade potencial de intervenção na forma de cuidado e prevenção à diabetes tipo 2.

Ações como modificações do hábito de vida (dieta, exercício físico constante e disciplina para o auto exame de glicemia capilar) são muito difundidas. Mas, outras ações como o cuidado com os “cuidadores” familiares, considerando filhos, cônjuges, parentes e vizinhos próximos não são freqüentes. A compreensão e aproximação de suas necessidades no cuidado, a informação adequada, a educação para a manutenção de alguns cuidados simples e o conforto em várias situações são raros para estes indivíduos.

Este trabalho pretende dar uma pequena contribuição num assunto pouco valorizado porquanto melindroso, por lidar com sentimentos e emoções. Mas, como um bom desafio, promete resultados que nos auxiliarão, como profissionais de saúde, num ótimo desempenho junto aos diabéticos.



## 6. REFERÊNCIAS

AKERMAN M; MENDES R; BÓGUS C.M.; É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.605-615, 2004.

ALBERTI K.G, ZIMMET P, SHAW J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. **Diabet Méd**, v. 24: p.451–463, 2007.

ALVARENGA, MRM ; OLIVEIRA, MAC; DOMINGUES MA; AMENDOLA F; FACCENDA O., **Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de saúde da família.** **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16 n.5, p.2603-2611, 2011 Disponível em : [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=3870](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3870) Acesso em: 03 de set de 2010.

ANDERSON R..M.; FUNNELL M.M..FITZGERALD J.T.; MARRERO D.G. The Diabetes Empowerment Scale – A measure of psychosocial self-efficacy. **Diabetes Care** v.23, n. 6, p.739-743, 2000.

BARSAGLINI, R A; **Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes.** Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas – SP. 2006

BERLINGUER G. **Muitas definições,poucas certezas.** A Doença. Tradução de Virgínia Gawryszewski. São Paulo.Hucitec,1988.

BERTONI, A.G.; KROP J.S.; ANDERSON G.f.; BRANCATI F.L. Diabetes-related Morbidity and Mortality in a National Sample of U.S. Elders. **Diabetes Care** v.25, n.3, p.471-475. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd16.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf) acesso em 20 de jul de 2010.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1)

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CESSE, E. A. P, **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

COELHO, M. S., **Representações sociais de familiares de pessoas com diabetes mellitus sobre essa condição crônica**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M; SOUZA, M. S L.. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 96p.

DUARTE, YAO, LEBRÃO, ML, LIMA F.D., Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v.17, n.5/6, p.370–8, 2005.

FIGUEIREDO PMV. A influência do locus do controle conjugal das habilidades sociais Conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. **Ciência & Cognição**, v.6, p.123-132, 2005.

FISHER L.; CHESLA C.A.; SKAFF M.M.; GILLISS C.; MULLAN J.T.; BARTZ R.; KANTER R.A.; LUTZ C.P. The Family and disease management in hispanic an european-american patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, n.23, v.3, p.267-272, march 2000.

FISHER L. Family relationships and diabetes care during the adult years. **Diabetes Spectrum**; v.19; n.2, 71-74, 2006.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**, Ed. Paz e Terra, 31ª ed. 2008.

GARRO, LC; Remembering through accounts of illness, *in*: GARRO, LC **Cultural knowledge as resource in illness narratives**. Disponível em : <http://books.google.com.br/books?id=yMzOdZdYjMAC&PG=PA75&1PG=PA75&dp=Garro,+1...> acesso em 01/01/2010.

GOLDIM, J R Bioética e Família, 2003. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/famili.htm#As%20fam%C3%ADlias%20s%C3%A3o%20hist%C3%B3rias%20em%20andamento>. Acesso em 24 de maio/2010

HERZLICH C, Saúde e doença no início do século XXI: Entre a Experiência Privada e a esfera pública **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.383-394, 2004.

IDF International Diabetes Federation, acesso em 21 de jun de 2010, disponível em: <<http://www.idf.org/about-diabetes>>.

INZUCCHI, S.. E ET al.Tradução: Celeste Inthy.**Classificação e diagnóstico do Diabete Melito**. Diabete Melito – manual de cuidados essenciais. 6ed.Porto Alegre. Artmed,2007.p.17-31.

KARUZA J.; Apoio social *in*: DUTHIE E.H. Jr; KATZ P.R, **Geriatría Prática**, Rio de Janeiro: Revinter, 3 ed, 2002.

LIMA-COSTA M.F.; BARRETO S.M. ; GIATTI L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira:

um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v19 n3, p.735-743, mai-jun 2003a Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006) acesso em 27 de fev de 2009.

MC WHINNEY I. R.; FREEMAN, T, A família na saúde e na doença *in*: **Manual de medicina de família e comunidade**. Artmed: Porto Alegre. 3ªed. 2010.

MENSING C.; BOUCHER J.; CYPRESS M.; WEINGER K.; MULCAHI K.; BARTA P. et all. National Standards for Diabetes Self-management Education. **Diabetes Care**, v. 29, Sup 1, p. S78-S85, Jan 2006.

MERHY, E. E.; Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção *in*: MERHY et al, **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; São Paulo, HUCITEC, 2003.

MINAYO M.C.S.; HARTZ Z.M.A.; BUSS P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MINAYO M.C.S. **O Desafio do Conhecimento, pesquisa qualitativa**, 11 ed., São Paulo: HUCITEC, 2007

NORONHA, M.G.R.C.S., **O agir em saúde da família: as condições existentes e necessárias para a interação e troca de conhecimentos na prática profissional** Tese (Doutorado) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná 2006.

PERES D.S.; FRANCO L.J.; SANTOS M.A. Representações de saúde em mulheres com diabetes tipo 2. **Cienc Cuid Saude**; v.7, n.3, p.295-303, jul/set de 2008.

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica** Disponível em: [www.saude.sc.gov.br/.../portarias/GM-648.html](http://www.saude.sc.gov.br/.../portarias/GM-648.html) / [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2008\\_web\\_20\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf) acesso em 14 de out/2010.

ROUQUAYROL M.Z.; GOLDBAUM M. História natural e prevenção de doenças *in*: **Epidemiologia & Saúde**; ROUQUAYROL M.Z.; ALMEIDA FILHO 6. ed, Rio de Janeiro:Ed MEDSI, 2003.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X Revisão narrativa, **Acta Paul Enfermagem**, n.20, v. 2, 2007.

SAMUEL-HODGE C.D.; HEADEN S.W.; SKELLY A.H.; INGRAM A.F.; KEYSERLING T.C.; JACKSON E.J.; AMMERMAN A.S.; ELASY T.A.. Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among african-american womem. **Diabetes care**, v.23, n.7, p.928-933, July 2000.

SILVA, J.V.; MENICALLI N.A.; BUSTAMANTE I.M.R.;PEREIRA M.I.M. A família e o idoso *in*: Silva JV (org) **Saúde do idoso Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos** Ed. IÁTRIA:São Paulo, 2009.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M.M., Abordagem do idoso em programas de saúde da família **Cadernos de saúde pública** v.19; n.3; mai/jun 2003.

TAVARES E.C, **Sobre revisão narrativa, integrativa e sistemática.**

Acesso em : 09/09/2010.

Disponível

em:

<http://agora.nescon.medicina.ufmg.br/ambiente/index.php?m=start&ma=portaArquivos>.

TENÓRIO-FARIA, J. V. S. Adaptação cultural e validação do Índice de Qualidade de Vida Ferrans e Powers III – versão diabetes e avaliação da qualidade de vida dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. Dissertação - UNIVÁS –Universidade do Vale do Sapucaí, 2010

WHO Active aging: A Policy Framework. Publication by World Health Organisation (WHO) in 2002. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)> acesso em 11 de jan de 2009.