

TECNOLOGIA ASSISTENCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: CUIDADO E AUTOCUIDADO DO IDOSO INSULINO-DEPENDENTE

ASSISTANCE TECHNOLOGY IN HEALTH PROMOTION: CARE AND SELFCARE OF INSULIN DEPENDENT ELDERLY

TECNOLOGÍA ASISTENCIAL EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: CUIDADO Y AUTOCUIDADO DEL ANCIANO DEPENDIENTE DE INSULINA

ARETHUSA MORAIS DE GOUVEIA SOARES¹

GERÍDICE LORNA ANDRADE DE MORAES²

RUI DE GOUVEIA SOARES NETO³

MARILIA BRAGA MARQUES⁴

MARIA JOSEFINA DA SILVA⁵

Objetivou-se relatar a experiência vivida pelos profissionais de enfermagem em um grupo de pacientes idosos insulino-dependentes com a prática da tecnologia assistencial. Participaram do grupo doze pacientes, oito cuidadores, um médico, um enfermeiro e um interno de medicina. O encontro apresentou quatro momentos distintos. No primeiro momento, o usuário participou apenas como observador, aprendendo como fazer a manipulação correta do material, como aplicar a medicação e como deve ser o acondicionamento dos frascos. No segundo momento, passou a ser agente de transformação do próprio cuidado. No terceiro momento, foram expostas as dificuldades e dúvidas e o quarto momento resultou na avaliação do encontro. A convocação dos pacientes para uma orientação coletiva resultou, após avaliação do encontro, na criação de um novo grupo de convivência, para que temas diversos relacionados ao cotidiano de “ter diabetes e fazer uso de insulina” pudessem ser abordados.

DESCRIPTORES: Saúde do idoso; Promoção da Saúde; Autocuidado; Cuidadores.

This article aimed to report the experience lived by the nursing professionals in a group of insulin-dependent elderly patients with the assistance technology practice. Twelve patients participated in the group, eight caregivers, a doctor, a nurse and one medical student. The encounter presented four different moments. In the first moment the user participated only as an observer, learning how to manipulate correctly the material, how to apply the medication and how to storage the bottles. In the second moment the user became agent of transformation of his own care. In the third moment the difficulties and doubts were exposed and in the fourth moment the encounter was evaluated. Those professionals' attitude of summoning the insulin patients for a collective orientation resulted, after the encounter evaluation, in the creation of a new support group, so that several themes concerning the daily life of “having diabetes and using insulin” could be approached.

DESCRIPTORS: Health of the elderly ; Health promotion; Self care; Caregivers.

El objetivo fue relatar la experiencia de los profesionales de enfermería en un grupo de pacientes ancianos dependientes de insulina con la práctica de la tecnología de asistencia. Participaron del grupo doze pacientes, ocho cuidadores, un médico, un enfermero y un residente de medicina. La reunión presentó cuatro momentos. distintos. En el primer momento, el usuario sólo participó como observador, aprendiendo cómo hacer la manipulación correcta del material, cómo aplicar la medicación y cómo se deben acondicionar los frascos. En el segundo momento, pasó a ser agente de transformación del propio autocuidado. En el tercer momento, se expusieron las dificultades y dudas y el cuarto momento resultó en la evaluación del encuentro. La convocación de los pacientes para una orientación colectiva resultó, tras la evaluación del encuentro, en la creación de un nuevo grupo de convivencia, a fin de que temas diversos relacionados al hecho cotidiano de “tener diabetes y hacer uso de insulina” pudieran ser planteados.

DESCRIPTORES: Salud del anciano; Promoción de la Salud; Autocuidado; Cuidadores.

¹ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família- Fortaleza- Ceará. Endereço para correspondência: Rua Antonio Augusto, nº1382 Apto 203 — Aldeota/Fortaleza-CE. CEP: 60110-370/Brasil. E-mail: arethusamgs@gmail.com.

² Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC)/Brasil. E-mail: geridice@uol.com.br

³ Médico, Preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade/Sistema Municipal Saúde-Escola/ Fortaleza/CE/Brasil. E-mail: ruignsn@gmail.com.

⁴ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará. Bolsista da CAPES/Brasil. E-mail: mariliabm1@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira, Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFC/Brasil. E-mail: mjosefina@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Devido à grande incidência de complicações decorrente do controle inadequado da glicemia dos pacientes portadores de *Diabetes Mellitus* (DM), torna-se necessário o apoio familiar de modo a contribuir para uma melhor adesão do paciente ao tratamento. Os pacientes idosos, por possuírem alterações fisiológicas provenientes do envelhecimento, merecem atenção especial, principalmente os usuários de insulina.

De acordo com estimativa da Academia Americana de Diabetes, a prevalência mundial de diabetes em todas as faixas etárias situava-se em torno de 2,8% em 2000, com expectativa de aumento para 4,4% em 2030⁽¹⁾. Neste estudo, acredita-se que a mais importante mudança demográfica na prevalência de diabetes ocorra na faixa etária acima de 65 anos, com uma elevação estimada em 134%. Em estudo mais recente, publicado em janeiro de 2010, a estimativa do número de adultos com diabetes para este ano é 67% maior do que no estudo anterior, além de estimar um aumento de 20% na prevalência de diabetes em 2030. Acredita-se que o aumento da prevalência seja conseqüente ao aumento da incidência, conseqüente ao envelhecimento como fator de mudança demográfica e ao fato de a obesidade e o sedentarismo estarem se tornando cada vez mais comuns⁽²⁾.

Um estudo multicêntrico sobre prevalência de *diabetes mellitus* no Brasil apontou um índice de 7,6% na população brasileira entre 30-69 anos, atingindo cifras próximas a 20% na população acima dos 70 anos. Em Fortaleza/CE, a prevalência de DM na população entre 30 e 69 anos situa-se em torno de 6,5%⁽³⁾.

A educação visando o autocuidado é parte essencial do tratamento em DM. O autocuidado desenvolvimental constitui um direito do paciente e da família receber orientações acerca do estado de saúde e como deve participar de forma a garantir êxito no tratamento e, também, um dever dos responsáveis pela

promoção da saúde⁽⁴⁾, no caso específico, os profissionais: enfermeiros, médicos, dentistas e agentes comunitários de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família e fazem o acompanhamento destes clientes. É de responsabilidade de cada integrante da equipe de Saúde da Família planejar grupos de educação para portadores de DM e cuidadores como parte essencial do tratamento.

Para tanto, se torna necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais⁽⁵⁾.

Podemos inferir que a equipe de saúde deve desenvolver ações de educação convocando as pessoas e comunidade a serem co-responsáveis pelo seu tratamento e pela sua qualidade de vida.

Considerar a educação em saúde, disciplina de ação significa dizer que o trabalho será dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência⁽⁶⁾.

O processo educativo deve acontecer de forma gradativa, contínua e interativa. Envolver o indivíduo no seu contexto, fazer com que se apodere das suas reais condições (individuais, coletivas e ambientais) para permitir mudanças concretas no estilo e qualidade de vida, tornando-o co-responsável por sua saúde e pela saúde dos outros.

No entanto, percebe-se que “empoderamento” é parte indispensável da promoção da saúde e inclui a conscientização e o fornecimento de informações sobre o campo da saúde e habilidades vitais, dotando o indivíduo de autonomia para fazer suas escolhas⁽⁷⁾. Faz-se necessária uma efetiva participação da popula-

ção, combinando escolhas individuais e responsabilidade social pela saúde. O empoderamento se constitui em um meio pelo qual indivíduos, famílias e grupos organizados assumem o controle de suas vidas e de seus objetivos a partir do aprendizado e desenvolvimento de competências⁽⁸⁻⁹⁾, tendo como exemplos as redes sociais de apoio, grupos educativos, associações e conselhos de saúde.

A adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de *diabetes mellitus* tem demonstrado, particularmente, que os participantes beneficiam-se da interação com outras pessoas que enfrentam os mesmos problemas, encontrando não só apoio emocional, mas, também, ideias e sugestões para seu novo estilo de vida⁽¹⁰⁾. Desse modo, é de fundamental importância o envolvimento dos profissionais de saúde que trabalham na Estratégia Saúde da Família com a formação de grupos educativos como parte integrante e fundamental no tratamento de pessoas idosas, portadores de *diabetes mellitus*.

Dentre as competências da equipe da Saúde da Família, voltadas à pessoa idosa, destaca-se o estabelecimento de uma relação terapêutica da equipe com o usuário e com a família, demandando a habilidade profissional para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito; coordenação, participação e organização de grupos de educação para a saúde⁽¹¹⁾.

A equipe de Saúde da Família é uma estratégia importante no contexto da prestação de serviços de saúde no Brasil, pois viabiliza o estabelecimento da relação entre paciente insulino-dependente, sua família e o cuidador familiar com profissionais cuidadores, por meio de encontros em diferentes contextos para construir a prática do cuidado e autocuidado, de acordo com as reais possibilidades de cada um.

São consideráveis os avanços tecnológicos no manejo do *diabetes mellitus*, no entanto, analisando os dados sociodemográficos, observamos que muitos pacientes podem apresentar dificuldades de acesso a equipamentos (Ex. glicosímetro, serigas, agulhas e canetas injetoras) disponíveis para um controle glicê-

mico estritamente domiciliar. Por outro lado, as atividades em grupos de educação em saúde parecem indicar outro caminho para ajudá-los, pois, mediante tecnologia simplificada e a experiência de outros semelhantes, podem contribuir para o controle da doença⁽¹⁰⁾. Dentre as diversas tecnologias assistenciais na promoção da saúde, a educação como instrumento terapêutico em *diabetes mellitus* é uma prática relativamente moderna, trazendo benefícios ao paciente, à família e ao profissional de saúde, além de se caracterizar uma tecnologia leve.

É importante que os profissionais de saúde atentem para implicações do impacto de uma doença sobre o indivíduo e, para analisar este impacto, devem considerar de que modo uma doença específica (por natureza, seu caráter agudo ou crônico e pelo grau de incapacitação gerado em cada paciente) pode abalar esse indivíduo e até mesmo os membros de sua família⁽¹²⁾.

Torna-se essencial à aquisição de uma nova postura frente ao atendimento dos pacientes diabéticos, associando a prática educacional coletiva ao atendimento individualizado. Durante o acompanhamento desses pacientes na atenção básica, observou-se que vários fatores contribuíram para um aumento no número de usuários de insulina: elevados níveis glicêmicos, sobrepeso ou obesidade e complicações cardiovasculares e renais são alguns exemplos. Outro fator de destaque foi o fato de que, devido a essa mudança no tratamento, ou seja, usar insulina tornaram-se frequentes as manifestações de hipoglicemia, não tanto pelo jejum, mas pela manipulação incorreta da medicação, ou de hiperglicemia, ocasionada pela não adesão ao tratamento. A não-adesão ao tratamento é definida como ignorância dos pacientes ou responsáveis por eles sobre a importância do tratamento. Além desse dado, a falta de rodízio na auto-aplicação e o acondicionamento inadequado dos frascos despertaram nos profissionais a necessidade de assistir de forma mais direta estes pacientes, buscando uma intervenção efetiva, interativa e permanente⁽¹³⁾.

Conscientes dessa necessidade, profissionais atuantes na atenção básica organizaram um grupo de assistência aos portadores de hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, na área de abrangência do Centro de Saúde da Família (CSF) Francisco Domingos da Silva, situado na periferia de Fortaleza, utilizando os espaços de organizações sociais na comunidade como locais de apoio. O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência vivida pelos profissionais de enfermagem em um grupo de pacientes idosos insulino-dependentes com a prática da tecnologia assistencial.

MATERIAL E MÉTODO

De acordo com o cadastro da ficha B-DM do Agente Comunitário de Saúde (ACS), foi possível identificar os pacientes insulino-dependentes e cuidadores, os quais, mediante visita domiciliária realizada pelos ACS, foram convidados a participar do grupo com o objetivo de envolvê-los no processo de autocuidado e cuidado. Participaram da oficina doze pacientes, oito cuidadores e os membros das equipes de saúde: um médico, um enfermeiro, um interno de medicina, juntamente com os agentes de saúde. A oficina teve como critério de participação: ter 60 anos ou mais; fazer uso de insulina e pertencer à área de abrangência do CSF Francisco Domingos da Silva. Aconteceu na sala de reunião do Centro de Saúde, localizada em uma região da periferia da cidade de Fortaleza (CE), no mês de janeiro de 2008, com quatro momentos distintos cuja duração foi de 4 horas. Todas as falas, além dos perfis sociodemográficos, foram registradas em um diário do grupo. Para cada participante foi destinada uma folha do diário, onde foram registradas informações como: nome; endereço; idade; sexo; nome do ACS que o acompanha; nome do cuidador e grau de parentesco; renda familiar; se faz auto-aplicação; tipo de insulina, seringa e agulha que usa; se tem geladeira. No decorrer da oficina, um dos profissionais anotava as falas dos participantes em um espaço, no diário de campo, destinado para observações.

1º momento: foi feita uma avaliação prévia sobre os conhecimentos dos idosos e seus cuidadores quanto aos assuntos a serem abordados. Após esse momento, o idoso e seu familiar foram convidados a assistir a uma aula dialogada, quando demonstrou-se como fazer a manipulação correta do material (aspirar dose correta e fazer misturas das insulinas), como aplicar a medicação (ângulo, locais de aplicação e rotação dos locais) e como deve ser o acondicionamento dos frascos e seringas. As técnicas foram demonstradas pelas enfermeiras e reforçadas com repetições do procedimento até que as dúvidas foram sanadas. Foi orientado também sobre a importância do tratamento e apoio familiar para o êxito do mesmo.

Optamos por utilizar como material de demonstração o mesmo que os idosos dispõem, de modo a criar um ambiente mais próximo de sua realidade. O material utilizado pela equipe foi: álbum seriado; 3 seringas de 1mL com agulha acoplada (material habitualmente utilizado pelos pacientes e fornecido pelo serviço de saúde), 2 seringas de 1mL com agulha permanente (conhecida como seringa da “tampa laranja”); frascos de insulina NPH e regular (vencidas, só para demonstração); panfletos com informação sobre acondicionamento e locais de aplicação.

2º momento: o participante assumiu papel de agente de transformação do próprio cuidado. Os pacientes e familiares e/ou cuidadores se dividiram em grupos, tendo em cada grupo um profissional de saúde como facilitador do processo. Cada participante reproduziu as técnicas demonstradas no 1º momento, mas, de acordo com a sua prescrição médica, tirando suas dúvidas para atingir o principal objetivo: o autocuidado.

3º momento: serviu para que fossem expostas as dificuldades. Terminada essa etapa, os participantes formaram um círculo e foi solicitado pelos facilitadores que cada um colocasse suas dificuldades e angústias que dificultavam a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida.

4º momento: resultou na avaliação do encontro. Dando continuidade às falas já iniciadas, os facilitado-

res solicitaram ao grupo que relatasse a importância do encontro para cada participante. Respeitados os aspectos éticos em estudos com seres humanos, algumas falas dos idosos serão apresentadas nos resultados seguidas das iniciais e da idade da pessoa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico

Os participantes da oficina foram idosos insulino-dependentes, sendo 4 homens e 8 mulheres. Dos cuidadores, tivemos 8 do sexo feminino e nenhum do sexo masculino.

Quanto à faixa etária, 4 idosos estavam entre 60 e 65 anos; 7 na faixa etária de 66 a 70 anos, e acima de 70 anos apenas 1 idoso. Todos os cuidadores estavam acima de 20 anos, concentrando-se entre 30 e 40 anos, em número de 5.

O Ministério da Saúde relata que, dentro do grupo de pessoas idosas, as com idade igual ou maior que 80 anos são denominadas de “mais idosos, muito idosos ou em velhice avançada”⁽⁵⁾. A maioria dos idosos participantes (11) possuíam idade inferior a 70 anos, ou seja, são idosos que não estão em “velhice avançada”.

A renda familiar de 10 dos pacientes era entre 1 e 2 salários mínimos e 02 tinham renda inferior a 1 salário mínimo.

Os aspectos relacionados ao conhecimento acerca da doença e manipulação dos materiais necessários para o tratamento possibilitaram avaliar os cuidados com a insulina. Rotineiramente, os cuidados com a aplicação e a conservação da insulina são orientados no momento da consulta ambulatorial. Trata-se de um momento em que o paciente, muitas vezes, estará recebendo pela primeira vez informação sobre o uso da insulina, o que pode ser um fator limitante no entendimento das orientações, tanto no aspecto de volume de informações quanto no aspecto emocional, tendo em vista que muitos pacientes acreditam que

quando têm que usar a insulina é porque já estão em “fase terminal” da vida, o que incita a manutenção de um tabu relacionado a essa medicação.

Armazenamento das insulinas

Podemos observar que todos (12) os pacientes possuem geladeira, no entanto, sete (07) armazenam a insulina em local inadequado, isto é, na porta do refrigerador. Um dos principais fatores relacionados a esse problema é o hábito, relatado por alguns pacientes, de usar a porta da geladeira para guardar aquilo que usa com frequência, como, por exemplo, margarina, ovos, molhos e até água em garrafa. Apesar desse relato, também enfatizamos que a falta de informação por parte dos profissionais acerca da variação de temperatura dos setores da geladeira e do funcionamento da rede de frio também contribui para o armazenamento inadequado.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) orienta que o armazenamento das insulinas deve seguir a recomendação do fabricante. Os frascos fechados devem ser armazenados em geladeira (2 a 8 graus), fora da embalagem térmica, na gaveta dos legumes ou na primeira prateleira mais próxima desta. A porta do refrigerador é uma opção inadequada, uma vez que existe maior variação de temperatura e mobilidade do frasco a cada abertura da porta⁽¹⁴⁾.

Temperatura da insulina para aplicação

Todos os participantes diabéticos (12) utilizam a insulina gelada para aplicação. Alguns demonstravam dificuldade na aceitação do uso desta devido à dor no local da aplicação, ocasionada pela insulina gelada. *Tenho dificuldade no local de aplicação, dói muito. Dá pra mudar essa injeção?* M.F.D. 61 anos.

Na maioria das vezes, o paciente tinha rejeição pela “injeção”, que incomodava e causava dor a cada aplicação. Tornava-se uma tortura seguir o tratamento. A SBD recomenda deixar a insulina fora da gela-

deira 10 a 20 minutos antes da aplicação, pois aplicar insulina gelada causa desconforto e dor⁽¹⁴⁾.

Havia também, por parte dos pacientes e cuidadores, manejo inadequado do material (seringa com agulha e frasco de insulina), resultando em erro na dose aspirada que, ao ser administrada, resultava em frequentes desmaios, algum tempo após a aplicação. *Qualquer coisa meu marido tá desmaiando* (E.S.S. 52 anos) [cuidadora]. *Tava tomando uma seringa dessa toda. Minhas carnes tremiam* (E.G.S. 68 anos). Assim relatou o Sr. E.G.S. 68 anos, cuja prescrição médica era 10 UI de NPH, o mesmo acreditava que esse valor era equivalente a uma seringa 1ml.

Aplicações de insulina

Apenas 03 não faziam auto-aplicação da insulina, devido à acuidade visual diminuída e sem coordenação motora. Constata-se que as dificuldades motoras e visuais advindas das complicações crônicas do *diabetes mellitus*, assim como do processo de senilidade, prejudicam a capacidade de desempenho das habilidades de auto-aplicação de insulina⁽¹⁵⁾.

Os tipos de insulina utilizados pelos idosos eram NPH (8 pacientes) e NPH + insulina regular (4 pacientes).

A seringa usada pelos participantes para mistura das insulinas era a de tampa “cinza” ou com agulha removível, contendo espaço morto de 5UI, ou seja, sempre havia desperdício da insulina e a dose prescrita NPH não era injetada. Para a SBD, a seringa com agulha removível (não fixa no corpo da seringa): possui em sua ponta um “espaço morto”, podendo reter até 5UI de insulina, que não é computada na escala numérica nem administrada ao paciente⁽¹⁴⁾. Assim, a cada aplicação ocorre desperdício dessas unidades. Esta seringa não pode ser utilizada, caso a prescrição seja de mistura de dois tipos de insulina na mesma seringa, pois ocorrerá erro na dosagem.

De acordo com a técnica de mistura, ocorrerá uma superdosagem da insulina R ou UR (aproxima-

damente 5 UI) e, conseqüentemente, 5 UI a menos de insulina NPH, aumentando o risco de hipoglicemia devido à insulina R/UR e não atingindo o nível sérico desejado de insulina NPH. Neste caso, a opção é realizar duas aplicações com agulha de 13x 0,45 mm, fato que incorrerá em possível redução da adesão ao tratamento.

A unidade de saúde não disponibiliza seringa com agulha fixa. Neste caso, a opção é realizar duas aplicações com agulha de 13x 0,45 mm (seringa agulha removível). Todos usam seringas com agulha que contém 5 UI de espaço morto, denominadas no grupo como agulha da tampa cinza, contra-indicada para fazer mistura de diferentes insulinas. Caso essa mistura seja necessária, o cidadão terá que adquirir as seringas adequadas (sem espaço morto) por conta própria. Para garantir o acesso a esse material pelo SUS, é de extrema importância que os profissionais de Saúde da Família, responsáveis por defender o princípio da integralidade nos serviços e ações de saúde, estejam solicitando aos órgãos responsáveis, através de relatórios, a disponibilização do material necessário à qualificação da assistência a esses pacientes.

Cuidadores de idosos diabéticos

Quando observamos os cuidadores de idosos portadores de DM, reconhecemos o seu papel fundamental no sucesso do tratamento. Para manter o controle glicêmico e prevenir complicações desses pacientes, os cuidadores precisam ser orientados pela equipe de saúde. Dos oito cuidadores, 4 não sabiam aspirar a dose correta e fazer a aplicação, e 2 tinham receio de fazer aplicação na barriga.

O rodízio nos locais de aplicação é muito importante na prevenção de lipodistrofia e conseqüente descontrole glicêmico⁽¹⁴⁾.

Preserva-se um raio de aproximadamente 2 polegadas da cicatriz umbilical sem aplicação de insulina. Aplicar a insulina em diferentes locais na mesma região⁽¹⁶⁾. O rodízio a cada aplicação, em regiões di-

ferentes, causa uma variabilidade muito grande na absorção da insulina, dificultando o controle glicêmico, sendo assim desaconselhado. Exemplo: se for necessário aplicar insulina 3 vezes por dia, fazer em locais diferentes, no entanto na mesma região como: região abdominal ou lateral da coxa, ou lateral do braço, e nádegas (quadrante superior lateral externo) e só depois de esgotar o locais (na mesma região) é que faz a mudança de região.

A ideia de que diabetes é uma doença crônica e que o tratamento dependia da aplicação de uma injeção, representa uma tortura a cada aplicação e um castigo por não ter seguido as recomendações médicas como: dietas e exercício físico, necessário, portanto, que os profissionais de saúde invistam fortemente na educação em saúde, reforçando administração da insulina como melhor controle dos níveis glicêmicos e, conseqüentemente, melhor sobrevida. *Quando o doutor falou que tinha que tomar insulina, senti que tava perto da morte* (M.A.S. 63 anos).

O fato de saber que dependeria da insulina para “controlar o diabetes” levava os pacientes a uma auto-avaliação e sentimento de culpa por achar que não fazia a coisa certa, “tudo direitinho”.

Durante a oficina, pode-se perceber que nenhum dos participantes conhecia a técnica correta de aplicação. O ângulo de aplicação era incorreto (45°), mesmo usando agulha adequada (13 x 0,45mm). A SBD recomenda que o ângulo de aplicação deva ser de 90 graus, quando utilizado tamanho adequado de agulha⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental que os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família compreendam o processo de envelhecimento e patologias associadas, de forma que possam planejar suas ações a fim de capacitar os idosos diabéticos para o auto-cuidado, considerando as limitações deste ciclo de vida, e promover integração da família na adesão e habilidade de aprendizado para manejo do *diabetes mellitus*.

O trabalho com grupos de pacientes insulino-dependentes e cuidadores nos deu a oportunidade de incentivar no grupo o exercício do direito à cidadania e a condições de dignidade, possibilitando um melhor entendimento da operacionalização das políticas de Saúde.

Procuramos conscientizar os pacientes e a família de que não somos responsáveis pela sua doença, mas co-responsáveis. Essa responsabilidade é uma conquista não apenas individual, mas coletiva, permitindo ao grupo resgatar a solidariedade e fortalecer o vínculo entre profissionais, pacientes e família e o desenvolvimento do auto-cuidado.

Essa atitude dos profissionais de convidar os idosos usuários de insulina para uma oficina de socialização de conhecimentos e práticas voltadas ao auto-cuidado resultou, após avaliação do encontro, na criação de um novo grupo de convivência, para que temas diversos relacionados ao cotidiano de “ser portador de diabetes e fazer uso de insulina” pudessem ser abordados.

REFERÊNCIAS

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27(5):1047-53.
2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010; 87(1):4-14.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes: diagnóstico e classificação de diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2000.
4. Ministério da Saúde (BR). Plano de reorganização da atenção da hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

6. Levy SN, Silva JJC, Cardoso IFR, Werberich PM, Moreira LLS, Montiani H, et al.. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas [Internet]. 1997 [citado 2008 mar 20]; [cerca de 29p]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>
7. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enferm*. 2005; 13(3):423-31.
8. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(4):1088-95.
9. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(supl.2):1029-40.
10. Cazarini RP, Zanetti ML, Ribeiro KP, Pace AE, Foss MC. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. *Medicina*. 2002; 35:142-50.
11. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):839-47.
12. Silva GAS. Perfil de engajamento para o autocuidado em portadores de hipertensão arterial. *Rev Rene*. 2008; 9(4):33-9.
13. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):775-82.
14. Sociedade Brasileira de Diabetes. Aplicação de insulina - aspectos importantes na aquisição do produto, do preparo até a efetiva aplicação [Internet] 2007 [citado 2008 mar 20]; [cerca de 9p]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/Colunistas/Enfermagem_atual/index.php?id=1272.
15. Camata DG. Complicações locais na pele relacionadas à aplicação de insulina. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 11(1):119-22.
16. American Diabetes Association. Insulin administration. *Diabetes Care*. 2004; 27(Supl 1):106-7.

RECEBIDO: 06/07/2009

ACEITO: 17/06/2010