



## A CONVIVÊNCIA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

*Vilma Beltrame<sup>1</sup>  
Maura Brugnerotto<sup>2</sup>  
Mercedes Trentini<sup>3</sup>  
Valéria S. F. Madureira<sup>4</sup>*

**RESUMO:** Estudo qualitativo que teve como objetivo investigar a convivência dos sujeitos da pesquisa com a diabetes mellitus bem como o cuidado dispensado pela família ao diabético. Participaram deste estudo 20 pessoas com diabetes mellitus tipo 2, usuários do Programa de Atenção Básica, do Município de Concórdia – SC. Os dados foram obtidos por meio de entrevista, e organizados em quatro categorias: 1 – Reviravolta na vida, caracterizada por ter que seguir dieta, tomar os remédios, fazer atividade física e também como fator de isolamento social; 2 – Desgosto por não aceitar a doença; 3 – Cuidado familiar enumerado como apoio, dar os remédios, ajuda com a dieta, controle do resultado da glicemia, acompanhamento e participação nas consultas; 4 – Auto cuidado. Conclui-se que a diabetes mellitus requerem novas atitudes e a família é um importante fator que influencia na tomada de decisões frente ao novo estilo de vida que esta condição crônica impõe.

**Palavras-chave:** Diabetes mellitus. Família. Cuidado.

**ABSTRACT:** The purpose of this qualitative study was to investigate how is the living with individuals with diabetes mellitus researched, as well as the care lent by diabetic's family. 20 individuals with mellitus type 2 participated of this study. They are users of the Program Basic Attention, of Concordia city – SC. The data were collected by interviews, and they were organized in four categories: 1 – U-turn of the life, it is characterized in this manner because they need to go on a diet, do physical activities, also as a social isolation; 2-Sorrow do not accept the illness; 3- Familiar care enumerated as a support, give medicines, help in a diet, control the result of glicemia and go and participation in the doctor; 4 – Auto care. It was concluded that diabetes mellitus needs new attitudes and the family is an important factor that influence in taking decision in relation to new styles where this chronic condition demanded.

**Key words:** Diabetes mellitus. Family. Caring.

## INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus (DM) é considerado um problema de saúde pública no Brasil e no mundo em função tanto do crescente número de pessoas atingidas quanto pela complexidade que constitui o processo de viver com essa doença.

No Brasil, estudo multicêntrico realizado em nove capitais, encontrou uma prevalência de diabetes mellitus de 7,6% entre pessoas de 30 a 69 anos de idade; desses, 46,5% desconheciam a sua patologia e 22,3% dos sabidamente com diabetes não faziam tratamento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1981).

Outro estudo feito em Ribeirão Preto aponta uma prevalência ainda mais elevada, como 12,1%. Isso tudo nos faz pensar e reforçar a necessidade de uma reorientação nas ações para o controle do diabetes mellitus, dando ênfase a ações preventivas e educativas junto ao diabético, família e comunidade. Cabe aos profissionais da saúde estarem atentos para a identificação de pessoas com o risco de desenvolver diabetes mellitus, e intensificar as ações entre os já diagnosticados (TORQUATO et al., 2003).

Uma epidemia de diabetes está em curso; já há 11 milhões de diabéticos e para 2030 calcula-se que existirão cerca de 300 milhões de adultos diabéticos no mundo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Há quatro classes clínicas de diabetes mellitus, a diabetes mellitus tipo 1 – DM1, diabetes mellitus tipo 2 – DM2, diabetes mellitus gestacional e outros tipos específicos de diabetes mellitus. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

No DM1 os níveis plasmáticos de insulina estão baixos e os pacientes dependem de aplicações diárias de insulina exógena. No DM2, há uma diminuição da liberação da insulina, em que sua secreção basal é normal, porém a sua liberação pós-prandial está acentuadamente reduzida, não havendo o processamento normal da carga de carboidratos. Essa resistência insulínica pode ser causada por receptores defeituosos nas células alvos, e pode estar associada à obesidade e à gravidez. (ROBBINS; COTRAN; KUMAR, 2000).

A maioria dos pacientes com diabetes tipo 2 mantém algum nível de secreção de insulina, não dependendo de seu suprimento exógeno para sobreviver, porém com o avanço da doença a resistência acentua-se e ocorre a chamada falha secundária, que pode ser consequência do peso acima do normal ou da não aderência ao tratamento e, conseqüentemente os níveis glicêmicos se mantêm em patamares acima dos parâmetros desejados, sendo necessário a aplicação exógena de insulina para reverter esse quadro.

Dos indivíduos com *diabetes mellitus*, 5%-10% tem diabetes tipo 1, enquanto que o restante dos casos, ou seja, 90%-95% são diabéticos tipo 2. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Um bom controle incluindo mudanças permanentes no estilo de vida reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2.

A idade e o histórico familiar são fatores de risco não modificáveis, assim, as medidas preventivas devem focalizar os fatores de risco modificáveis para o DM2. Entre estes, destacam-se a obesidade e fatores dietoterápicos, o sedentarismo, bem como o tabagismo. *Stress* psicossocial e episódios depressivos maiores também estão associados a um aumento de risco para DM. (RUY et al., 2006).

Reduzir o impacto do DM2 significa, antes de tudo, reduzir a incidência da doença, adotando-se medidas preventivas que impeçam o seu aparecimento, especialmente para os indivíduos de risco.

Somente a disseminação de informação sobre as consequências da DM tipo 2 e de como evitá-la não é suficiente para a prevenção desta doença na população geral. Entre as medidas sugeridas pela International Diabetes Federatio (IDF) destaca-se à criação de ambiente e de condições que conduzam ao indivíduo a adotar e manter um estilo de vida ativo com hábitos alimentares saudáveis, requerendo mudanças políticas e legislativas coordenadas com grande atenção ao ambiente urbano, à infraestrutura de transportes e às oportunidades para educação e exercício no local de trabalho. (BRITO, 2007).

Essas evidências estão bem fundamentadas no Nurses Health Study (SARTORELLI; FRANCO; CARDOSO, 2006), conduzido com 84.941 mulheres americanas, em que se observou que a ausência de tabagismo, prática de trinta minutos de atividades físicas diária, manutenção de peso e padrão alimentar habitual rico em fibras e ácidos graxos polinsaturados, pobre em gorduras saturadas e ácidos graxos *trans* com baixo índice glicêmico reduziu em 91% o risco de desenvolver a diabetes mellitus tipo 2 após 16 anos de seguimento.

Ajudar as pessoas a obter conhecimentos e a controlar à sua doença é essencial para que estas desfrutem de uma vida plena e saudável. A participação da família contribui para que o diabético aceite melhor a sua nova condição frente à doença. Sabe-se que a adesão ao tratamento e mudanças nos hábitos de vida não são fáceis de serem obtidas de um dia para o outro, e que ocorrem gradativamente. Para que o diabético aceite as mudanças em relação ao tratamento, é necessário que este conheça a sua patologia, as complicações e os cuidados necessários para manter o controle metabólico.

A família é parte do sistema de saúde para seus membros, pois é nela que se cria um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que influenciam nas ações da família, na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença (ELSEN, 2002).

É muito importante a participação da equipe de saúde e da família no encorajamento ao paciente, para que o diagnóstico seja mais bem aceito. Pois, o diagnóstico de uma doença crônica desencadeia perda da autoimagem, frequentemente acompanhado de negação da realidade, revolta, depressão e depois aceitação. Os familiares podem ajudar muito com apoio e motivação tornando mais efetiva a fase de aceitação da doença. Assim a família deve ser coparticipante do

tratamento do paciente diabético, visto que assume uma grande parcela do cuidado com o doente. Cabe ainda, aos profissionais da saúde, participarem no cuidado em situações de saúde e doença, e a família em dar continuidade ao cuidado, evitando as complicações do paciente (GROSSI, 2007).

Consciente da magnitude desta doença e das mudanças que a mesma gera na vida do diabético, percebe-se a importância da participação da família e dos profissionais da saúde no cuidado às pessoas com diabetes. Desse modo, as alternativas de planejamento do cuidado incluem a criação de parcerias dos profissionais de saúde com as famílias dos diabéticos de maneira a criar vínculos entre essas duas partes envolvidas no cuidado. A primeira investida seria ter informação sobre a maneira de viver das pessoas com diabetes, incluindo o relacionamento com seus familiares. Espera-se que os resultados deste estudo agregados a outros advindos de semelhantes pesquisas mostrem evidências científicas que possam servir de base para a tomada de decisão referente à formação de políticas do cuidado às pessoas em condições de diabetes.

Assim, desenvolvemos este estudo baseado na seguinte questão: Qual é a vivência relatada pelas pessoas após o diagnóstico de diabetes mellitus?

Objetivos:

- a) Investigar a convivência dos sujeitos da pesquisa com a diabetes mellitus.
- b) Investigar o cuidado dispensado da família ao diabético, relatado pelos diabéticos.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Os sujeitos da pesquisa foram 20 diabéticos, de ambos os sexos, usuários do Programa de Atenção Básica do município de Concórdia, SC, com diagnóstico de *diabetes mellitus* tipo 2 há mais de um ano.

Os dados foram coletados por meio de um questionário contendo perguntas sobre a situação sociodemográfica como idade, sexo, escolaridade, tempo de diagnóstico de diabetes e a medicação utilizada, além de uma entrevista guiada por questões norteadoras. Esta pesquisa seguiu as recomendações éticas contidas nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado, sob o número 271/07 (BRASIL, 2002).

Inicialmente, os diabéticos que compareceram no período da coleta de dados no ambulatório de atendimento ao diabético para fazerem a consulta de enfermagem eram convidados pela pesquisadora a participar do estudo. Aos que aceitavam

participar era explicado o objetivo da pesquisa, e solicitado que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.

As entrevistas foram realizadas no próprio local da consulta dos diabéticos, em uma sala reservada, onde puderam ficar a vontade para falar sobre o cuidado familiar, sem sofrer interferências externas. As mesmas foram gravadas na íntegra e, posteriormente, foram transcritas, organizadas e analisadas com utilização de técnicas qualitativas.

## **ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

### **Caracterização dos Participantes**

Os 20 participantes tinham entre 33 a 78 anos de idade, 14 eram do sexo feminino. Quanto à escolaridade 2 eram analfabetos, 5 cursaram menos de 4 anos de estudo, 12 até 4 anos e 1 cursou o Ensino Fundamental. Treze eram casados, 4 desquitados e 3 eram viúvos.

Os medicamentos mais usados por estes diabéticos são a metformina, Glibenclamida, Glimepirida e Insulina. Uma participante faz uso exclusivo da insulina, e os demais associam antidiabéticos orais e a insulina; 12 dos entrevistados também fazem uso de medicação anti-hipertensiva.

As informações da vivência relatada pelas pessoas após o diagnóstico de *diabetes mellitus* foram organizadas em cinco categorias: 1 – Reviravolta na vida; 2 – Desgosto; 3 – Cuidado familiar; 4 – Autocuidado.

### **REVIRAVOLTA NA VIDA**

Os diabéticos relataram mudanças em suas vidas após o diagnóstico, principalmente no que se refere ao uso de medicamentos e a restrição de alguns alimentos, como podemos constatar nos depoimentos:

- *A minha vida mudou, agora tenho que tomar os remédios, esse é sagrado e a minha esposa não deixa eu esquecer de tomar, e eu não gosto [...]*
- *O que mais mudou foi a comida, eu não posso comer o que eu tenho vontade eu gostava de comer doce [...]*
- *O mais difícil para mim é aplicar a insulina, são duas picadas ao dia e eu não gosto de injeção [...]*

- [...] eu tive que mudar tudo, dá uma reviravolta na vida da gente [...] mudou tudo [...] completamente [...]

Houve também os que citaram a atividade física como dificuldade para o tratamento da *diabetes mellitus*:

“[...] para mim o mais difícil é fazer caminhada [...] eu não gosto de caminhar [...]”.

A diabetes mellitus pode levar ao isolamento social, pois há quem deixa de fazer as atividades sociais e de frequentar lugares antes tido como de recreação e lazer:

“[...] eu não participo mais do clube de mães, é que lá tem lanche, aí eu não posso comer [...] então eu fico em casa fazendo tricô e crochê [...]”

O tratamento da *diabetes mellitus* está alicerçado no uso correto de medicamentos, dieta, atividade física e educação e tem como objetivos o controle metabólico e a manutenção do peso corporal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Sabe-se que a dieta é o item do tratamento de difícil adesão, porque requer mudanças em hábitos adquiridos desde a infância e como esses são influenciados pela cultura, há tendência, em certas regiões e/ou localidades, de consumir alimentos totalmente incompatíveis com o diabetes.

O regime alimentar foi citado, em estudos realizados anteriormente, como a maior dificuldade enfrentada pelos pacientes para alguns por falta de condições financeiras; para outros, dificuldade em resistir a uma mesa farta e também a falta de apoio da família. Estes fatores foram vistos como uma impossibilidade de viabilizar uma dieta adequada. Nas comunidades fora de centros urbanos ainda persiste a crença de que diminuir a quantidade de alimentos e ou ingerir alimentos com baixas quantidades de carboidratos significa perder as forças e não poder desenvolver as atividades do dia-a-dia (SILVA, 2000).

Vários estudos conduzidos com pacientes em condições de *diabetes mellitus* revelaram que grande parte, entre os que usavam medicamento oral, manifestou medo de ter que tomar insulina; apresentou isolamento social; não aceitou a situação de diabetes, o que desencadeou revolta e problemas nas relações familiares e no trabalho. É bastante comum a rejeição ao uso de insulina, pois, alguns alegam que não têm habilidades para aplicá-la e não querem depender de outrem para isso. Outros acreditam que quem precisa injetar insulina está no estágio final da doença, além de acreditarem que a insulina vicia.

Além de mudanças nos hábitos alimentares, a situação do diabetes requer aquisição de novas incumbências ou seja, precisam fazer e ou se preocupar com algo mais em suas vidas tal como: procurar saber o que é diabetes, o porque do regime de tratamento, aprender a viver com o diabetes e aprender a controlar as possíveis complicações inerentes a esta condição crônica (TRENTINI; SILVA; LEIMANN, 1990).

## DESGOSTO

Alguns diabéticos relataram que não se incomodam com o tratamento, porém não aceitam sua condição de diabéticos:

*[...] não me incomoda nada no tratamento, nem a dieta, nem o remédio, o que me incomoda é saber que tenho diabetes, eu não me conformo, eu não quero ter essa doença [...]*

*[...] não mudou nada para melhor desde que eu descobri, foi um grande desgosto, e olha que faz 20 anos. Eu tive que largar o que eu gostava, que era o doce [...]*

Aceitar ser portador de alguma doença, seja ela crônica ou não, é sempre muito difícil, pois mexe com a autoimagem e autoestima. As pessoas, ao receberem o diagnóstico passam por vários estágios: negação, revolta, barganha, depressão e por último, após muita luta, vem a aceitação; entretanto, algumas podem permanecer até o final de suas vidas nos estágios iniciais de não aceitação da doença (KLUBBER-ROSS, 1977).

“[...] o que mais eu sinto, é que eu não poso comer tudo o que eu tenho vontade, e isso me deixa nervosa [...]. Não é nada fácil [...]”

A Teoria da Integração (HERNANDEZ; CORNELIUS, 1999), originada de um estudo com indivíduos diabéticos tipo 1, caracteriza os padrões de comportamento desses indivíduos em três fases: tendo diabetes (*having diabetes*), momento decisivo (*turning point*) e conhecimento de si (*science of one*).

A primeira fase inicia quando o diabetes é diagnosticado e é caracterizado por uma falta ou pouco conhecimento sobre a doença, bem como um desinteresse sobre o seu tratamento e complicações. O foco está em viver a vida como um indivíduo normal, sem diabetes. Algumas pessoas permanecem nesta primeira fase, durante muitos anos e só termina quando um evento significativo acontece em sua vida e força-o a assumir a vida com diabetes. Na segunda fase denominada momento decisivo, a pessoa interessa-se em aprender sobre diabetes e fica envolvido em todos os aspectos do tratamento; o foco é sobre o *diabetes mellitus*. A última fase, conhecimento de si é uma progressão natural da segunda fase e caracteriza-se pela maneira personalizada de viver com o diabetes (HERNANDEZ; CORNELIUS, 1999).

## CUIDADO FAMILIAR

Neste estudo os diabéticos relataram que a família participa do cuidado de várias formas:

[...] moro com o meu marido e tenho uma filha que mora perto, [...] eles me apoiam, [...] eles estão sempre perto de mim, [...]  
Eu tenho apoio de toda a minha família... todos eles me cuidam...  
[...] todos eles [...] Os meus filhos me dão muita atenção, eles me cuidam bem [...].

O apoio e a atenção que a família oferece ao paciente diabético é muito importante, porque assim o doente pode falar sobre suas dúvidas, seus sofrimentos, enfim, sobre a doença. Ter um familiar para apoiar é de suma importância para que o indivíduo se fortaleça e, com isso, passe a aceitar e aderir ao tratamento.

[...] é o meu marido que me dá os remédios ele me ajuda muito [...]  
[...] a minha esposa é quem me dá os remédios [...]  
[...] elas não deixam que eu esqueça de tomar os remédios.

Nos depoimentos acima nota-se um consenso nas opiniões, em que vários diabéticos relatam que a família os auxilia com a medicação, para não se esquecerem dos horários e para tomarem nas doses certas. Este cuidado é bem justificado, visto que a grande maioria dos diabéticos faz uso de antidiabéticos orais, e alguns o associam com a insulina. A idade mais avançada pode também ser um fator que leva a família a preocupar-se, pois com o avanço da idade o indivíduo pode passar a ter lapsos de memória imediata, fazendo com que o mesmo possa esquecer-se dos horários e doses a serem tomadas (CANIREU; BASTOS, 2002).

Ajudar e fazer a dieta é outro cuidado citado pelos diabéticos, como segue nos depoimentos, mostrando que a família pode ser um fator facilitador como também de dificuldade para este cuidado:

[...] a minha esposa cuida com o que eu vou comer [...] Eu posso dizer que sou bem cuidado [...]  
[...] Lá em casa sou eu quem tem que saber me controlar, sou eu que faço a comida [...]  
[...] eu faço vários tipos de comida [...] eu tenho que cuidar com o que eu posso comer [...] eles sempre me perguntam como está [...] se o exame deu bom [...], quando eu chego em casa a primeira coisa que me perguntam é quanto deu o diabetes, principalmente o meu marido [...]  
[...] hoje a minha neta veio comigo, ela sempre me acompanha, o meu filho me trouxe, depois ele vem nos buscar [...].

Outros ainda citaram que não vêem necessidade do acompanhamento nas consultas, e uma participante relatou que a família não a acompanha.

[...] eles só vêm se eu quiser, porque não precisa, eu consigo me virar sozinha [...]  
[...] não, porque não tem necessidade, eu me viro, não existe eles ficarem vindo comigo [...].

As consultas servem para orientar as bases do tratamento do diabetes: educação, dieta, automonitorização e para solicitação de exames de rotina. Têm como objetivo também verificar se o tratamento está sendo conduzido de forma correta pelo diabético e pela família. No diabetes mellitus tipo 2 além da avaliação do controle glicêmico, nas consultas, avalia-se os fatores de risco, como a hipertensão arterial e a obesidade e o acompanhamento familiar é fator preponderante para o

planejamento do tratamento/cuidados a serem seguidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005).

O cuidado familiar é reconhecido mediante vários atributos, entre eles a presença, a inclusão e a promoção. É por meio desses atributos que há interação e interpretação das situações vividas, por meio das quais a família demonstra solidariedade com seus componentes, orienta e acompanha ajudando na escolha do que é correto, aceitável, esperado ou perigoso no seu dia-a-dia quando se defrontam com situações difíceis (ELSEN, 2002). O potencial dos pacientes e suas famílias deveria ser valorizado pelos profissionais da saúde de modo a melhorar o convívio com a condição de diabetes. O trabalho em parceria envolvendo pacientes e seus familiares, as equipes de saúde e grupos de apoio da comunidade têm sido indicadas como uma forma inovadora no cuidado às pessoas em condições crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

## **AUTO-CUIDADO**

Alguns entrevistados ressaltaram que não podem contar com o apoio de ninguém, sendo que são os responsáveis pelo seu autocuidado:

[...] é preciso controlar tudo, e fazer uma dieta muito rigorosa [...] e eu que tenho que me cuidar [...]

[...] eu tenho medo de esquecer os horários dos remédios, é que são muitos e não tem ninguém para me ajudar, então eu acho difícil [...]

[...] Sou eu que tenho que saber me controlar [...] ai eu compro algumas coisas para diabetes, é que gosto muito de doce [...]

Evidencia-se a responsabilidade dos profissionais que atendem esses clientes para que abandonem a prática prescritiva centrada na transmissão de informações destinadas à mudança de comportamento, que na maioria das vezes não acontece, para uma prática educativa que tenha como objetivo a autonomia do cliente para que possa aderir ao autocuidado evitando as complicações. Para isso, há necessidade de interação enfermeiro-cliente para que se estabeleça um vínculo de confiança e cooperação na aderência ao tratamento e principalmente a participação efetiva do diabético no planejamento do mesmo.

O autogerenciamento do diabetes deve ser apoiado, pois quando integral e eficaz, o autogerenciamento produz resultados satisfatórios para ter uma convivência harmoniosa com a condição de diabetes. Para isso, os profissionais cuidadores também necessitam ser informados sobre estratégias de autogerenciamento específico para as pessoas em condição de diabetes.

## CONCLUSÃO

Viver com *diabetes mellitus* não é fácil e a maioria dos diabéticos relata ser a dieta o item do tratamento de maior dificuldade. Alguns ainda citam o fato de tomar medicação diariamente e a prática de exercícios físicos, associada ao tratamento. Outro fator apresentado são as mudanças ocorridas em suas vidas sociais, visto que às vezes, os mesmos deixam de participar de grupos que antigamente frequentavam, devido às mudanças que o tratamento exige.

Para fortalecer o diabético a viver de uma melhor maneira com a doença é fundamental o apoio da família, amigos, profissionais de saúde, instituições e entidades em geral. Trabalhar com os diabéticos e convidar a família a ser participante do cuidado ao diabético é um papel importante que os profissionais de saúde devem implementar em seu trabalho, pois a participação da família é significativa principalmente em se tratando de uma doença crônica em que as mudanças muitas vezes são marcantes pela duração e risco que as mesmas oferecem.

Para que a família seja uma ferramenta fundamental na vida do diabético é importante que a mesma esteja integrada ao tratamento de seu ente diabético, pois as mudanças são muitas e a família é a base para que as atitudes frente ao tratamento sejam efetivas. Reafirma-se, com isso, a importância dos profissionais de saúde interagir com as famílias dos pacientes diabéticos para darem suporte mediante orientações contextualizadas a fim de ajudar a superar a fragilidade das mesmas frente à doença e, principalmente, para que possam ser o amparo necessário ao seu membro portador de *diabetes mellitus*.

Mais do que as doenças de curta duração as de longa (condições crônicas) requerem um cuidado integrado para garantir o compartilhamento de informações entre diferentes cenários. A integralidade aqui se refere a uma coordenação durável das práticas do cuidado às pessoas em condições de diabetes para garantir a disponibilidade e continuidade de atenção a todas as suas necessidades de modo a articular o cuidado de diferentes disciplinas profissionais e também o cuidado popular.

As pesquisas científicas constataam que o gerenciamento da condição de diabetes requer mudança contínua no estilo de vida, portanto o autogerenciamento com responsabilidade deve ser estimulado para que as pessoas com diabetes possam promover sua própria vida e saúde. Para autogerenciar com sucesso a condição de diabetes, o cuidado deve compreender o ambiente social e familiar das pessoas diabéticas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo multicêntrico sobre a prevalência da diabetes mellitus no Brasil: resultados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1981.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRITO, Carlos Pina. Prevenção da Diabetes Tipo 2: Consenso da "International Diabetes Federation" (2007). **Revista Portuguesa de Diabetes**, n. 1, p. 34-37, 2007. Disponível em: <[http://www.evolute.pt/~spd/ficheiros\\_joomla/revista/diabetes\\_2\\_2007\\_06.png](http://www.evolute.pt/~spd/ficheiros_joomla/revista/diabetes_2_2007_06.png)>. Acesso em: 21 jan. 2008.

CANINEU, R.P.; BASTOS, A. Transtornos cognitivos leves. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ELSEN, Ingrid. Cuidado familiar: Uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sônia S.; SANTOS, Regina M. **O Viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

FRANCIONI, F. F. **Grupo de convivência**: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

GROSSI, Sônia Aurora Alves. **Educação em diabética**. Disponível em: <<http://www.ids-saude.uol.com.br/>>. Acesso em: 4 set. 2007.

HERNANDEZ, C. A.; ANTONE, I.; CORNELIUS, I. A grounded theory study of the experience of type 2 diabetes mellitus in first nations adults. **Canadá. J Transcult Nurs**, v. 10, n. 3, p. 220-228, 1999.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Edart editora, 1977.

LYRA, Ruy et al. Prevenção da diabetes mellitus tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 50, n. 2, p. 239-249, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-)>.

MATOSINHO, M. M. S. **Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes melitus tipo 1 e seus familiares**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação relatório mundial, Brasília, DF: OMS, 2003.

ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S.; KUMAR, V. **Patologia estrutural e funcional**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SANDOVAL, R. D. C. B. **Grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus e familiares percepção acerca das complicações crônicas e consequências sociais crônicas**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SARTORELLI, Daniela et al. Nutritional intervention and primary prevention of type 2 diabetes mellitus: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n. 1, p. 7-18, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100002&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2006000100002>.

SILVA, D. M. G. V. **A construção da experiência de viver com diabetes mellitus**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e Acompanhamento da diabetes mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2007.

TORQUATO, Maria Teresa da Costa Gonçalves *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e intolerância a glicose na população urbana de 30 a 69 anos em Ribeirão Preto. **Med. J.** São Paulo, v. 121, n. 6, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 abr. 2007.

TRENTINI M.; SILVA, D. G. V.; LEIMANN, A. H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 18-28, 1990.

---

<sup>1</sup> Doutora em Gerontologia biomédica; Professora da Universidade do Contestado; [beltrame@uncnet.br](mailto:beltrame@uncnet.br)

<sup>2</sup> Enfermeira graduada pela Universidade do Contestado *Campus* de Concórdia; [madibrug@yahoo.com.br](mailto:madibrug@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem; Professora aposentada pela Universidade Federal de Santa Catarina. [mertini@terra.com.br](mailto:mertini@terra.com.br)

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem; Professora da Universidade do Contestado; [valeriamadureira2005@hotmail.com](mailto:valeriamadureira2005@hotmail.com)