**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E
CIÊNCIAS HUMANAS**

CAMILA CARDOSO CAIXETA

**AS RELAÇÕES FAMILIARES E O PROCESSO DE ADOECIMENTO EM
DIABETES TIPO 2**

RIBEIRÃO PRETO

2007

CAMILA CARDOSO CAIXETA

As relações familiares e o processo de adoecimento em diabetes tipo 2

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção de Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica
Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sueli Aparecida Frari Galera

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Caixeta, Camila Cardoso

As relações familiares e o processo de adoecimento em diabetes tipo 2/

Camila Cardoso Caixeta; orientadora Sueli Aparecida Frari Galera. –
Ribeirão Preto, 2007.

131f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica)- Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Enfermagem. 2. Família. 3. Diabetes Mellitus tipo 2

CAMILA CARDOSO CAIXETA

**AS RELAÇÕES FAMILIARES E O PROCESSO DE ADOECIMENTO EM
DIABETES TIPO 2**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Sueli Aparecida Frari Galera

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Assinatura:_____

Prof^a. Dr^a. Vânia Moreno

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Assinatura:_____

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Zanetti

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Assinatura:_____

Dedico este trabalho aos meus pais, Mário e Iraídes, que sempre me apoiaram e incentivaram em minhas decisões. A vocês devo minha vida, minha formação enquanto pessoa e profissional.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida e da sabedoria.

À Professora Dr^a. Sueli Aparecida Frari Galera, que com carinho e paciência se propôs a dividir comigo seus conhecimentos, demonstrando em momentos de ensinamento, uma grande amizade.

À Professora. Dr^a. Vânia Moreno que sempre esteve ao meu lado, como grande amiga e mestre, compartilhando momentos de desafios e conquistas.

À Professora. Dr^a. Maria Lúcia Zanetti que contribuiu, efetivamente, para a realização desta pesquisa, me acolhendo em seu ambiente de pesquisa.

À Professora. Dr^a. Renata Curi Labate, por sua colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

Às famílias que participaram desta pesquisa, que me acolheram com muito carinho e respeito em seus lares.

A toda equipe do Grupo de Estudos em Diabetes do Centro de Estudos para Adultos e Idosos que proporcionaram uma troca de experiências valiosa para a conclusão deste trabalho.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Usp que me auxiliaram em toda a trajetória desta pesquisa.

À minha família, que compreendeu e respeitou meus momentos de ausência, quando então estava em processo de entrega a este trabalho. Em especial ao meu irmão, Mário Henrique, minha cunhada Lorenza e ao meu afilhado Pedro. A todos os meus tios, particularmente à Maria José e Sebastião e, ainda, aos meus queridos primos e avós – desde sempre meu porto seguro.

Aos meus amigos, que sempre estiveram por perto nos momentos em que mais precisei: Marcela, Maria Emilia, Gislene, Soraya, Fernando, Dino, Fabrícia, LÍlian, Camila, Daniella, Elisângela, Juliana, Estela, Luciana Corá,, Aline, Luciana Capretz, Simone, Fernanda Noca, Érika e, em especial, à Mary que me auxiliou em todo o processo de produção deste trabalho . À amiga Fabiana Carrijo que teve o zelo, o carinho e o cuidado de pontuar esta pesquisa.

Às colegas, Leninha, Bia, Adriana e Ana Carolina, pela troca de experiências.

*“(...)Penso que cumprir a vida seja
simplesmente compreender a marcha ir
tocando em frente...”*

*(...) É preciso amor pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir*

*Todo mundo ama um dia, todo mundo chora
Um dia a gente chega no outro vai embora
cada um de nós compõe a sua história
cada ser em si carrega o dom de ser capaz
e ser feliz”*

(Almir Sater e Renato Teixeira)

RESUMO

CAIXETA, C.C. **As relações familiares e o processo de adoecimento em diabetes tipo 2** 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

Dentre as doenças crônico-degenerativas encontra-se o diabetes tipo 2 que atinge cerca de 5 milhões de brasileiros. O diabetes é definido como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Tem como consequência em longo prazo alterações micro e macrovasculares que levam a disfunção, dano ou falência de vários órgãos. Em termos de morbidade o diabetes representa, uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo e o aumento na incidência e prevalência pode estar associado às mudanças sociais tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, deslocamento de populações para zonas urbanas, mudanças de estilo de vida, inatividade física e obesidade. Atualmente não existe cura para o diabetes, pode-se pensar no bom controle dessa doença através da alimentação, atividade física e uso de medicamentos. Acredita-se que, se a pessoa diabética atinge o controle glicêmico é possível prevenir as complicações e favorecer a qualidade de vida. Nota-se, ao discutir os cuidados da pessoa diabética relacionados ao plano terapêutico, que há uma estreita relação com o apoio familiar e o cuidado com a doença. Assim, constituiu-se objeto de estudo compreender como as relações familiares influenciam no processo de adoecimento da pessoa diabética e é influenciada por ele. Trata-se de um estudo fundamentado nos princípios da abordagem sistêmica e do interacionismo simbólico, realizado no período de fevereiro a maio de 2006. Participaram do estudo seis famílias de pessoas diabéticas tipo 2, em seguimento no Grupo de Educação em Diabetes do Centro de Educação para Adultos e Idosos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os dados foram obtidos por meio de análise dos prontuários, observação não participante, registros no diário de campo e entrevista familiar, no domicílio. Os dados são apresentados em duas fases. A primeira corresponde à análise do sistema familiar segundo os aspectos estrutural, de desenvolvimento e funcional. E em seguida a apresentação das entrevistas transcritas e submetidas à análise de conteúdo latente, descritas através de categorias. A análise do sistema familiar permitiu observar que das seis famílias participantes, todos os pacientes eram idosos, cinco coabitavam com seus respectivos cônjuges e uma era viúva. A análise das entrevistas demonstrou dois momentos importantes no manejo do diabetes que se apresentaram de forma temporal e que se entrelaçam pelas relações familiares estabelecidas neste processo de adoecimento: a descoberta e em seguida o convívio com a doença. Os resultados nos permitiram concluir que olhar para o contexto, para a dinâmica e para a forma de organização familiar em que a pessoa diabética está inserida, facilita o processo de entendimento dos fenômenos relacionados ao controle glicêmico. Entende-se que é imprescindível ao profissional de saúde, considerar a família como unidade de cuidado a pessoa diabética, assim como utilizar a correlação entre família e controle dos valores glicêmicos como ferramenta para a melhoria da assistência prestada.

Palavras-chave: Enfermagem, Família, Diabetes Mellitus tipo 2.

ABSTRACT

CAIXETA, C.C. The familiar relations and the process of to sick in diabetes type 2
2007. Thesis (Master's Degree) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

Diabetes type 2 is found among the chronic conditions which affect about 5 million Brazilians. Diabetes is defined as a syndrome of multiple etiology, resulting from the lack of insulin and/or the inability of the insulin to perform its effects accurately. It has micro and macrovascular changes as long term consequences which lead to the malfunction, damage or failure of various organs. In terms of morbidity, Diabetes Mellitus represents, nowadays, one of the main chronic diseases which affect the contemporary men. The increase of its occurrence and prevail may be associated with social changes such as higher urbanization rate, increase of life expectancy, industrialization, hypercaloric diets rich in carbon hydrates of quick absorption, migration of populations to urban areas, change of lifestyle, physical inactivity and obesity. There is not a cure for diabetes nowadays. For the moment, it is possible to think of a good control of this disease through a diet, physical activity and use of medication. It is believed that if the patient starts this control, it is possible to prevent some complications and favor his/her life quality. It is observed that when discussing the adhesion of the type 2 diabetic to the medication or non-medication treatments there is a narrow relation between the family support and the following of the given orientation. Thus, study object consists to understand as the familiar relations influence in the process of to sick of the diabetic person and are influenced by it. It is a qualitative study based on the principles of symbolic interactionism and the systemic approach which led the data collection and analysis of this research. Six families in which there were type 2 diabetics participated in this study followed by the *Centro de Educação para Adultos e Idosos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*. The data was put together through interview, non-participant observation and informal interview, records on the field journal and family interview at the family home. This data was presented with the analysis of the family system according to the structural, developing and functional aspects (genogram) and the description of the categories obtained on the interviews. The interviews were transcribed and put under a latent content analysis. The analysis of the family system enabled the observation that out of the six participating families all the patients were elderly, five lived with their spouses and only one patient was a widow. The analysis of the interviews showed two important moments in the handling of diabetes which were presented in a temporal way: realizing the existence of the disease and living with it. The results in had allowed them to conclude that to look at for the context, the dynamics and the form of familiar organization where to the diabetic person she is inserted, it facilitates the process of agreement of the related phenomena to the glicemico control. That it is essential to the health professional, to consider the family as unit of care the diabetic person, as well as using the correlation between family and control of the glicemicos values as tool for the improvement of the given assistance.

Keywords: Nursing – Family – Diabetes Mellitus Type 2.

RESUMEN

CAIXETA C.C. Las relaciones familiares y el proceso al enfermo en el tipo 2 de la diabetes 2007. Disertación (Maestría) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

En medio a las condiciones crónicas se encuentra la diabetes mellitus tipo 2 que atinge cerca de cinco millones de brasileños. La diabetes es definida como una síndrome de etiología múltipla, ocasionada por la falta de insulina y/o incapacidad de la insulina ejercer adecuadamente sus efectos. Tiene como consecuencia en largo plazo alteraciones micro y macrovasculares que llevan a disfunción, daño o falencia de varios órganos. En términos de morbilidad la Diabetes Mellitas representa, actualmente, una de las principales enfermedades crónicas que afectan al hombre contemporáneo y el aumento en la incidencia y prevalencia puede estar asociado a los cambios sociales tales como: mayor tasa de urbanización, aumento de la expectativa de vida, industrialización, dietas hipercalóricas y ricas en hidratos de carbono de absorción rápida, desplazamiento de poblaciones para zonas urbanas, cambios de estilo de vida, inactividad física y obesidad. Actualmente no existe cura para la diabetes. Mientras tanto es posible pensar en un buen control de esa enfermedad a través de alimentación, actividad física y uso de medicamentos. Acredítase que, si el paciente adhiere a este control es posible prevenir las complicaciones y favorecer la calidad de vida del portador. Nótese, al discutir la adhesión del portador de diabetes tipo 2 a los tratamientos medicamentosos y no medicamentosos, que hay una estrecha relación con apoyo familiar y el seguimiento de las orientaciones dadas. Así, el objeto del estudio consiste en entender cómo la influencia familiar de las relaciones en el proceso al enfermo de la persona diabética y es influenciado por él. Trátase de un estudio cualitativo, fundamentado en los principios del interaccionismo simbólico y del abordaje sistémico que nortearon la cosecha y análisis de los datos de esta pesquisa. Participaron del estudio seis familias de portadores de diabetes tipo 2, seguidos por el Centro de Educación para Adultos y Ancianos de la Escuela de Enfermería de "Ribeirão Preto" de la Universidad de "São Paulo". Los datos fueron obtenidos por medio de entrevista, observación no participante y entrevista informal, registros en el diario de campo y entrevista familiar, en el domicilio familiar. Fue planteado los datos utilizando un análisis del sistema familiar en los aspectos estructural (genograma), del desarrollo y funcional y descripción de las categorías obtenidas en las entrevistas. Las entrevistas fueron transcritas y submetidas a un análisis de contenido latente. El análisis del sistema familiar permitió observar que de las seis familias participantes, todos los pacientes eran ancianos, cinco cohabitaban con sus respectivos cónyuges y sólo una paciente era viuda. El análisis de las entrevistas demostró importantes en el manejo de la diabetes que se planteaba de forma temporal: el descubrimiento y enseguida el convivencia con la enfermedad. Los resultados en tenido permitido los para concluir eso para mirar para el contexto, la dinámica y la forma de organización familiar donde a la persona diabética la insertan, facilita el proceso del acuerdo de los fenómenos relacionados al control del glicémico. Que es esencial para el profesional de salud, considerar a la familia como unidad del cuidado la persona diabética, así como usar la correlación entre la familia y el control de los valores de los glicémicos como herramienta para la mejora de la ayuda dada.

Descriptores: Enfermería, Familia, Diabetes Mellitas tipo 2

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Aspectos epidemiológicos relacionados a diabetes tipo 2	14
1.2 A família e suas relações no processo de adoecimento em diabetes	24
2. QUADRO TEÓRICO	25
2.1. A família do ponto de vista sistêmico	25
2.2. O interacionismo simbólico e a dinâmica familiar	31
3. OBJETIVO	37
4. PERCURSO METODOLÓGICO	37
4.1. Tipo de estudo	37
4.2. Período do estudo	38
4.3. Local do estudo	38
4.4. Participantes	40
4.5. Contato inicial	42
4.6. Aspectos éticos	43
4.7. Procedimentos de coleta de dados	43
4.8. Organização dos dados	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1. Sistemas familiares	49
5.1.1. Reflexão sobre as famílias participantes	92
5.2. Análise das entrevistas	93
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
7. REFERÊNCIAS	119
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	126
ANEXO B – Formulário sócio demográfico	128
ANEXO C – Entrevista familiar	129

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A família na medida em que se relaciona com outros sistemas.....	26
Figura 2 – Participantes da família de Abel.....	50
Figura 3 - Genograma da família de Abel.....	57
Figura 4 –Participantes da família de Bia.....	61
Figura 5 – Genograma da família de Bia.....	64
Figuras 6 – Participantes da família de Carmen.....	68
Figura 7 - Genograma da família de Carmen.....	70
Figura 8 – Participantes da família de Denise.....	74
Figura 9 - Genograma da família de Denise.....	76
Figura 10 – Participantes da família de Ernesto.....	80
Figura 11 – Genograma da família de Ernesto.....	82
Figura 12 – Participantes da família de Fernanda.....	87
Figura 13 - Genograma da família de Fernanda.....	88
Figura 14 – Organograma com categorias e subcategorias temáticas extraídas das entrevistas com as famílias participantes.....	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Valores das glicemias capilares pós-prandial das pessoas diabéticas	41
Quadro 02 – Característica das pessoas diabéticas acompanhadas neste estudo.....	42
Quadro 03 – Atividades realizadas a cada encontro com os participantes da pesquisa.....	45
Quadro 04 – Problemas identificados em cada encontro com a família de Abel.....	60
Quadro 05 - Problemas identificados em cada encontro com a família de Bia.....	67
Quadro 06 – Problemas identificados em cada encontro com a família de Carmen.....	73
Quadro 07 - Problemas identificados em cada encontro com a família de Denise.....	79
Quadro 08 – Problemas identificados em cada encontro com a família de Ernesto.....	85
Quadro 09 Problemas identificados em cada encontro com a família de Fernanda.....	91

APRESENTAÇÃO

Minha vida acadêmica iniciou-se em 1999, quando então principiei o curso de graduação em enfermagem. O interesse pela pesquisa surgiu no quarto ano de graduação, ao ser convidada pela professora Vânia Moreno para participar de um projeto de pesquisa. No último ano, realizei estágio curricular em unidades básicas de saúde – configurando então meu primeiro contato com a saúde pública – o que me levou a buscar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Botucatu -Universidade Estadual Paulista, com o intuito de aprofundar conhecimentos nesta área.

Durante a residência, realizei atendimentos à família de pacientes e tive a oportunidade de entrar no universo familiar com mais profundidade, além de obter conhecimentos sobre a literatura específica. No último ano de residência, em 2004, escolhi desenvolver pesquisa com o núcleo familiar de uma das pacientes que acompanhava na unidade de saúde da família onde estagiava. Tal experiência levou-me a aprimorar os estudos nesta área e optar, após a residência, por realizar Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, nível mestrado.

Essa trajetória conduziu-me a esta dissertação, que tem como **objetivo descrever as relações familiares no processo de adoecimento em diabetes tipo 2** e possui dois momentos: o primeiro refere-se à análise dos núcleos familiares participantes enquanto estrutura, desenvolvimento e função e, o segundo descreve o conteúdo extraído das entrevistas.

Cabe apresentar ao leitor o caminho a ser percorrido. Na introdução contextualizo o diabetes em seus aspectos epidemiológicos, partindo de documentos das agências nacionais e internacionais, contrapondo com a realidade local do estudo. Abordo também as características clínicas, as estratégias de prevenção quanto à progressão do quadro e a

terapêutica medicamentosa. Busquei enfatizar o fenômeno da adesão por se tratar de um ponto relevante entre as relações das pessoas diabéticas, suas famílias e a doença, com o plano terapêutico e com o sistema de saúde.

No segundo momento trago o quadro teórico que balizou este estudo, apresentando os pressupostos da abordagem sistêmica e do interacionismo simbólico. Em seguida, apresento o percurso metodológico, contextualizando o período e o local do estudo, os participantes, o contato inicial, os aspectos éticos que nortearam a pesquisa, como se realizou a coleta de dados e toda a organização para a análise destes dados, os quais me permitiram organizar os resultados e a discussão.

O genograma foi o ponto de partida para conhecer como as famílias são constituídas e a entrevista possibilitou compreender como a dinâmica familiar é influenciada pelo processo de adoecimento da pessoa diabética tipo 2.

Os resultados e discussão apresentam parte da temporalidade do conhecimento do diagnóstico médico do diabetes tipo 2, sua convivência e as relações familiares.

Nas considerações finais trago a síntese do estudo, ainda provisória, mas indicando para os profissionais de saúde a importância de incorporarem a participação efetiva da família no plano terapêutico¹.

¹ - Recorri, na presente apresentação, à **narrativa em primeira pessoa**, contrariamente ao que fiz no decorrer de toda a dissertação, por acreditar que, neste momento, seria, aliás, é mais verossímil falar dos fatos, das direções, das orientações que me impulsionaram a seguir por este e não por outro caminho. Nesse sentido, a presente dissertação – marca de um dos mais relevantes textos acadêmicos por mim produzidos tem o seu início com o tom latente da primeira pessoa.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos epidemiológicos relacionados ao diabetes tipo 2

A promoção e prevenção dos agravos à saúde provocados pelas condições crônicas de saúde encontram-se em pauta nas agendas governamentais nacionais e internacionais (DCNTs) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, [OMS], 2003). Na perspectiva do modelo epidemiológico atual, existem dois tipos de doenças crônicas, as de causas infecciosas e as de causas não infecciosas. O diabetes se enquadra no tipo não infeccioso, também denominado doenças degenerativas.

As doenças crônico-degenerativas caracterizam-se pela ausência de microorganismos, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade. É um processo de acúmulo e latência de estados de doença ou de disfunções que envolvem o meio ambiente no qual as pessoas estão inseridas e que requerem cuidados, suporte e autocuidado para a manutenção das funções vitais e a prevenção do progresso dessas doenças (LESSA, 1998; LUBKIN; LARSEN, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as condições crônicas constituem problemas de saúde que persistem e requerem gerenciamento contínuo permanente. Incluindo nesta denominação, condições não transmissíveis, condições transmissíveis persistentes, distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas, estruturais e contínuas (OMS, 2003).

O diabetes mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, freqüentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. Em longo prazo as complicações, principalmente nos casos de mal controlados e de longa duração, são cardiovasculares, neurológicas, renais e oftalmológicas. (ENGELGAU; NAYARA; HERMAN, 2000).

O diabetes tem como consequência em longo prazo alterações micro e macrovasculares que levam a disfunção, dano ou falência de vários órgãos. As complicações

crônicas incluem a nefropatia, com possível evolução para insuficiência renal, a retinopatia, com possibilidade de cegueira e/ou neuropatia, com risco de úlceras nos pés, amputações, artropatia de Charcot e manifestações de disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual. Pessoas com diabetes apresentam risco maior de doenças vascular aterosclerótica, tais como doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION [ADA], 2004; BRASIL.MS, 2002.; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA, 2004; FONG et al., 2004; GROSS et al., 2005).

Os sintomas do diabetes são a hiperglicemia acentuada, a perda inexplicável de peso, poliúria, polidipsia e infecções. Mesmo em indivíduos assintomáticos poderá ocorrer hiperglicemia discreta com grau suficiente para causar alterações funcionais ou morfológicas por um longo período antes que o diagnóstico seja estabelecido (ADA, 2004a).

A classificação etiológica do Diabetes Mellitus a divide em diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos.

O diabetes tipo 1 resulta da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência a cetose, quando associado com tipos específicos de HLA (DR3 e DR4). Este tipo ocorre em 5 a 10% dos diabéticos e ocorre, predominantemente em adultos (início tardio do tipo 1 em adultos). Pacientes com este tipo, requerem ser tratados com insulina exógena diariamente. Inclui casos decorrentes da doença auto-imune (imunomediado) e aqueles nos quais a causa da destruição de célula beta não é conhecida (idiopático).

O diabetes tipo 2, na sua história natural, apresenta-se desde uma resistência insulínica importante, predominantemente associada a uma relativa deficiência insulínica até a um defeito secretório acompanhado por uma resistência insulínica. Resistente à cetose. Ocorre em qualquer idade, mais freqüente no adulto após os 40 anos. É de início insidioso, podendo permanecer assintomático por longos períodos. A maioria dos casos trata-se de obesos e a

história familiar positiva é freqüente. Estes casos podem necessitar de uso de insulina para controle da hiperglicemia.

O diabetes gestacional é a diminuição da tolerância à glicose, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de diabetes mellitus e tolerância à glicose diminuída detectados na gravidez.

Os outros tipos específicos são provenientes de defeitos genéticos da função célula beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, neoplasia, hemocromatose, etc), endocrinopatias, drogas ou quimicamente induzidos, infecções, formas incomuns de diabetes imunomediado e outras síndromes genéticas associadas com diabetes (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2006).

Em termos de morbidade, o diabetes representa, atualmente, uma das principais doenças crônicas que afeta o homem contemporâneo, não fazendo distinção entre sexo, raça ou classe social em todo o mundo (ADA, 2004b). Neste estudo, será contemplado o diabetes do tipo 2, pela alta prevalência na população, representando, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2005), 85 a 90% dos casos.

As projeções para a primeira década deste século é de 239 milhões de diabéticos do tipo 2 no mundo. Na América Latina, estima-se que o diabetes tipo 2 afeta aproximadamente 28 milhões de pessoas. A taxa de mortalidade geral, para homens e mulheres acima de 65 anos é de 200 e 232 por 100.000, respectivamente (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

No Brasil observa-se um aumento significativo de pessoas com diabetes. Em estudo multicêntrico, realizado em nove capitais brasileiras, de 1986 a 1988, a prevalência do diabetes mellitus tipo 2 e intolerância à glicose é da ordem de 7,6% a 7,8%, respectivamente, na população adulta de 30 a 69 anos de idade, cabe ressaltar que 50% dos indivíduos

desconhecia a sua condição (MALERBI, 1991). As projeções para 2025, no Brasil, é de cerca de 11 milhões de diabéticos, o que representa um aumento de 100% em relação aos atuais 5 milhões (OPAS, 2002).

Em Ribeirão Preto-SP, a prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2 e intolerância à glicose é de 12,1% e 7,7%, respectivamente, na população de 30 a 69 anos (TORQUATO, et al., 2001).

O aumento na incidência e prevalência do diabetes pode estar associado às mudanças sociais tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, deslocamento de populações para zonas urbanas, mudanças de estilo de vida, inatividade física e obesidade (VINICOR, 1994; OLIVEIRA; MILECH; FRANCO, 1996).

Como se pode observar, o diabetes tem sido um problema de importância crescente em saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando, alcançando proporções epidêmicas. Está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos. Além disso, acarreta altos custos para seu controle metabólico e tratamento de suas complicações.

Os custos do diabetes, no mundo, podem ser divididos em custos diretos e indiretos. Aqueles referem-se a hospitalizações, consultas, complicações e medicações e correspondem a 2,5% a 15% dos gastos em saúde, dependendo da prevalência de diabetes do país e da complexidade do tratamento disponível. Os custos indiretos estão associados à dor, ansiedade, inconveniência e piora da qualidade de vida que afeta tanto a pessoa diabética como seus familiares. O diabetes representa, também, carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (BARCELO; RAJPATHAK; 2001; OMS, 2002; OPAS, 2004).

A evolução para o diabetes tipo 2 ocorre ao longo de um período de tempo variável, passando por estágios intermediários que recebem as denominações de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída, representando evidências precoces de disfunção de célula beta pancreática; bem como quadro de resistência insulínica. Na presença de ambos os estágios, um quadro misto, com maior risco para progressão para diabetes e doença cardiovascular. Os critérios diagnósticos empregados são a verificação da glicose plasmática de jejum de oito a doze horas e o teste de tolerância à glicose (TTG) após administração de 75 miligramas de glicose, com verificação da glicemia plasmática nos tempos de zero a cento e vinte minutos após a ingestão. Os valores de glicose plasmática de jejum para diabetes mellitus são iguais ou maior que 126mg/dl, e para o TTG é igual ou maior que 200mg/dl de glicose (ADA, 2004b).

Quando o diagnóstico do diabetes é tipo 2, conforme os estágios da doença, o tratamento consiste em terapêutica medicamentosa. No estágio I do diabetes, o tratamento consiste em adequação do plano alimentar, incremento da atividade física, mudança de estilo de vida e treinamento para o monitoramento da glicemia capilar. No estágio II, além das orientações do estágio I, utiliza-se medicamentos para obesidade e antidiabéticos orais em monoterapia ou em combinação. No estágio III, além das práticas recomendadas no estágio I, usa-se a insulina associada ao tratamento oral ou adoção da insulina como monoterapia. No estágio IV ocorre a intensificação do tratamento insulínico em conjunto com as demais orientações do estágio I (ADA, 2004c).

O tratamento medicamentoso para o diabetes do tipo 2 incluem antidiabéticos orais que promovem uma ação pancreática de estimulação da célula beta e aumento da insulinemia; anti-hiperglicêmicos que bloqueiam a absorção intestinal de carboidratos, reduzindo a glicemia e estimula a secreção de insulina pós-prandial, sensibilizadores de insulina que têm ação extrapancreática, melhoram a ação insulínica e a captação de glicose pela célula (ADA,

2004c). A insulina propriamente dita também pode ser usada em casos do diabetes tipo 2 como suplemento para um adequado controle da glicose sanguínea em casos de estresse, falência na ação de drogas hipoglicemiantes, alergias às sulfoniluréias, na presença de outras enfermidades ou durante a gravidez (GRUPO DE ESTUDO DE LA DIABETES EM LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD [GEDAPS], 2000; DAVIDSON, 2001; BRASIL, 2002).

Dentre os tratamentos não medicamentosos encontram-se a terapia nutricional e a prática de atividade física. O cumprimento do plano alimentar visa o controle metabólico, os níveis pressóricos e a prevenção de complicações. Recomenda-se ao indivíduo com diabetes uma alimentação equilibrada que atenda às necessidades de acordo com a idade, sexo, estado fisiológico, controle metabólico, hábitos socioculturais, situação econômica e disponibilidade de alimentos (FRANZ et al, 1997; ADA, 2004c).

A atividade física contribui para o aumento da sensibilidade à insulina e auxilia no controle da glicemia em pessoas diabéticas. A prática regular de atividade física para pessoas diabéticas do tipo 2 melhora o controle glicêmico, a sensibilidade à insulina, diminuição da hiperinsulinemia pós-prandial, diminui a necessidade de hipoglicemiantes orais, reduz o nível de triglicerídeos, aumento do HDL- colesterol, redução dos valores da pressão arterial sistêmica e do nível de fibrinogênio, controle de peso e inibição da agregação plaquetária (WASSERMAN; ZINMAN, 1994; GEDAPS, 2000; ADA, 2004c; TUOMILEHTO et al., 2001; BRASIL, 2002).

Embora haja grande esperança nas pesquisas com células-tronco que possa viabilizar a cura do diabetes, esta doença ainda não tem cura. Assim, é preciso pensar em estratégias para obtenção de bom controle metabólico, corroborado pelo cumprimento do plano alimentar, pela realização de atividade física e, ainda, pela terapêutica medicamentosa. Acredita-se que, a adesão da pessoa diabética ao plano terapêutico possa levá-la a prevenção de complicações

agudas e crônicas relacionadas à doença e favorecer a qualidade de vida. Assim a adesão da pessoa diabética ao plano terapêutico é fundamental para a obtenção de um bom controle metabólico.

Por outro lado, a falta de adesão nos tratamentos a longo prazo é observada mundialmente. Em países com alto grau de desenvolvimento, cerca de 50% dos pacientes crônicos não aderem ao tratamento. Acredita-se que, em países com menor nível de desenvolvimento, as taxas são ainda maiores (OPAS, 2003).

A pouca adesão ao tratamento pode explicar, em parte, porque os pacientes nem sempre obtêm os benefícios que o tratamento oferece. A não adesão pode levar a complicações de ordem fisiológica e psicossociais e, pode afetar a qualidade de vida das pessoas diabéticas, aumentando o desgaste nos recursos sanitários. Assim, a questão da adesão à terapêutica tem sido discutida e estudada por profissionais de saúde por se tratar de um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Segundo Anderson e Funnell (2000), as doenças crônicas como o diabetes, são doenças auto-dirigida e o cuidado diário é de responsabilidade da pessoa diabética, sob o acompanhamento do profissional de saúde. Esta concepção aproxima o cuidado a saúde à relação profissional/paciente. Os problemas com a não adesão podem estar fundados na relação entre pessoa diabética e profissionais de saúde, estas devem ser redefinidas de acordo com as particularidades de cada pessoa diabética.

Ao analisar a adesão à terapêutica medicamentosa, Donnan MacDonald e Morrist (2002) e Grant et al. (2003), compararam pacientes que recebem apenas um medicamento com aqueles com prescrição medicamentosa complexa, e verificaram que a prescrição de um comprimido ao dia é aceita com mais facilidade do que quando os medicamentos são fracionados durante o dia. Este fato, segundo os autores, relaciona-se ao esquecimento da

pessoa para tomar a medicação nos horários corretos. Além disso, há dificuldade para compreender o esquema terapêutico e aceitar que tem necessidade de um número maior de medicamentos para controlar a doença, como no caso do diabetes do tipo 2.

Leite e Vasconcellos (2003), em artigo de revisão da literatura sobre a adesão a tratamento medicamentoso em doenças crônicas, apontam que estudos no campo dos medicamentos em geral, faltam identificar o papel do paciente no processo saúde/doença/tratamento, pouco considerando, desta forma, a capacidade de obter uma compreensão mais ampla e profunda referente ao tema.

Vinoze, Barner e Lopez (2004), Watts (1980), Mullen; Green; Persinger (1985), Padgett Et Al. (1998), Brown (1999) apontam que a complexidade das características de aprendizagem de pacientes adultos, bem como a idade, o nível de escolaridade e o nível socioeconômico também influenciam a aquisição de conhecimento. Nesta direção, os pacientes adultos e idosos podem enfrentar dificuldades para a realização de atividades da vida diária, o que pode interferir no autocuidado do diabetes (OTERO, 2005).

Fichio e Malerbi (2004) ao investigar a adesão de pessoas diabéticas tipo 2 à programas de atividade física, constataram que as mudanças mais importantes de comportamento ocorreram naqueles pacientes cujos familiares tiveram maior envolvimento no programa, apontando para a importância da família na aquisição e manutenção de comportamento para o incremento da atividade física.

Em estudo com diabéticos do tipo 2, no México, Wen, Shepherd, Parchman (2004) concluíram que a conduta familiar está associada diretamente com a realização de exercícios físicos e dieta no autocuidado do paciente. Estes autores pontuam que os profissionais de saúde devem considerar a família como alvo das intervenções designadas a proporcionar o autocuidado no diabetes. Assim, ressaltam a importância de identificar o suporte familiar, suas eficiências e barreiras no processo de autocuidado.

Rodrigues-Morán e Romero (1997), ao investigar o apoio familiar a pessoas com diabetes, verificaram a relação entre a glicemia normal e o apoio familiar. Neste estudo, os autores afirmaram que o apoio familiar é importante para o manejo da doença e que a informação dos familiares acerca do diabetes é determinante para dar suporte à pessoa diabética. Ressaltam, ainda, que o processo de educação sobre diabetes visa desenvolver habilidades para um melhor convívio com a doença.

Pace, Nunes e Ochoa-Vigo (2003) ao estudar a visão do familiar a partir da problemática da pessoa diabética, verificaram que a família possui conhecimento parcial a respeito das causas da doença, meios de adesão ao tratamento e conseqüências do diabetes. Referem ainda, que a família influencia a evolução do diabetes através da mudança de hábitos de vida, e que esta mudança, por sua vez, afeta a dinâmica familiar.

Para uma mudança de hábitos de vida é necessário que se produzam conhecimentos acerca das características da aprendizagem para adultos em educação em diabetes. Isto leva a pensar que o conhecimento produzido no tocante a educação de adultos e a educação de adultos com diabetes ou outras doenças crônicas deve ser difundido. A complexidade das características da aprendizagem para indivíduos adultos é um dos desafios para a projeção de estudos futuros (WALKER, 1999).

Existem outros fatores que estão intimamente entrelaçados com as questões instrumentais e comportamentais que influenciam a mudança de hábitos. Tais fatores reportam-se a um conjunto de influências interpessoais familiares e de iguais, que está alicerçado em crenças e valores que interferem na motivação e na capacidade de o paciente enfrentar a sua doença e buscar soluções para controlar o diabetes. Assim é importante entender os padrões individuais de resposta da pessoa com diabetes tipo 2 e de sua família em relação aos seus sentimentos, angústias, ansiedades, conflitos e necessidades (SANTOS et al., 2005).

Entendem-se como influências interpessoais as cognições referentes às condutas, crenças ou atitudes de outros. Tais cognições podem ou não corresponder à realidade. As fontes principais de influências interpessoais são: a família, os iguais (vizinhos, amigos) e os provedores da atenção à saúde (PENDER, 1997).

No diabetes tipo 2, observa-se que as influências interpessoais devem ser consideradas quando do cumprimento do plano alimentar. Por se tratar de uma doença que, na maioria das vezes, se manifesta na vida adulta, a pessoa diabética já está com hábitos bem estabelecidos o que torna a mudança de hábito alimentar um grande desafio não só para a pessoa diabética, como também, para aqueles que o cercam.

Desta forma, cabe à equipe multiprofissional analisar os fatores comportamentais relatados como justificativas para ajudar os pacientes durante o processo educativo, pois estes têm sido pouco explorados na literatura, e podem determinar o comportamento ou não da pessoa diabética para com o plano terapêutico. Os fatores comportamentais podem fornecer subsídios para a equipe identificar a raiz do problema, desde a dificuldade de compreender a importância do controle metabólico para a prevenção das complicações agudas e crônicas até a negação e a rejeição da condição de ser diabético. Nesta direção, a ausência da pessoa ao retorno ambulatorial ou ao retorno médico, pode representar a dificuldade de aceitar a sua condição de doente crônico. Assim, outros fatores subjacentes que envolvem cultura, crenças, valores e aspectos emocionais de como a pessoa diabética enfrenta as suas dificuldades diárias podem fornecer elementos importantes para a equipe redirecionar o atendimento ao paciente (LIMA et al., 2004).

Diante do exposto tem-se como objeto desta investigação a compreensão de como se estabelecem as relações na família durante o processo de adoecimento da pessoa diabética tipo 2.

1.2 A família e suas relações no processo de adoecimento em diabetes

Cabe destacar que o diabetes do tipo 2 é uma doença de evolução lenta e silenciosa, que não causa ao indivíduo, inicialmente, grandes impactos físicos e psicossociais. Deste modo ocorre uma resistência por parte da pessoa diabética e da família ao tratamento necessário. Assim, para Zanetti (2002), motivar os pacientes diabéticos com níveis glicêmicos alterados quando eles não apresentam, ainda, nenhum sinal ou sintoma da doença, é um dos desafios no cuidado a essa clientela.

Neste sentido, é preciso considerar que a adesão da pessoa diabética ao plano terapêutico tem uma estreita relação com o apoio familiar e o seguimento do plano terapêutico. No entanto, os estudos que contemplam a família, ainda a focalizam do ponto de vista individual, analisando a família apenas como suporte para a pessoa diabética.

Embora estudos desta natureza sejam importantes, a literatura aponta que a enfermagem familiar, nesta acepção sistêmica aborda esta questão a partir de uma visão de família de causalidade linear. Nesta abordagem, a família que participa do plano terapêutico pode contribuir para a melhora na adesão do paciente ao tratamento e uma conseqüente melhora do controle metabólico. Por outro lado, quando o paciente tem pouca adesão ao plano terapêutico, a família é considerada pouco participativa nos cuidados com o paciente. O foco está centrado na educação do paciente e sua família, estabelecendo pouca articulação com as relações familiares existentes e as mudanças que a própria educação em saúde gera na dinâmica do núcleo familiar.

A perspectiva de causalidade linear desconsidera que o doente e a evolução da doença influenciam a família e vice-versa, determinando muitas respostas, e inúmeros contornos possíveis, nesta direção, ao abordar as questões referentes a adesão ao plano terapêutico parece que o enfoque de causalidade circular pode responder como a dinâmica familiar influencia a evolução da doença e esta, por sua vez, influencia a dinâmica familiar.

Embora os estudos cotejados apontem para a família como fator determinante, não foram encontrados na literatura, trabalhos que estudem em profundidade os reflexos dessa interação paciente/família/tratamento. Portanto, para compreender como são estabelecidas as relações familiares durante o processo de adoecimento da pessoa diabética, também, se faz necessária a investigação de como a pessoa diabética e sua família relacionam entre si e com as condições impostas pela doença.

Assim, constitui objeto desta investigação compreender como as relações familiares influenciam no processo de adoecimento da pessoa diabética e são influenciadas por ele.

2. QUADRO TEÓRICO

Para compreender a relação entre relações familiares e adoecimento da pessoa diabética foi utilizada a abordagem da enfermagem da família, na perspectiva sistêmica, bem como, pressupostos do interacionismo simbólico.

2.1. A família do ponto de vista sistêmico

A teoria geral dos sistemas, introduzida por Bertalanffy (1936), tem sido aplicada nos estudos sobre família há muitos anos e por muitos profissionais. O conceito de sistema é bastante útil para estudar as relações familiares em seu contexto. Defini-se sistema como um conjunto de elementos ligados entre si em constante interação. Aplicado à família, entende-se que ela é composta de elementos, como pais-filhos, cônjuge e irmãos, os quais se organizam em muitos subsistemas. Os indivíduos são sistemas muito complexos compostos de vários subsistemas, sistemas físicos (por exemplo, cardiovascular, reprodutivo) ou psicológicos (por exemplo, cognitivo, afetivo). Ao mesmo tempo, a família é também uma unidade aninhada em supra-sistemas mais amplos, como vizinhanças, organizações ou comunidades religiosas. A vantagem desta definição de sistema é que ela permite ser aplicada em diversas situações e universo (WRIGHT, 2002).

Figura 1 - A família na medida em que se relaciona com outros sistemas

A família constitui um sistema em que o comportamento de cada um dos membros é interdependente ao dos outros. Portanto, o sistema familiar pode ser analisado como um conjunto que funciona como uma totalidade, em que as particularidades dos membros não bastam para explicar o comportamento de todos os outros membros, embora possam dizer muito a respeito do indivíduo e, conseqüentemente da família. Assim, a interpretação de uma família não corresponde à soma da análise de seus membros individuais (CERVENY, 1994).

Por ser uma unidade composta de elementos que se relacionam, qualquer alteração na vida de um de seus membros afeta toda a família. Uma analogia útil neste caso, ressaltando os conceitos de sistemas aplicados a famílias associa a família a um móvel. Compara-se a família a um móvel de quatro ou cinco peças, suspenso no teto, movimentando-se delicadamente no ar.

O todo está em equilíbrio, embora se movimente de maneira uniforme. Algumas peças se movem rapidamente; outras estão quase estacionárias. Algumas são mais pesadas e parecem mover-se para frente em um passeio. Uma brisa que toca apenas um segmento do móvel influencia imediatamente o movimento de cada peça, algumas mais do que as outras, e o ritmo envolve algumas peças não equilibradas e as movimenta de modo caótico por algum tempo. De maneira gradual, o todo exerce sua influência na(s) parte(s) errante(s) e o equilíbrio é estabelecido, mas não antes de ocorrer uma decidida alteração em direção ao todo. Podemos observar a instabilidade referente à proximidade e distância entre as peças, o impacto do contato real de umas com as outras e a importância da hierarquia vertical. Uniões de movimentos podem ser observadas entre duas peças. Uma peça pode parecer

persistentemente isolada de outras; ainda que a posição de isolamento seja essencial ao equilíbrio de todo o sistema (WRIGTH; LEAHEY, 2002).

Em analogia com a figura do móbile, pode-se também observar que o diabetes pode provocar alguns comportamentos na família no tocante aos acontecimentos que cercam esta patologia, podendo levar a certa instabilidade nas relações intra e extra familiares, mudanças nas regras e normas pré-estabelecidas pela família. Um membro com tal patologia pode levar a família a buscar novas uniões entre seus membros, como por exemplo, os filhos que se unem no sentido de dividir o cuidado com um pai debilitado pelo diabetes, ou ainda buscam na sociedade meios que possam contribuir para um melhor conforto da pessoa diabética.

Outro ponto que se nota na metáfora do móbile e que é importante para este trabalho trata-se do conceito de mudança. A família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade. Nestes últimos anos, tem se alterado o princípio de que as famílias tendem a manter o equilíbrio. Em vez disso, acredita-se que as famílias estão realmente em um estado de fluxo constante e sempre em alteração. Entretanto, quando acontece uma mudança na família, após a perturbação, ocorre uma alteração para uma nova posição de equilíbrio. A família reorganiza-se ou se reequilibra de modo diferente da organização familiar anterior.

Maturana (1978) explica a recorrência de mudança e estabilidade desta forma:

mudança é uma alteração na dinâmica da família que ocorre como compensação das perturbações e tem a finalidade de manter a estrutura. A própria mudança é experimentada como uma perturbação no sistema, de modo a gerar uma mudança posterior e também estabilidade. Uma mudança no estado é vista como comportamento e, portanto, devem ser exploradas as diferenças entre padrões de interação familiar. As mudanças de comportamento podem ou não ser acompanhadas de discernimento. Entretanto, a mudança mais profunda e contínua será aquela ocorrida no âmbito do sistema de crenças da família.

Não é sabido se o sistema de crenças muda, e se é possível determinar sua mudança. Mas, observa-se que em famílias que tem uma pessoa diabética é necessário que se note como ela lida com as alterações em sua dinâmica para manter a doença sob controle. O diabetes requer mudanças nos hábitos de vida, afetando, em muitas vezes, a vida não só do portador como também de outros membros familiares. As estratégias para se adaptarem a essa nova

realidade devem ser entendidas como um esforço para se alcançar o estado familiar anterior a doença, mesmo que tais estratégias não condizem com a adoção de hábitos capazes de controlar a glicemia da pessoa diabética. Por isso, é importante facilitar o percurso que a família apresenta para conviver com o diabetes.

A mudança depende da percepção do problema. E a maneira de perceber este problema específico tem profundas implicações sobre como o indivíduo reage e, portanto, como se efetuará a mudança e se esta será eficaz. Ela também é determinada pela estrutura atual daquele sistema. Assim a presente estrutura individual especifica as influências interpessoais, intrapessoais e ambientais que serão experimentadas como perturbações, ou seja, as interações desencadearão alterações estruturais. Além disso, toda e qualquer mudança depende do contexto, onde o sistema familiar está imerso. E esta em uma família pode ser frustrada, sabotada ou impossibilitada, caso a questão do contexto não seja tratada (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A ampliação do entendimento da família a respeito dos problemas raramente é responsável por mudanças, mas ao contrário estas ocorrem mediante modificações de crenças e comportamentos. Portanto somente compreensão não leva à mudança.

Tendo o móbile ainda como analogia, a mudança não ocorre necessariamente de maneira igual em todos os membros da família. Um membro da família pode começar a responder ou se modificar com mais rapidez do que outros e, por este mesmo processo, se dá a todos a oportunidade de mudar. Isto porque os outros membros da família não estão aptos a responder, da mesma forma, àquele que está se modificando, e, portanto, haverá um efeito de ondas de mudanças através do sistema. A mudança ainda pode ter uma infinidade de causas porque é influenciada por tantas variáveis diferentes que, com muita frequência, é difícil saber o que especificamente a precipitou ou a desencadeou (MATURANA, 1978)

Ilustrando um pouco este aspecto pensa-se na pessoa que sofre um quadro agudo de hiperglicemia e necessita de atendimento de urgência. Neste atendimento ela descobre que é portadora de diabetes. As intervenções imediatas e diagnósticas podem causar algumas perturbações na vida individual e familiar da pessoa.

Porém, como o diabetes do tipo 2 pode não causar grandes impactos de imediato, é possível que o paciente retorne às atividades cotidianas, favorecendo um ajustamento da família sem mudanças. Mas o contrário também pode acontecer. A família pode perceber como um risco e mudar os hábitos de todo o grupo, acreditando que a mudança gere melhoras na saúde e, neste caso, a mudança pode ser temporária ou durar um longo período.

Duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes experiências. Seguindo este pensamento, sugerem a expressão “experienciar uma doença” a “ter uma doença”. Entende-se, portanto, que saber o que é ter uma doença é importante, mas para compreender o cuidar é imprescindível compreender a “experiência em viver com a doença” (WRIGHT; WATSON; BELL, 1996).

Não é raro encontrar famílias que não vêem a patologia como o principal problema que a acomete naquele momento. Por exemplo, em estudo de caso de uma família de uma mãe diabética que se preocupa com o comportamento de abuso de álcool de seu filho, e deposita a solução de todos os problemas da família na cura do alcoolismo. Neste caso, a mãe passa o tempo todo controlando a vida do filho, na tentativa de impedi-lo de beber. Com isso, a mãe fica ansiosa e angustiada ao ver a situação do filho e não percebe o diabetes como um problema que merece ser resolvido, deixando sua saúde em segundo plano e conseqüentemente, sofrendo de algumas seqüelas advindas do diabetes não controlado (CAIXETA; GALERA; MORENO, 2004).

Muitos dos significados da doença para a família são influenciados pelo contexto em que a família vive, devendo ser levados em consideração o momento, a estrutura familiar no

instante em que a doença ocorre e o estágio de ciclo de vida familiar. Não se pode pinçar a família do contexto em que ela vive, pois a doença geralmente acontece em um sistema que já vivencia problemas de diversas naturezas.

Para uma análise do momento em que a família se encontra, é necessário que se faça sua avaliação, levando em conta alguns aspectos estruturais, a saber: a composição familiar, o gênero, a orientação sexual, a ordem de nascimento de seus membros, os subsistemas que esta possui e os limites estabelecidos. E, atente-se, ainda, para os aspectos de desenvolvimento, que envolvem os estágios desenvolvimentais, as tarefas estabelecidas de cada membro e os vínculos existentes entre eles.

Além de aspectos funcionais, que levam em consideração características instrumentais como atividades da vida diária de seus membros e características expressivas como a comunicação emocional, a comunicação verbal, a comunicação não verbal, a comunicação circular, a solução de problemas, os papéis desempenhados por cada membro, a influência e poder, as crenças estabelecidas e as alianças e uniões feitas (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Carter e McGoldrick (1989), preconizam a existência de um ciclo de vida familiar composto de vários estágios, cada um tendo características próprias, nas quais as tarefas ou funções são desempenhadas por seus membros ou pela família como um todo. Salientam, ainda, que estas fases de desenvolvimento bem como as tarefas referentes a elas, variam de acordo com a cultura. A partir desta teoria, espera-se que a família e seus membros desempenhem certas funções que também podem variar, de acordo com o estágio do ciclo de vida familiar.

As mesmas autoras explicam, ainda, a influência da doença na família como um fluxo horizontal no sistema. A ansiedade produzida na família conforme ela avança no tempo, provoca mudanças e transições do ciclo de vida familiar. Isso inclui tanto os estresses desenvolvimentais previsíveis, quanto os imprevisíveis que podem romper o ciclo de vida.

Cabe ressaltar que a família apresenta exigências que vão desde os aspectos materiais até os emocionais, passando pela carência de informações. O aspecto material inclui recursos financeiros, questões de moradia, transporte e acesso à serviços de saúde. Necessita também de informações sobre o problema e de como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente. Os aspectos emocionais envolvem sentimentos como raiva, frustração e desaprovação que precisam de suporte emocional, uma rede de cuidados que ligue a família às pessoas e serviços de apoio e meios que garantam qualidade de vida ao grupo (CALDAS, 2003).

Considerando a família como nosso enfoque desta abordagem investigativa, buscar-se-á compreender como a dinâmica familiar influencia o processo de adoecimento do diabetes tipo 2 e como este influencia a dinâmica familiar.

2.2. O interacionismo simbólico e a dinâmica familiar

Idéias do interacionismo simbólico constituíram parte do arcabouço teórico para o desenvolvimento desta pesquisa que tem as interações subjetivas ou simbólicas como elemento fundador. Assim, como já foi apresentado, anteriormente, o referencial sistêmico mostra que as interações familiares contribuem para o bem estar do doente. As relações familiares podem, ainda, colaborar com a evolução da doença e esta poderá influenciar naquelas.

Na perspectiva do interacionismo simbólico, Ângelo (1997) define família como sendo constituída por membros em interação entre si e com os elementos presentes nas experiências vivenciadas. A estas experiências atribuem-se significados e estes são frutos das interações que a família estabelece com os elementos presentes nas experiências. Portanto, para esta autora, a família pode ser considerada como pessoas em interação simbólica, o que leva adentrar por uma perspectiva interacionista, mais especificamente, a perspectiva

interacionista simbólica.

Para a realização desta investigação foram utilizados alguns princípios do interacionismo simbólico e da teoria dos sistemas para desenvolver o desenho metodológico de coleta e análise dos dados. O propósito é compreender os processos simbólicos e comportamentais presentes na interação familiar envolvendo o tema adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2.

Segundo Murphy (1986), a família tem sido objeto de interesse para muitas disciplinas, entre elas a antropologia, a sociologia e a psicologia. A enfermagem de família se baseia bastante nesses conhecimentos. A autora comenta sobre os referenciais teóricos clássicos recorrentes em estudos sobre família, elencando aqueles mais empregados como o interacional, o estrutural-funcional e o de desenvolvimento, além de sugerir a possibilidade de em um futuro próximo os modelos teóricos virem a ser mais ecléticos, mesclando conceitos de vários referenciais. Para Murphy (1986), há referenciais emergentes para a enfermagem na época, como a fenomenologia.

Para Ângelo (1997) a enfermagem beneficiou-se amplamente ao incorporar à sua prática de pesquisas referenciais fenomenológicos ou antropológicos que se caracterizam pela grande aproximação corrente no campo da enfermagem e família.

Neste sentido, Penna (1994) salienta que o marco referencial para enfermagem da família não provém necessariamente da enfermagem, mas sim pode ser construído a partir de teorias já existentes na enfermagem ou áreas afins ou, ainda, da associação de duas ou mais teorias e que se coadunam com a crença, com a filosofia e com a prática de quem as construíram.

Permite também incluir conceitos sistêmicos e cibernéticos, adotando esta unidade caracterizada por pessoas em interação simbólica como a unidade a partir da qual podem inferir para a compreensão sobre o funcionamento familiar e sua contribuição com o

“saudável”.

O Interacionismo Simbólico, enquanto perspectiva reconhece que parte da ação humana é escolha, é criativa, é livre. Ele considera uma cuidadosa descrição da interação humana como um objetivo central das ciências sociais. Por isso um princípio importante é a obtenção de dados através da observação em situações de vida reais (CHARON, 1985).

As idéias centrais do Interacionismo Simbólico convergem para os sentidos que emergem para os indivíduos na interação com o outro. Ao ter como foco a interação, o interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem de passivo, determinado pelo organismo. A interação implica em pessoas agindo em relação a outras, percebendo, interpretando e agindo novamente (CHARON, 1985). Aproximando essa compreensão ao referencial sistêmico, acretita-se, assim, que a exemplo do móbile, a família vive em constante interação onde o movimento de uma peça ou de um membro afeta direta ou indiretamente todos os outros. Estas interações envolvem pensamentos, sentimentos que são permeados por símbolos e, por esta mesma razão, são valiosos e não podem ser descartados.

O ser humano é entendido como agindo no presente, não apenas influenciado pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está ocorrendo agora. O passado entra na ação, conforme o traz para o presente e o aplica à situação. A interação acontece no agora e o que faz está ligado àquela interação. Interação não é simplesmente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que está acontecendo no íntimo do indivíduo. Os seres humanos agem num mundo definido por eles. Nós agimos de acordo com a maneira como definimos a situação em que nos encontramos (CHARON, 1985).

Um exemplo claro a respeito das afirmações anteriores é:

Logo depois que se pergunta à mãe com filho portador de fibrose cística se os cuidados da criança tornaram-se muito exigentes para ela. O pai, que participa da interação, recebe a informação e reage a ela minimizando o fardo que os cuidados com o filho podem representar para ela. No seu entendimento, os cuidados estão bem compartilhados entre ambos e não considera plausível que a esposa se queixe da sobrecarga que isto lhe causa. A mãe reage exprimindo sua raiva, afirmando que seu marido não contribui

suficientemente nos cuidados da criança (GALERA, 2002).

Pode-se inferir que o pai entende que cumpriu sua função, uma vez que traz dinheiro para casa e que, segundo sua concepção, o papel de cuidar da criança cabe a mulher. Neste caso, para o pai, as tarefas estão bem divididas.

Compreender que a interação do indivíduo no sistema familiar é dotada de elementos simbólicos no qual o indivíduo age no mundo em que atua e que parte desta definição é sua, o que envolve escolhas conscientes, direções de acordo, avaliação de suas ações e de outros redirecionamentos.

Os principais conceitos componentes do Interacionismo Simbólico são: o símbolo, o self, a mente, o assumir o papel do outro, a ação humana e a interação social.

O símbolo é o conceito central. Sem ele não se pode interagir com os outros. Os símbolos são importantes no entendimento da conduta humana. O ser humano vive com símbolos tão bem quanto com o meio físico. O indivíduo utiliza-se do símbolo, intencionalmente, com o objetivo de dar significado, um sentido para si e para o outro com quem interage. Ele aprende símbolos, seus significados e valores de outras pessoas com quem interage. Este conjunto de significados e valores é parte de um conjunto da cultura do grupo (BOUSSO, 1994).

Assim, Charon (1985) assevera que os símbolos são desenvolvidos socialmente, através da interação. Eles são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados através da interação dos seus usuários; Existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras permitindo que se combine o som ou gesto em declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros.

Portanto, a pessoa que participa da experiência estudada tem um ponto de vista significativo sobre como conviver com a necessidade de mudança de hábitos alimentares e

com a realização de atividade física diante de um membro da família portador de diabetes.

O self, segundo Ângelo (1997), é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age e como tal, é possível ao indivíduo interagir consigo mesmo, da maneira como faz com qualquer objeto social. O indivíduo configura o self na interação com os outros. O self não somente surge na interação, mas como todo objeto social é definido e re-definido na interação. Surge na infância, inicialmente através da interação com os pais e outros significados, mudando constantemente na medida em que a criança vivencia novas experiências interagindo com outros.

Assim para Charon (1985) como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida, assim como eu me vejo no outro.

A mente é ação, ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao self. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o self através da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é uma resposta não a objetos, mas a interpretação ativa do indivíduo a esses objetos (CHARON, 1985). Assim, a mente funciona percebendo, pensando, sentindo e tomando decisões.

Outro conceito do interacionismo simbólico é assumir o papel do outro que é um conceito intimamente ligado aos anteriores. Assumir o papel do outro é uma atividade mental importante. E torna possível o desenvolvimento do self, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental (BOUSSO, 1994).

Segundo Charon (1989), é pela mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações das outras pessoas. Assim, ao assumir o papel do outro, o indivíduo busca uma explicação para a ação que observa e em consequência alinha sua ação à razão identificada. Sendo assim, este conceito é considerado como uma condição para a

comunicação e a interação simbólica (ÂNGELO, 1997). Os outros membros da família se preocupam com a saúde do diabético e como ele age perante a doença. Essa preocupação é determinada pela compreensão que eles têm da doença e sobre como o diabético deveria se comportar.

A ação humana é a capacidade que o ser humano possui de fazer indicações para si mesmo, dá uma característica à ação humana. Significa que o indivíduo confronta-se com o mundo que deve interpretar, a fim de agir. Precisa lidar com a situação para qual é chamado a agir, investigar o significado das ações dos outros e definir sua própria linha de ação à luz da interpretação. Pelo processo de auto-interação, o indivíduo manipula seu mundo e constrói sua ação (BLUMER, 1969). Assim, segundo Ângelo (1997), as ações humanas dizem muito a respeito do indivíduo que a realiza, por ser um processo simbolicamente construído, quando não passível de (re)construções.

A interação social é a capacidade que o ser humano possui de fazer indicações para si mesmo, dá uma característica à ação humana. Significa que o indivíduo humano confronta-se com o mundo que deve interpretar, a fim de agir. Precisa lidar com a situação para qual é chamado a agir, investigar o significado das ações dos outros e definir sua própria linha de ação à luz da interpretação. Pelo processo de auto-interação, o indivíduo manipula seu mundo e constrói sua ação (BLUMER, 1969).

Em outras palavras, o indivíduo com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 precisa avaliar a situação e decidir o quanto precisa mudar, se há vontade de mudar e se consegue realizar tais mudanças. Aplicando estes conceitos à família, pode-se dizer que a perspectiva interacionista define família como um grupo de indivíduos em interação simbólica, cooperando, sendo composta por indivíduos capazes de assumir o papel do outro, indivíduos com *selfs*, mentes e com capacidades para assumir papéis. Cada indivíduo tem um passado a resgatar para ajudar a definir a situação e cada um tem uma visão do futuro. Os indivíduos

dão significados às situações usando estes instrumentos, às vezes prestando especial atenção àqueles com quem interagem na situação, outras vezes usando algo localizado fora da situação como guia (ÂNGELO, 1997).

Tendo em vista estas definições arroladas, recortou-se a abordagem sistêmica e o interacionismo simbólico para nortear a coleta e análise dos dados desta pesquisa. Uma vez que estes referenciais se complementam e permitem descrever como a dinâmica familiar interfere no processo de adoecimento e como este comportamento recebe interferência daquela.

As matrizes teórico-metodológicas aqui fundadas estarão centradas nas perspectivas sistêmicas e interacionistas. Assim, para descrevermos os contextos familiares, optou-se por realizar as entrevistas no domicílio, visando aproximar a pesquisadora do ambiente familiar, favorecer a observação da dinâmica familiar e as formas de interações que os membros estabelecem entre si e, ainda, facilitar a elaboração de algumas circularidades entre os eventos apresentados. O enfoque das interações com a família visa reconhecer como o cuidado com o diabetes é gerenciado no cotidiano familiar.

3. OBJETIVO

Compreender como se estabelecem as relações na família durante o processo de adoecimento da pessoa diabética tipo 2.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudo

Moriarty (1990), ao discutir as questões chaves relacionadas às pesquisas com famílias, aponta dois tipos de estudos, ou seja, aqueles que focalizam o indivíduo na tentativa de examinar fenômenos tais como sintomas, estado de ânimo, ajustamentos e papel

desempenhado pelos membros, e os que abordam a família como unidade de observação da dinâmica familiar, tomada de decisões, meios de regulação e solidariedade entre seus membros.

Nesta pesquisa, adotou-se o tipo de estudo que contempla a família como unidade de observação da dinâmica e as interações como foco de investigação. Isto se justifica, pois, pretende-se analisar as relações que se estabelecem na família para a tomada de decisão em relação ao tratamento, bem como o significado da doença para a pessoa e sua família. Neste estudo a família é quem seus membros dizem que são. Esta definição implica em respeitar as idéias dos membros individuais da família no que diz respeito aos relacionamentos significativos (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Para compreender as relações familiares, pode se lançar mão da pesquisa quantitativa quanto da abordagem qualitativa. A primeira favorece o controle e explicação dos fenômenos. A abordagem qualitativa possibilita investigar a subjetividade da família, mas tem como limitação a generalização dos dados. (MORIARTY, 1990).

Neste estudo utilizou-se a abordagem qualitativa para compreender as relações estabelecidas na família no processo de adoecimento da pessoa diabética do tipo 2.

4.2. Período do estudo

O estudo foi realizado no período de 14 de fevereiro a 29 de maio de 2006. Este período corresponde ao tempo utilizado para seleção das famílias participantes e realização das entrevistas familiares.

4.3 Local do estudo

Para o contato com as famílias das pessoas com diabetes do tipo 2, utilizou-se o Grupo de Educação em Diabetes do Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos

(CEEAI). Neste Centro são desenvolvidas atividades de ensino, extensão e pesquisa vinculados ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

Este Centro Educativo foi selecionado como veículo para se conhecer as pessoas diabéticas e seus familiares, por se tratar de um serviço que oferece a seus usuários: educação continuada e permanente quanto à alimentação, medicação e atividade física e oferece, ainda, a oportunidade de verificação da glicemia capilar pós-prandial, do peso corporal e da pressão arterial, semanalmente.

O local de estudo foi o domicílio das famílias com pessoas com diabetes tipo 2, atendidas no referido Centro. O aludido foi eleito pela vantagem concreta de encontrar membros significativos da família. Também oportuniza conhecer de imediato o ambiente físico, experienciar o ambiente social e familiar, além de observar rituais durante as refeições. As desvantagens de utilizar o ambiente doméstico para a coleta de dados com a família incluem um custo administrativo e pessoal envolvido no deslocamento. Por outro lado, apresenta desvantagens de encontrar outros membros como hóspedes, adolescentes ou avós que podem interferir na coleta de dados. Também há maior possibilidade de interrupções nas entrevistas, exigindo-se maior habilidade para estruturar uma entrevista flexível. Deve-se ter ciência de que o lar de uma família é o seu santuário, caso os membros da família sejam solicitados a compartilhar grandes e intensas emoções em suas próprias casas, eles ficam muitas vezes sem refúgio. Por outro lado, se o objetivo da entrevista é facilitar que se compartilhem mágoas entre os membros da família, o ambiente domiciliar pode ser ideal (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Por outras palavras, ao recorrer, aqui, na presente abordagem investigativa, ao ambiente domiciliar objetivava-se que, neste ambiente a pesquisadora pudesse, efetivamente, estabelecer uma relação mais estreita com o mundo da pessoa diabética e sua família.

Tornando possível a identificação de crenças com relação a doença e o tratamento, e ainda, viabilizando o acompanhamento de rituais durante as refeições, das dinâmicas estabelecidas entre os membros, e das características físicas e sociais do domicílio e, sobretudo permitindo, a observação das interações.

4.4 Participantes

O grande desafio para o desenvolvimento de pesquisa com famílias se encontra na seleção dos sujeitos, pois é questionável se será utilizado todos os membros da família ou não, se incluirá as crianças ou se, ainda, os instrumentos contemplam os mais variados grupos etários dentro da família. Neste sentido, o maior problema é a falta de padronização dos procedimentos para inclusão ou exclusão dos participantes (MORIARTY, 1990).

A despeito deste entrave referente ao processo seletivo, pode-se dizer que as famílias participantes foram constituídas pela pessoa diabética e por familiares escolhidos por eles e que tiveram disponibilidade para participar do estudo. As crianças puderam estar presentes, mas não foram entrevistadas.

Primeiramente a pesquisadora identificou as pessoas diabéticas cadastradas no Grupo de Educação em Diabetes do CEEAI, totalizando 42 sujeitos. Para este estudo foram estabelecidos alguns critérios de inclusão, a saber: a pessoa possuir idade superior a 24 anos; apresentar três valores de glicemia pós-prandial maior ou igual a 140mg/dl; ter comparecido em 50% das atividades programadas no CEEAI, nos meses de fevereiro e março de 2006, às terças feiras; assinado o termo de consentimento livre e esclarecido e morar com pelo menos um familiar no domicílio.

Destes, foram selecionadas doze pessoas diabéticas do tipo 2 que atenderam aos critérios de inclusão adotados no presente estudo. Das doze pessoas diabéticas, três recusaram a participar do estudo, um tinha viagem programada no período da coleta de dados, um outro

apresentava acuidade auditiva prejudicada e um terceiro, o esposo trabalhava em tempo integral e não tinha disponibilidade para participar do referido estudo. No Quadro 1 apresenta-se os valores da glicemia capilar pós-prandial das seis pessoas diabéticas que atenderam aos critérios de inclusão.

**Quadro 1 - Valores da glicemia capilar pós-prandial das pessoas diabéticas.
Ribeirão Preto-SP, 2007.**

Paciente	Glicemia 14/02/06	Glicemia 21/02/06	Glicemia 07/03/06	Glicemia 14/03/06	Glicemia 21/03/06	Glicemia 28/03/06
01 Abel	202mg/dl	186mg/dl	224mg/dl	194mg/dl	201mg/dl	285mg/dl
02 Bia	-	-	377mg/dl	364mg/dl	263mg/dl	332mg/dl
03 Carmen	199mg/dl	260mg/dl	214mg/dl	204mg/dl	184mg/dl	179mg/dl
04 Denise	-	281mg/dl	186mg/dl	168mg/dl	-	173mg/dl
05 Ernesto	155mg/dl	-	162mg/dl	-	178mg/dl	171mg/dl
06 Fernanda	-	-	198mg/dl	281mg/dl	213mg/dl	-

Das seis pessoas diabéticas, quatro eram do sexo feminino e dois do masculino. Três apresentam idade superior a setenta anos, dois superior a sessenta anos e uma superior a cinquenta anos. Dois apresentaram-se com o segundo grau completo, dois com cinco anos de estudo, um com quatro anos e um com dois anos de estudo. Quanto ao estado civil, cinco eram casados e apenas uma viúva. Três proferiram ter diabetes há mais de dez anos, dois tinham seis anos de diagnóstico e um tinha três anos de diagnóstico de diabetes tipo 2. No Quadro 2 apresentamos as características das pessoas diabéticas acompanhadas neste estudo.

**Quadro 2 – Características das pessoas diabéticas acompanhadas neste estudo.
Ribeirão Preto-SP, 2007.**

Identificação da Família	Identificação da Pessoa diabética	Escolaridade	Participantes Pesquisa
1	sexo masculino, casado, 71 anos, diabético há 12 anos	Dois anos	Abel e esposa Arlinda
2	Bia, sexo feminino, 70 anos, diabética há 06 anos	Quatro anos	Bia, as filhas Bárbara e Bete, o filho Bruno e o neto Breno
03	Carmen, sexo feminino, 60 anos, diabética há 04 anos	Segundo grau completo	Carmen e esposo Carlos
04	Denise, sexo feminino, 62 anos, diabética há 06 anos	Cinco anos	Denise e esposo Daniel
05	Ernesto, sexo masculino, 63 anos, diabético há 15 anos	Segundo grau completo	Ernesto e sua esposa Eva
06	Fernanda, sexo feminino, 54 anos, diabética há 14 anos	Cinco anos	Fernanda e a nora Fabrícia

Assim, os participantes do estudo foram constituídos pelas seis pessoas diabéticas mais seus respectivos familiares, totalizando quinze participantes deste estudo.

4.5 Contato inicial

Para localizar as pessoas diabéticas tipo 2 e suas famílias foi necessária a imersão da pesquisadora no Grupo de Educação em Diabetes do CEEAI, como participante nas reuniões de equipe multiprofissional e como colaboradora no seguimento das pessoas diabéticas neste Centro.

Após o estabelecimento do vínculo no campo, com os profissionais e com as pessoas diabéticas, realizou-se consulta ao cadastro individual de cada pessoa diabética. Esta consulta teve como objetivos: confirmar o diagnóstico de diabetes do tipo 2, obter o endereço e

telefone das pessoas diabéticas e verificar os valores da glicemia capilar pós-prandial, nos meses de fevereiro e março de 2006.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, com protocolo número 0639/2005 na data de 15 de março de 2006. Após aprovação do comitê de ética, os participantes foram esclarecidos em relação aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Foi garantido aos participantes o sigilo de sua identidade, visando resguardar seus direitos e sua privacidade. Para a realização deste trabalho, considerou-se os aspectos éticos da resolução CNS196/96 (BRASIL.MS,1996).

4.7 Procedimentos de Coleta de dados

Para obtenção dos dados foram utilizadas: consulta aos prontuários das pessoas diabéticas, entrevista aberta com questão norteadora, formulário sócio demográfico, observação não participante e registro no diário de campo.

Foi solicitado aos participantes que falassem quais são os membros que compõem a família para confeccionar o genograma familiar. O genograma é um diagrama da constelação familiar. É um instrumento útil para conhecer a estrutura interna da família. A utilização deste instrumento é simples, porque ele requer como material somente papel e caneta. O genograma utiliza-se de símbolos que são universalmente adotados pela genética e genealogia para facilitar a comunicação profissional. Geralmente ele é usado no início da entrevista para obter informações sobre relacionamentos através do tempo, ocupação, religião, problemas de saúde, grupos étnicos e imigrações (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Para conhecer os aspectos sócio-demográficos dos participantes foi aplicado um questionário (Anexo B). Para abordar as experiências em relação ao diabetes foi utilizada entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: os cuidados com o diabetes envolvem o

uso de medicamentos, a prática de atividades físicas e controle alimentar. Conte como tem sido a experiência de sua família com os cuidados com a pessoa diabética de diabetes (Anexo C).

A entrevista familiar possibilitou construir o genograma familiar, obter os dados acerca da relação dinâmica familiar, conhecer a família no tocante aos aspectos estrutural, de desenvolvimento e aspecto funcional.

A observação não participante foi utilizada com o intuito de inserir a pesquisadora no ambiente familiar, facilitando o recrutamento de possíveis participantes e ajudando-lhe a obter insight sobre a dinâmica familiar, possibilitando observar interações da pessoa diabética e de sua família. Além disso, a pesquisadora pode estabelecer conversações informais com todos os participantes da pesquisa. Estas conversas informais não foram gravadas, mas foram registradas no diário de campo.

Neste estudo, para a documentação das observações feitas pela pesquisadora em relação ao ambiente domiciliar, foi confeccionado um diário de campo, contendo anotações de todos os encontros familiares, facilitando, desta forma, o relato das experiências vivenciadas pela pesquisadora quando em contato com as famílias.

O diário de campo foi utilizado para registrar comportamentos verbais e não-verbais dos participantes, reflexões, sentimentos, idéias, momentos de confusão, pressentimentos e as interpretações da pesquisadora sobre as observações que puderam ajudar quando foram atribuídos significados aos dados obtidos. O diário de campo contém data, local, palavras-chaves e era complementado assim que a pesquisadora se afastava do campo de estudo. Uma parte do diário de campo foi usada também para reflexões sobre o método, *insights* ou reflexões sobre a análise de dados.

Foram realizados três encontros com os participantes no domicílio, sendo que a duração média de cada encontro foi de uma hora e trinta minutos.

De um encontro para outro foi estabelecido um intervalo de uma semana, tempo necessário para leitura do material empírico, transcrições das entrevistas e organização preliminar dos dados. No primeiro encontro foram esclarecidos aos participantes os aspectos éticos da pesquisa, confeccionado o genograma e, ainda, aplicado o questionário sócio-demográfico. No segundo encontro realizou-se a entrevista aberta para conhecer as experiências da pessoa diabética e sua família sobre o processo de adoecimento.

O terceiro encontro foi empregado para validação dos dados coletados, através da leitura para os participantes da pesquisa. Os três encontros ocorreram no domicílio de cada família, os quais foram gravados em fita cassete que estão e ficarão sob a guarda da pesquisadora por cinco anos. No Quadro 03 é possível visualizar as atividades realizadas em cada encontro.

Quadro 3 – Atividades realizadas a cada encontro com os participantes da pesquisa.

Ribeirão Preto-SP, 2007.

Encontro	Atividades
primeiro	contato com a família + genograma + questionário sócio-demográfico
segundo	validação do genograma + questão norteadora
terceiro	validação dos problemas identificados

4.8 Organização dos Dados para Análise

Neste estudo, os dados se dividem em dois grupos. Primeiro foi realizada a análise do sistema familiar e depois a análise das entrevistas.

Analizou-se o sistema familiar, segundo o modelo de Calgary que entende a família sob os aspectos estrutural, de desenvolvimento e funcional. Para obter os dados referentes à dinâmica familiar foram empregadas as entrevistas familiares, a observação não participante,

a entrevista informal e o diário de campo.

Ao avaliar uma família é preciso examinar sua estrutura, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora, e qual é o seu contexto. Como instrumento delineador da estrutura familiar, recorreu-se ao genograma que é capaz de desencadear informações úteis tanto para a família quanto para a pesquisadora, a respeito do desenvolvimento e outras áreas de funcionamento familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2002)

Além do conhecimento da estrutura, é necessário entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família. Segundo Carter; McGoldrick (1989) a família é como um sistema movendo-se através do tempo e possui propriedades basicamente diferentes de todos os outros sistemas. Diferentemente de todas as outras organizações, as famílias incorporam novos membros apenas pelo nascimento, adoção ou casamento, e os membros podem ir embora somente pela morte. Nenhum outro sistema está sujeito a estas limitações.

Embora haja regularidade e lógica interna e externa para muitos dos processos incluídos no desenvolvimento da família, cada família é diferente precisamente porque pode-se dizer que cada uma tem seu próprio curso, que evolui a partir de várias situações em que este se dá, abrangendo a construção familiar de passado e presente. (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A avaliação funcional da família diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros. É o aspecto do aqui e agora na vida de uma família que é observado e apresentado por ela (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Para a análise das entrevistas, todas foram transcritas e todas as referências pessoais que pudessem identificar o participante da pesquisa e outras pessoas ligadas a ele foram removidas. Assim, com o intuito de preservar o aludido anonimato, foram dados nomes fictícios aos participantes e outras pessoas que foram mencionadas durante a entrevista (i.e., equipe do tratamento, crianças).

As entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo latente usando procedimentos descritos por Mayan (2001) e Morse (1994). A análise de conteúdo latente é um processo usado para identificar, codificar e categorizar modelos primários nos dados. O pesquisador olha para o significado específico dos parágrafos no contexto dos dados e determina uma categoria apropriada, isto é, faz uma interpretação. Neste caso, procurando símbolos, crenças, comportamentos e sentimentos. A análise latente aumenta a validade, porque o pesquisador está sempre codificando sua interpretação das intenções dos participantes, bem como suas palavras.

O primeiro passo na análise de conteúdo é codificar os dados após leitura e escuta das entrevistas. Codificação é definida como um processo para identificar palavras, frases, assuntos ou conceitos dentro dos dados de forma que um modelo possa ser identificado e analisado. Nesta pesquisa, esquadrinhou-se, nas entrevistas, trechos que representam crenças, atitudes, comportamentos e percepções sobre as mudanças familiares necessárias para o tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2.

Durante o processo de codificação, o pesquisador torna-se familiar aos dados e começa a organizar a informação. No início do processo de codificação o pesquisador lerá os dados em diferentes momentos enquanto delinea as seções do texto e faz comentários na margem esquerda da transcrição. A pesquisadora se esforçará para observar e anotar diversos comentários ou tonalidade da voz que possam ser significativos, isto é, dignos de nota. Esses comentários podem incluir impressão geral, pontos de interesse e planos para trabalhar com os dados.

O passo seguinte é a categorização dos dados. Voltando aos dados, as seções grifadas no texto são recortadas e agrupadas em categorias, em arquivos separados de modo que todos os dados sejam inclusos de maneira significativa e de fácil manuseio. Mayan (2001) sugere que o número de categorias não deve exceder a 10 ou 15. Quando se julga que a mesma seção

de dados pode ser colocada em duas categorias separadas, ela será fotocopiada e colocada em ambas às categorias apropriadas. Um comentário será inserido de modo que a pesquisadora saiba sobre todas as categorias. Um diagrama é extraído para ilustrar o relacionamento entre categorias e subcategorias. Quando a leitura dos comentários revela que não existem novas categorias ou subcategorias, um resumo de cada uma delas será preparado.

Finalmente, a pesquisadora procura integrar as categorias no assunto, construindo uma estrutura geral das entrevistas e buscando responder às seguintes questões:

- a) Como as categoriais se relacionam?
- b) Quais padrões recorrentes são encontrados nos dados?
- c) Quais conclusões podem ser traçadas?

O objetivo é chegar a um nível elevado de análise, descobrindo relacionamentos entre categorias e encontrando assuntos comuns nos dados. Quando isto é feito, o dado qualitativo pode ser combinado com outros tipos de dados que tenham sido coletados, incluindo, por exemplo, o diário de campo, dados demográficos e outros dados quantitativos. O pesquisador deve buscar as contradições nos dados. Se o dado não é consistente, deve ser explorado para servir de complemento. Esta é uma responsabilidade do pesquisador.

O processo de análise é circular. É necessário ler as entrevistas em vários momentos, para coletar novos dados, para clarificar categorias e subcategorias e para terminar a análise. Portanto, neste processo, é possível que muitas categorias sejam modificadas antes da análise de dados estar completa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os resultados e a discussão serão apresentados em duas partes: a primeira refere-se à caracterização das famílias nos aspectos: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A segunda parte refere-se às entrevistas segundo as categorias de análise.

5.1. Os sistemas familiares

Das seis famílias participantes, todas as pessoas diabéticas têm idade superior a 50 anos. São pessoas vivendo uma fase de adulto mais velho, mas que ainda não entraram na terceira idade. Porém, esta será a próxima etapa da vida se continuarem vivos.

De um modo geral, indivíduos idosos possuem doenças coexistentes, alcançando, em média, seis condições crônicas aos 75 anos de idade, entre as mais comuns: hipertensão, diabetes, artroses, afecções respiratórias, acidentes vasculares, insônia, cardiopatias diversas, infecções urinárias, deficiências visuais, entre outras. Este quadro de cronicidade revela-se como incapacitante e causador de dependência e de fragilidades (BRASIL, 1993; RAMOS; MACEDO FILHO, 1999; MERCADANTE, 1996).

Adotando-se a classificação de estágios da vida utilizados no referencial de Calgary, todas as famílias passam por uma fase de desenvolvimento chamado de “A família no estágio tardio de vida”, em que há necessidade de manter o próprio funcionamento ou do funcionamento do casal e interesse diante do declínio fisiológico.

A unidade familiar das famílias deste estudo foi constituída por um sistema e um subsistema. Em quatro famílias, o subsistema era formado pelo diabético e seu cônjuge, em uma era constituída pela pessoa diabética e um filho e em uma outra, pela paciente e outra de suas noras.

No caso do subsistema formado pela pessoa diabética e o cônjuge temos quatro famílias. Neste subsistema - para o casal - os relacionamentos familiares continuam a ser importantes. Embora a maior parte dos adultos mais velhos prefira morar separada dos filhos adultos, o contato freqüente, laços emocionais recíprocos e vínculos de apoio mútuo são mantidos pela maioria das famílias pesquisadas, quando não esta experiencia uma satisfação conjugal aumentada durante seus últimos anos juntos. O companheirismo, o interesse e

cuidados mútuos tornam-se altamente valorizados no relacionamento conjugal. A doença também é uma constante preocupação para a referida maioria dos adultos mais velhos. O medo da perda do funcionamento físico e mental, de uma doença dolorosa, e de uma condição progressivamente degenerativa são preocupações comuns (CARTER; McGOLDRICK, 1989).

A seguir apresentar-se-á a análise das seis famílias participantes, segundo o modelo de avaliação de Calgary, que aborda três perspectivas: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

FAMÍLIA 01

Na família número um, participaram o paciente Abel e sua esposa Arlinda.

Figura 2 – Participantes da família de Abel

Essa investigação buscou compreender como se estabelecem as relações na família durante o processo de adoecimento da pessoa diabética tipo 2.

O desenho metodológico foi alicerçado/ancorado/alinhavado a partir dos fundamentos teóricos propostos no Modelo de Avaliação de Calgary e no Interacionismo Simbólico.

A coleta de dados foi realizada nos domicílios de cada paciente, tal estratégia demandou uma maior flexibilidade de horários, um dispêndio significativo com locomoção, a

interrupção das entrevistas por visitas e, ainda, a permanência de crianças no ambiente.

Procurou-se analisar seis núcleos familiares, recorrendo à abordagem sistêmica e à descrição das interações nos pressupostos do interacionismo simbólico. Em seguida, a presente abordagem investigativa pautou-se em descrever esses núcleos familiares do ponto de vista funcional, de desenvolvimento e estrutural, narrando os modos de funcionamento familiar que influenciam e são influenciados pelo processo de adoecimento em diabetes tipo 2. Analisou-se as falas dos quinze participantes e identificou-se três momentos da família em relação ao diabetes. O primeiro momento é aquele em que o diagnóstico é estabelecido – a pessoa tornou-se diabética. O segundo momento é caracterizado pelo convívio com a doença. Este momento inclui o convívio com o plano alimentar, a execução de atividade física, a introdução da medicação, as relações com o serviço de saúde e as incertezas que envolvem o controle da doença crônica. E a terceira que é a relação da família e da pessoa diabética com o processo de adoecimento, permeada/atravessada pela discussão sobre diabetes e dinâmica familiar.

Foram realizados três encontros com seis famílias, perfazendo um total de quinze participantes. Para analisar as falas dos participantes adotou-se a análise de conteúdo latente conforme desenvolvida por MAYAN (2001) e MORSE (1994). Esses procedimentos permitiram contextualizar o sistema familiar, descrevendo formas de funcionamento que estão envolvidas no comportamento de adesão aos cuidados e os níveis da glicemia capilar.

Durante a consecução deste trabalho salientou-se a boa articulação desses dois referenciais para guiar a coleta e análise de dados. O roteiro para o desenvolvimento da análise de conteúdo do material obtido também se mostrou útil e aplicável, pois possibilitou a organização dos dados de uma maneira compreensível e que respondesse ao objetivo proposto.

Em consonância com a literatura, que explicita o diabetes tipo 2 como o de maior

freqüência entre pessoas com idade igual ou superior a cinquenta anos, os portadores de diabetes, aqui investigados, tiveram uma média de idade de 55 anos.

Ao adentrar nos núcleos familiares deparou-se com a vida familiar do paciente acompanhado pelo cônjuge. Nesta perspectiva, evidenciou-se que o diabetes é visto pelo portador, como um ponto de questionamento sobre sua autonomia. Ao perceber os riscos que a doença traz ao portador, a família (cônjuge, filhos, netos, genros e noras) toma pra si a responsabilidade de introduzir o cuidado com a doença no seu cotidiano. Existem crenças e experiências anteriores adquiridas pelo indivíduo que se sobrepõem ao controle familiar. Quanto mais a família controla o portador de diabetes, mais este questiona sua autonomia e mais dificuldades encontra em seguir as recomendações para controlar sua glicemia e fechando o ciclo, mais a família o controla. Por outro lado, observou-se que, famílias que se comportam de maneira conflitante, aumentam as preocupações do diabético e assim ele não consegue preservar seus níveis glicêmicos estáveis. Estas famílias parecem não reconhecer que seu comportamento contribui para a piora da glicemia do diabético – o diabetes nervoso.

O diabetes tipo 2 exige, para o seu bom controle, mudança nos hábitos de vida. Como é uma doença que acomete o indivíduo em sua fase adulta, muitos hábitos anteriores são arraigados às novas informações dadas pelo profissional de saúde. É imperioso, portanto, que se pense no portador de diabetes como um sujeito dotado de crenças, hábitos e costumes existentes dentro de uma pauta familiar. Assim as mudanças necessárias não têm/não terão implicações só para o diabético, mas sim para todos aqueles que se relacionam com o diabético.

Como toda doença crônica – o diabetes – não permite que se tenha um total e absoluto controle de seu curso. As características próprias da doença e as individualidades do portador colocam em dúvida se as mudanças nos hábitos de vida somados ao tratamento medicamentoso, serão capazes de garantir um bom controle. Acoplado/adicionado a este

fator, pode-se pensar nas medidas de glicemia capilar como tributária para o bom controle ou como um estressor na vida do diabético e de sua família.

A família tem a indigência/a necessidade de responder a todos esses aspectos e incluí-los em seu modo de funcionamento. O fato de se ter uma doença introduzida em seu contexto, e, ainda, da aludida doença requerer, aliás, exigir mudanças em seus hábitos de vida e de ser incerto que elas serão suficientes para se atingir o controle esperado, gera, no núcleo familiar, fenômenos que, sobremaneira, influenciam na adesão do paciente ao tratamento e esta adesão, por sua vez desencadeia interferências na dinâmica da família, reafirmando as crenças familiares.

A dinâmica familiar influencia a adesão da pessoa diabética ao tratamento através de seu engajamento principalmente nos hábitos de vida. Evidenciou-se que, nos núcleos 3 e 5, onde os membros compartilhavam da atividade física, da alimentação e se responsabilizavam pelo acompanhamento da pessoa diabética no serviço de saúde, nas atividades de educação em saúde e, ainda, no monitoramento da medicação, a pessoa diabética se sentia mais acolhida, mais cuidada e se aderiu melhor às recomendações para um bom controle da doença.

O processo de adoecimento da pessoa diabética tipo 2 influencia nas formas de funcionamento da família. Alguns membros começam a adquirir hábitos alimentares mais saudáveis e iniciam a prática de atividade física na tentativa de estimular a pessoa diabética a seguir tais recomendações. As oscilações dos valores de glicemia apresentadas pelas pessoas diabéticas geram um sentimento de preocupação impulsionando os membros familiares a exercer maior vigília sobre o diabético. As incertezas quanto ao controle da doença promove insegurança e sentimento de frustração. E os problemas familiares começam a ser visualizados como fontes de estresse para a pessoa diabética, colaborando para o mal controle da glicemia (“diabetes nervoso”).

Alguns aspectos incipientes desta pesquisa estão mais correlacionados ao campo da

pesquisa com família. Pois, nesse campo, tem sido apontado como um dos principais problemas, a seleção dos participantes, que está intimamente relacionada/entrelaçada com a definição de família e o local onde se realiza a coleta de dados. Muitos pesquisadores podem/poderão indagar: tendo em vista que foram seis famílias participantes e que, em quatro delas, a entrevista ficou circunscrita ao cônjuge, cabe afirmar que o enfoque do trabalho é familiar?

Dadas as limitações temporais a que se propõe este trabalho – uma dissertação de mestrado – ainda assim a resposta se faz afirmativa. Haja vista que o referencial sistêmico – que prevê a construção de genograma – permite trabalhar com o cônjuge, que é um subsistema, e a partir da visão desse subsistema conhecer o sistema familiar. Reconhece-se, aqui, no entanto, que há limites/ressalvas em afirmar que se focalizou a família, ainda assim a despeito de todos os possíveis riscos, aventou-se em deixar latente esta limitação. Não se concebe esta limitação enquanto problema, mas tão somente enquanto ressalva e, esta, não é/não foi/não será uma *atitude polliana*.

O entendimento da família em seu contexto, possibilitou a formulação de circularidades entre a dinâmica familiar e o processo de adoecimento da pessoa diabética tipo 2 e a observação de símbolos dados pela família relacionados aos cuidados exigidos pelo diabetes.

O fato dos resultados desta pesquisa terem sido construídos a partir de um número reduzido de famílias, dificultou/impossibilitou, em parte, generalizar as observações feitas para todos os núcleos familiares com portadores de diabetes tipo 2. Porém, a pesquisa oferece e contempla uma descrição do cotidiano de diabéticos, aumentando o conhecimento sobre a interferência que o ambiente exerce sobre o fenômeno da adesão e de como esse fenômeno intervêm sobre o ambiente.

Os resultados permitem concluir que olhar para o contexto, para a dinâmica e para a

forma de organização familiar em que a pessoa diabética está inserida, facilita o processo de entendimento dos fenômenos relacionados ao processo de adoecimento em diabetes tipo 2. Entende-se, portanto, que é imperioso, sobretudo, ao profissional de saúde, considerar a família como unidade de cuidado da pessoa diabética, assim como utilizar a correlação entre família e processo de adoecimento como ferramenta na melhoria da assistência prestada.

Estrutura Familiar

Abel tem 71 anos, nascido e criado em uma fazenda pertencente ao município de Ribeirão Preto-SP, cursou dois anos na escola rural e trabalhou até sua aposentadoria na fábrica de cerveja Antarctica. É casado, possui dois filhos do sexo masculino.

Sua esposa Arlinda tem 68 anos, é dona de casa, possui o primeiro grau completo, não possui aposentadoria e é dependente financeiramente do marido. É hipertensa e faz acompanhamento na mesma Unidade Básica de Saúde em que o marido é atendido.

Os dois filhos do casal (Arnaldo e Américo) são casados, ambos com dois filhos cada e todos residem em Ribeirão Preto.

Abel e a esposa residem na cidade de Ribeirão Preto-SP, em casa própria, de alvenaria, composta por três quartos, sala, cozinha, banheiro e quintal com edícula ao fundo. Apresentam condições socioeconômicas suficientes para suprir as necessidades da casa, principalmente de alimentação, moradia e transporte e o diabetes não representa uma sobrecarga nestas condições, uma vez que o paciente faz acompanhamento no CEEAI e o tratamento na Unidade Básica de Saúde (SUS).

O filho mais velho (Arnaldo) possui 48 anos, é casado, trabalha no setor de manutenção de uma universidade em Ribeirão Preto, possui dois filhos do sexo masculino, um com 22 anos, casado, possui uma filha de um mês e outro com 19 anos, solteiro.

O filho mais novo (Américo) possui 38 anos, casado, trabalha como motorista, possui três filhos, sendo um menino com 15 anos, uma menina com 12 anos e uma menina com 07 anos, fruto de um relacionamento extraconjugal.

FIGURA 03 - Genograma da família de Abel

Legenda:

Caso índice

Sexo feminino

Sexo masculino

Vínculos negativos

Vínculo forte

DM - DIABETES MELLITUS

HAS - HIPERTENSÃO

A família do ponto de vista do desenvolvimento familiar

Abel vive com sua esposa Arlinda e participa ativamente das tomadas de decisão nos núcleos familiares dos filhos.

Nesta família, visualizou-se a dificuldade de Abel em aceitar o relacionamento extraconjugal de seu filho mais novo e de entender que ele tem pouca possibilidade de modificar as atitudes do filho. Existem conflitos de papéis e de valores. Na visão de Abel, a situação conjugal do filho Américo não é legítima.

Segundo Wright e Leahey (2002), os casais idosos que deparam com os novos papéis de avós e sogros, devem ajustar-se aos cônjuges de seus filhos e abrir espaço aos novos netos. As dificuldades em fazer as alterações necessárias no *status quo* podem se refletir em um membro mais velho da família, o qual se recusa a renunciar a algum de seus poderes.

A família do ponto de vista funcional

Quando Abel ou a esposa precisa de algum auxílio, recorre, com maior frequência, ao filho mais velho e sua nora. Eles sempre compartilham os problemas e soluções com o núcleo familiar do filho mais velho.

Segundo o paciente e a esposa, o fato do filho mais novo ter um relacionamento extraconjugal é algo inadmissível e prejudica o relacionamento deste com os pais. Esse fato é motivo de muitos conflitos intrafamiliares, tanto dos pais com o filho, como do filho com a esposa. Assinalam que, nos últimos meses, a situação vem se agravando porque a mulher com quem o filho tem o relacionamento está com câncer de estômago. Para Abel e a esposa, a situação poderá piorar, caso a mulher do relacionamento extraconjugal morra e deixe a filha de sete anos sob a guarda de seu filho.

Abel profere que jamais aceitará uma neta fruto de um relacionamento extraconjugal, pois não concorda com o comportamento do filho, já que não é este o conceito de família para

ele. Já sua esposa é um pouco mais flexível e se coloca à disposição para ajudar o filho caso ele necessite de apoio para criar a filha de sete anos.

Notou-se que Abel tem dificuldade em abordar este assunto, pois só mencionou o fato após a esposa relatar que já havia informado a pesquisadora a situação em outra oportunidade. O casal mostrou-se triste e avesso ao divórcio do filho. Para eles o casamento é algo sagrado, que deve ser levado até a morte.

Para eles, toda essa situação gera muita angústia e afeta direta ou indiretamente o controle glicêmico do paciente. Segundo a esposa, quando ele fica muito nervoso com essa situação os valores da glicemia mostram-se alterados, o que evidencia que a esposa acredita em uma estreita relação do diabetes com o estado emocional do paciente.

Pode-se entrever que as regras culturais, morais e familiares que regem esta família dificultam a elaboração de ter entre um de seus membros uma situação de relacionamento extraconjugal. Para Abel e sua esposa é difícil compreender e aceitar que um de seus filhos possua uma relação extraconjugal, contrariando assim, os conceitos adotados por eles sobre família. Por outro lado, nada podem fazer, pois seu filho já é homem adulto e não depende deles.

Outro ponto que chamou a atenção nesta família é a dificuldade de Abel em elaborar os limites físicos impostos pelo diabetes, pelo infarto e pela idade. Durante os encontros foram freqüentes as discussões entre Abel e a esposa sobre os cuidados diários com a saúde. Ao mesmo tempo em que o paciente se mostrava preocupado com os pés e com o valor do exame de glicemia, ele se aventurava em realizar atividades (como, por exemplo, subir em uma árvore para cortar seus galhos), que colocavam sua vida em risco.

História de saúde de Abel

Abel é diabético há 12 anos e faz uso de antidiabético oral. Durante uma consulta médica de rotina detectou-se que os valores da glicemia encontravam-se entre 500 e

600mg/dl. Após a confirmação do diagnóstico e restabelecimento dos valores glicêmicos, Abel começou a fazer tratamento somente com antidiabéticos orais e controle semanal da glicemia capilar. Após sete anos de doença, começou a participar do Grupo de Educação em Diabetes do CEEAI, onde aprendeu a conviver melhor com a doença.

Há três anos sofreu um infarto agudo do miocárdio e foi submetido a uma cirurgia reparadora. Diante desse fato, cabe questionar se a evolução da doença independe do aprendizado ou se o aprendizado não fora suficiente para provocar mudanças eficazes no sentido de evitar a progressão da doença.

Resumo dos encontros com a família

Foram realizados três encontros no domicílio do paciente em que participaram o paciente e sua esposa, com duração de uma hora e meia para cada encontro.

Quadro 4 – Problemas identificados em cada encontro com a família de Abel.

Ribeirão Preto-SP, 2007.

Encontros	Problemas Identificados
Primeiro - 22/03/2006	<ul style="list-style-type: none"> * O relacionamento extraconjugal do filho é motivo de conflito intrafamiliar; * Ansiedade da esposa devido à recusa de Abel em falar sobre o comportamento do filho (segredo familiar);
Segundo – 29/03/2006	<ul style="list-style-type: none"> * O paciente consegue falar sobre o relacionamento extraconjugal do filho; * Os conflitos entre o casal e o filho são motivos de ansiedade e depressão para o paciente; * Abel não consegue controlar o diabetes devido ao estado emocional com relação aos conflitos com o filho.
Terceiro – 05/04/2006	<ul style="list-style-type: none"> * O paciente não toma a medicação recomendada, não faz atividade física e têm dificuldades em seguir a dieta indicada. Sua esposa tenta controlá-lo, mas não consegue. Quanto mais ela interfere mais ele se arrisca e quanto mais ele se arrisca, mais ela interfere. O casal discute com frequência sobre esses comportamentos. * Forte influência dos conflitos com o filho no estado emocional de Abel, interferindo no controle do diabetes.

O comportamento do filho Américo é algo que vai contra as regras familiares estabelecidas pelo casal. O pai (Abel) não pode interferir na decisão do filho e tem que conviver com a frustração de não ter esta situação sob controle. Esse problema aumenta a tensão da relação que ele estabelece com sua parceira no subsistema cônjuge. Neste subsistema, um cônjuge tenta controlar os cuidados que o outro deve ter sobre seu diabetes, esta relação de poder é fator de stress entre o casal.

Abel não toma a medicação corretamente, não faz atividade física e tem dificuldades em seguir a dieta recomendada. Sua esposa tenta controlá-lo, mas não consegue. Quanto mais ela interfere mais ele se arrisca e quanto mais ele se arrisca, mais ela interfere. Pode-se supor que, neste contexto, toda vez que a esposa tenta controlar o marido, ele pode se sentir mais ameaçado de perder seu poder sobre a família, e uma forma de responder a esta ameaça é não obedecer à esposa. Criando assim um relacionamento circular onde quanto mais ela fala, menos ele segue as recomendações no tocante aos cuidados com o diabetes.

FAMÍLIA 02

Da família número dois, participaram a paciente (Bia), duas filhas (Bárbara e Bete), um filho (Bruno) e um neto (Breno).

Figuras 4 – Participantes da família de Bia

Estrutura Familiar

Bia tem 70 anos, mora com o filho Bruno, é viúva, cursou até a quarta série do primeiro grau, trabalhou até sua aposentadoria como doméstica e cuidadora de pessoas idosas. Atualmente trabalha como cuidadora da própria mãe de 95 anos, possui sete filhos, sendo cinco do sexo feminino e dois do sexo masculino.

O marido morreu aos 48 anos vítima de insuficiência cardíaca devido a doença de chagas. Segundo Bia quando o marido faleceu o filho Bruno tinha apenas sete meses.

A paciente e o filho Bruno residem na cidade de Ribeirão Preto-SP, em casa financiada pela paciente, de alvenaria, composta por três quartos, uma suíte, sala, copa, cozinha, banheiro, quintal e garagem. Apresentam condições socioeconômicas suficientes para suprir as necessidades da casa e o diabetes não representa uma sobrecarga nestas condições, uma vez que Bia faz acompanhamento no CEEAI e o tratamento na Unidade Básica de Saúde (SUS). A família vive da aposentadoria da paciente e de seu trabalho como cuidadora da mãe e do salário do filho Bruno, que é mecânico recém contratado.

A filha mais velha (Belinda) tem 47 anos, é casada, possui três filhos, do lar e reside em Ribeirão Preto-SP, em um bairro próximo a casa de Bia. A segunda filha (Bruna) tem 45 anos, é casada, possui três filhos, do lar e reside em Ribeirão Preto-SP, no mesmo bairro que Bia. A terceira filha (Bárbara) tem 44 anos, é casada, do lar, possui dois filhos, sendo um do sexo masculino (Breno) - que tem 23 anos, solteiro e possui um filho de um ano e seis meses - e uma do sexo feminino, com 18 anos e solteira. Todos moram em Ribeirão Preto-SP, no mesmo bairro que Bia. A quarta filha (Beatriz) tem 43 anos, é casada, do lar, possui três filhos, sendo o primeiro do sexo masculino, com 24 anos e casado, a segunda do sexo feminino com 22 anos, solteira e possui uma filha de dois anos e a terceira do sexo feminino com 18 anos, solteira e possui uma filha de quatro meses. Todos também residem em Ribeirão Preto-SP, em um bairro próximo a casa de Bia. O quinto filho (Barreto) tem 40 anos, é

solteiro e não possui filhos. Mora em Ribeirão Preto-SP, em um bairro afastado da casa de Bia. A sexta filha (Bete) tem 34 anos, é solteira, doméstica e tem um filho de 14 anos. Morava com Bia e agora mora em uma casa no mesmo bairro que a paciente. O sétimo filho (Bruno) tem 30 anos, é solteiro, mecânico e não possui filhos. Mora com Bia na mesma casa.

FIGURA 05 - Genograma da família de Bia

A família do ponto de vista do desenvolvimento familiar

Esta paciente é viúva há 30 anos, aposentada e trabalha como cuidadora de sua mãe de 90 anos de idade para complementar a renda e também para se manter mais próxima a ela. As mulheres têm uma probabilidade de se tornarem viúvas quatro vezes maior do que os homens, e também maior probabilidade de se tornarem viúvas numa idade menos avançada, com muitos anos de vida ainda pela frente. No entanto, o sofrimento prolongado para as mulheres viúvas tende a ser maior, pois elas possuem recursos financeiros limitados e é menos provável que encontrem um novo parceiro (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Neste núcleo familiar observa-se a necessidade de Bia em trabalhar, mesmo sendo aposentada, para sustentar a casa e auxiliar seu filho Bruno nas despesas. A obrigação de trabalhar fora se justifica pelas dívidas adquiridas pelo filho mais novo, aliada a necessidade da mãe da paciente precisar de uma cuidadora.

A família do ponto de vista funcional

Mesmo tendo uma família numerosa e presente em sua casa, Bia não compartilha seus problemas com os filhos. A paciente procura sempre resolver seus problemas sozinha, sem recorrer a nenhum dos filhos, pois acredita que cada um deles já tem seus problemas e não precisam se preocupar com ela.

A paciente, seus três filhos (Bárbara, Bete e Bruno) e seu neto (Breno), mencionam que o diabetes está alterado devido as mudanças que ocorreram na estrutura familiar que a deixaram muito angustiada. Segundo eles, Bia morava com Bete, seu filho e Bruno há 14 anos. Devido a alguns desentendimentos entre Bete e Bruno, a paciente mudou de casa e Bete e seu filho foram morar em outra casa. Bia refere que esta separação da filha e do neto lhe trouxe muita tristeza e acredita que tal sentimento contribui para o mal controle do diabetes, evidenciando a estreita relação entre diabetes e estado emocional.

Além da separação, para Bruno, o que desgasta a mãe é o trabalho extenuante, pois ela cuida de sua mãe de 95 anos que mora distante de sua casa e necessita de meios de transporte

diariamente para chegar ao local de trabalho, às sete horas da manhã. Na visão de Bia, Bárbara, Bete e Breno, este não consiste em um problema porque Bia gosta de trabalhar e, ao mesmo tempo, pode cuidar da mãe. Assim, percebe-se um conflito de idéias acerca do desgaste da mãe. Por um lado, a paciente anuncia que gosta de trabalhar e cuidar da mãe e, de outro, um dos filhos acredita que o trabalho tem colaborado para o stress e desconforto da mãe.

Outro ponto que merece destaque é o relacionamento de Bia em relação ao serviço de saúde. Segundo a paciente, o atendimento na Unidade Básica de Saúde é muito desgastante. Embora, na sua opinião, o atendimento público seja de má qualidade, ela não vê motivos para pagar um plano de saúde privado, pois utiliza a UBS apenas para a obtenção dos medicamentos do diabetes, realização dos exames de rotina e retorno às consultas médicas. As filhas Bárbara e Bete compartilham da mesma opinião que Bia, mas Bruno e Breno citam que gostariam de adquirir um plano de saúde privado para Bia. Neste sentido, o atendimento de saúde parece se constituir em um elemento de conflito apresentado pela família. Isto se justifica, pois a qualidade da assistência a saúde da paciente pode ter implicações diretas com a sua adesão ao tratamento e na redução de complicações agudas e crônicas advindas do diabetes.

História de saúde de Bia

Bia descobriu que tinha diabetes há seis anos e faz uso de antiabético oral e insulina regular duas vezes ao dia. A princípio o valor de sua glicemia capilar era entre 400 e 500mg/dl. Bia não acreditou no resultado do exame e realizou outro exame. Como o resultado do exame mostrou os mesmos valores, ela iniciou a terapêutica medicamentosa com antidiabéticos orais, os quais foram insuficientes para manter a glicemia em um valor aceitável. Após três semanas, introduziu-se a insulina regular.

No início do tratamento, Bia tinha muita dificuldade em realizar a aplicação de insulina, solicitando ajuda da filha Bárbara. Por outro lado, a filha sentia medo de aplicar a injeção de insulina. Devido as dificuldades encontradas em aplicar a insulina, Bia começou a frequentar o Grupo de Educação em Diabetes do CEEAI, onde aprendeu a realizar as aplicações de insulina sozinha. Segundo Bárbara este aprendizado da mãe foi muito bom, pois se sentia mais tranqüila. Esta foi uma excelente estratégia para se conquistar a independência de Bia enquanto pessoa diabética.

Resumo dos encontros com a família

Durante a pesquisa, realizamos três encontros no domicílio da paciente em que participaram a paciente (Bia), duas filhas (Bárbara e Bete), um filho (Bruno) e um neto (Breno), que duraram em média, uma hora e cinquenta minutos cada um.

Quadro 5 – Problemas identificados em cada encontro com a família de Bia.

Ribeirão Preto-SP, 2007.

Encontros	Problemas Identificados
Primeiro - 27/03/2006	<ul style="list-style-type: none"> * Bia tem dificuldade em dividir seus problemas com os demais membros da família; * O fato da filha e o neto não morarem mais com a paciente a incomoda muito; * À medida que a família da paciente foi crescendo, ou seja, suas filhas também foram se tornando em avós, ela começou a se sentir excluída do núcleo familiar; * Os filhos se divergem nas opiniões quanto a paciente utilizar um plano médico particular, parar de trabalhar ou manter somente as atividades domésticas. Para alguns deles estes pontos colaboram para o não controle do diabetes.
Segundo – 03/04/2006	<ul style="list-style-type: none"> * O comportamento explosivo do filho mais novo gera muitos conflitos intrafamiliares; * O fato da paciente trabalhar para pagar dívidas de seu filho mais novo é motivo de desentendimento; * A necessidade de trabalhar e os conflitos intrafamiliares são vistos como

	fatores de grande influência no controle do diabetes pela paciente.
Terceiro – 10/04/2006	<ul style="list-style-type: none"> * A paciente utiliza a insulina em momentos que sente necessidade, não seguindo corretamente as instruções médicas; * Bia acredita que o açúcar não interfere na sua glicemia e não vê problemas em consumir doce; * A família acredita que os problemas cotidianos são fatores de influência no não controle da glicemia da paciente.

A paciente precisou mudar de casa, porque seus filhos vivem em constante conflito. Como há desentendimentos freqüentes, ela se vê em situações de sobrecarga em suas atividades, prejudicando sua autonomia.

FAMÍLIA 03:

Da família número três, participaram a paciente (Carmen) e seu esposo (Carlos) que moram juntos.

Figura 6- Participantes da família de Carmen

Estrutura Familiar:

Carmen tem 60 anos, mora com o esposo Carlos, são casados há trinta e sete anos. Tem o segundo grau completo, trabalhou até sua aposentadoria como escriturária, possui três

filhos, sendo uma mulher e dois homens. O marido (Carlos) tem 61 anos, é aposentado como engenheiro elétrico. Todos moram em Ribeirão Preto-SP.

A família reside na cidade de Ribeirão Preto-SP, em casa própria, de alvenaria, com quatro quartos, suíte, lavabo, dois banheiros, copa, cozinha, sala de jantar, jardim na frente e nos fundos, área de lazer com churrasqueira e piscina. A paciente tem plano de saúde privado. A família vive da aposentadoria de Carlos e de Carmen e do aluguel de alguns imóveis.

A filha mais velha (Carina) possui 35 anos, é casada, trabalha como advogada em consultório próprio e como funcionária do Banco do Brasil, não possui filhos.

O filho do meio (Cornélio) possui 30 anos, casado, trabalha como representante de produtos hospitalares, tem dois filhos, sendo uma menina com 11 anos e um menino com 5 anos.

O filho mais novo (Célio) possui 28 anos, casado, trabalha como representante de produtos cosméticos, possui dois filhos do sexo masculino, um com 10 anos e outro com 5 anos, frutos do primeiro casamento.

FIGURA 07 - Genograma da família de Carmem

Legenda:

Caso índice

Sexo feminino

Sexo masculino

Vínculo forte

DM - DIABETES MELLITUS

Separação conjugal

A família do ponto de vista do desenvolvimento familiar

Os filhos Cornélio e Célio possuem um salário que em alguns momentos não responde as necessidades, recorrendo em determinadas situações aos pais.

Quando se pensa que esta família se mantém como suporte para as dificuldades dos filhos, sobretudo, dos mais novos, nota-se, conforme aponta Carter e McGoldrick (1989), um grupo que está lançando os filhos e seguindo em frente. Embora o casal ainda estabeleça uma relação protetora com os filhos, este ciclo vital é modificado pela variável doença crônica.

Como o diabetes é uma doença crônica progressiva, o indivíduo e a família se defrontam com os efeitos de um membro da família perpetuamente sintomático, cuja incapacidade aumenta de modo gradual ou mínimos. Estão implícitas uma contínua adaptação e mudança de papéis. Uma tensão crescente nas pessoas que prestam os cuidados é provocada tanto pelos riscos de exaustão quanto pelo contínuo acréscimo de novas tarefas ao longo do tempo. Está em jogo a flexibilidade familiar, em termo das reorganizações internas de papéis e da posição para utilizar recursos externos (CARTER; MCGOLDRICK, 2001)

Nesta família, é evidente a preocupação com o diabetes da paciente. Nota-se uma reorganização familiar para seguir rigorosamente os aconselhamentos médicos. Como toda doença crônica, a incerteza de controle faz com que a paciente e seus familiares se frustrem diante das medidas glicêmicas.

A família do ponto de vista funcional

Quando Carmen e/ou o esposo precisam tomar alguma decisão importante, solicitam a opinião dos filhos. Segundo eles cada filho participa da vida familiar de maneira diferente. Carina quase não frequenta a casa do casal, mas sempre está em contato telefônico, sua rotina é muito intensa e não permite muitos horários para visitar os pais. Os filhos Cornélio e Célio por serem representantes comercial possuem horários mais flexíveis e vão com maior frequência a casa da paciente.

Segundo Carmen e Carlos, sempre que os filhos têm algum problema financeiro ou de ordem emocional, procuram o apoio dos pais. O casal vê esse vínculo com os filhos positivamente, pois se sentem felizes em saber da confiança que os filhos depositam neles.

Os maiores problemas estruturais vivenciados pela família segundo Carmen, foram: o período em que o filho Célio estava se separando da primeira mulher e quando vivenciou uma fase de desemprego. Para Carlos foi um momento muito difícil na vida do filho e da família.

Para eles, o maior problema atual é o diabetes de Carmen, pois ainda não foi encontrada uma maneira de manter o ajuste terapêutico. Segundo Carmen, a incerteza de controle da glicemia gera muita angústia, pois anuncia que segue rigorosamente todos os cuidados necessários para o controle da doença, sem resultados satisfatórios.

Um ponto que chamou a atenção é como a família se organiza para manter um bom controle glicêmico. Toda a rotina da casa e dos familiares giram em torno do tratamento da paciente. O marido a acompanha nas consultas médicas, na realização das atividades físicas, compartilha os mesmos alimentos e se mantém informado sobre os horários e doses da medicação da esposa. A dificuldade em manter os níveis glicêmicos dentro dos valores de normalidade gera uma certa frustração no casal.

História de saúde de Carmen:

Carmen é diabética há quatro anos, faz uso de antidiabéticos orais e insulina e descobriu que tinha diabetes em uma consulta de rotina. A princípio, os valores de sua glicemia plasmática estavam entre 120 e 200mg/dl. Seu esposo profere que durante as consultas médicas de rotina houve falta de orientação acerca da doença, pois acredita que sua esposa já apresentava intolerância à glicose. A glicemia plasmática ao diagnóstico foi de 300mg/dl, e a confirmação da doença foi um susto, pois recordou de sua mãe que, também, era diabética.

Como a glicemia estava muito instável, os profissionais de saúde do Grupo de Educação em Diabetes do CEEAI, sugeriram que Carmen conversasse com seu médico mais detalhadamente sobre o seu caso, pois sua doença é de difícil controle. Assim, houve mudança e ajuste na terapêutica medicamentosa com introdução da insulina duas vezes ao dia. Carmen tem dificuldade em compreender o porquê do controle dos níveis glicêmicos serem tão instáveis, pois realiza todas as recomendações médicas sem obter resultados satisfatórios.

Resumo dos encontros com as famílias

Durante a pesquisa, realizamos três encontros no domicílio da paciente em que participaram, a paciente (Carmen) e seu esposo (Carlos), que duraram em média, uma hora e vinte minutos cada.

Quadro 6 – Problemas identificados em cada encontro com a família de Carmen. Ribeirão Preto-SP, 2007.

Encontros	Problemas Identificados
Primeiro - 28/03/2006	<ul style="list-style-type: none"> * Os problemas familiares são compartilhados com o esposo e com os filhos; * Os membros da família se mostram preocupados com os valores alterados de glicemia de Carmen. * A família não encontra explicação para o mau controle glicêmico, pois tanto a paciente como o esposo dizem seguir as orientações para o controle do diabetes; * Utilizam alimentos mais caros e mais apropriados para um diabético e aparentemente, faz acompanhamento em diversas especialidades médicas.
Segundo – 04/04/2006	<ul style="list-style-type: none"> * A paciente e seu marido se mostraram muito preocupados com as oscilações da glicemia, todo o cuidado que eles dispõem para controlar o diabetes é insuficiente; * Para o esposo, a normalização da glicemia é a esperança de uma vida confiante e tranqüila.
Terceiro – 11/04/2006	<ul style="list-style-type: none"> * A paciente faz os controles de glicemia capilar diariamente, tem disciplina quanto a medicação, compartilha com o marido a responsabilidade dos medicamentos e mantém-se informada sobre os novos avanços terapêuticos

	<p>no diabetes;</p> <p>* Conviver com as incertezas do diabetes gera ansiedade para esta família. O sentimento de frustração com os resultados dos valores da glicemia foi verbalizado em diversas situações durante a entrevista.</p>
--	--

As incertezas do diabetes gera angústia em Carmen e sua família, mesmo utilizando as estratégias para alcançar a normalização da glicemia. Ela se esforça para atingir os objetivos do tratamento, mas se angustia e a frustração dela e dos membros da família estão presentes nos resultados insatisfatórios em relação ao controle glicêmico.

FAMÍLIA 04

Da família número quatro, participaram a paciente (Denise) e seu esposo (Daniel) que moram juntos.

Figura 8- Participantes da família de Denise

Estrutura Familiar

Denise tem 62 anos, mora com o esposo Daniel e são casados há trinta e nove anos, cursou até a quinta série do primeiro grau, é aposentada e trabalha como comerciante em sua

loja de bijuterias, ao lado de sua casa e possui duas filhas. O marido tem 63 anos, é policial militar aposentado e cursou até a quinta série do primeiro grau.

A família reside na cidade de Ribeirão Preto-SP, possuem casa própria, de alvenaria, com quatro quartos, dois banheiros, copa, cozinha e quintal. Denise faz acompanhamento no Grupo de Educação em Diabetes do CEEAI e tem plano de saúde privado. O casal vive da aposentadoria de Denise e de Daniel e dos rendimentos da loja de bijuteria daquela.

A filha mais velha (Débora) possui 37 anos, é solteira, enfermeira, mora em Belo Horizonte, Minas Gerais e não possui filhos.

A filha mais nova (Daniela) possui 34 anos, é casada, tem um filho de 3 anos, trabalha como advogada e mora em Ribeirão Preto-SP, em um bairro próximo a casa dos pais.

FIGURA 09 - Genograma da família de Denise

Legenda:

Caso índice

Sexo feminino

Sexo masculino

Vínculo forte

DM - DIABETES MELLITUS

A família do ponto de vista do desenvolvimento familiar

Ao se pensar nessa família como um grupo que vivencia um estágio tardio da vida, segundo Carter e McGoldrick (1989), pode-se inferir que o casal transita pelo estágio de aposentadoria e é modificado pela variável doença crônica.

No caso desta família, ao se voltar para a saúde do casal, o diabetes se mostra como um problema de forte influencia na dinâmica familiar, pois Denise fica irritada ao perceber que não está tendo um bom controle glicêmico. Tal irritabilidade é um fator de discussões entre o casal. Como o diabetes é uma doença crônica progressiva, o indivíduo e a família se defrontam com os efeitos de um membro da família perpetuamente sintomático, cuja incapacidade aumenta de modo gradual ou mínimos. Estão implícitas uma contínua adaptação e mudança de papéis. Uma tensão crescente nas pessoas que prestam os cuidados é provocada tanto pelos riscos de exaustão quanto pelo contínuo acréscimo de novas tarefas ao longo do tempo. Está em jogo a flexibilidade familiar, em termo das reorganizações internas de papéis e da posição para utilizar recursos externos (CARTER; MCGOLDRICK, 1989).

Nesta família, são evidentes as mudanças que o diagnóstico representou. A ansiedade da paciente frente o mau controle glicêmico e a possibilidade de usar insulina geram um sofrimento tanto para a paciente quanto para seus familiares, pois os pais de Denise eram diabéticos e sofriam muito por terem que usar insulina. Notou-se que Daniel compartilha estratégias para conviver com tais ansiedades, mas confessa um sentimento de frustração ao perceber que sua esposa não consegue elaborar as expectativas quanto à doença e seu controle.

A família do ponto de vista funcional

Quando a paciente e/ou o esposo precisam de algum auxílio recorrem à filha Daniela. A filha Débora visita os pais com frequência e mantém contato por telefone com a paciente diariamente. Segundo Denise e Daniel, as filhas têm uma vida independente da vida do casal, possuem bons rendimentos financeiros, estão estabilizadas nos empregos e possuem uma vida tranqüila.

Segundo Denise e seu marido, o maior problema vivenciado pela família atualmente é o diabetes de Denise, pois a paciente ficou irritada e ansiosa após a confirmação do diagnóstico. Segundo Daniel, o fato da glicemia não estar sob controle mantém a paciente em um estado de extremo nervosismo, acarretando várias discussões entre o casal. Para ele, existe um ciclo vicioso entre o nervosismo de sua esposa e os valores elevados de glicemia.

É notável o esforço que o marido faz para conviver com o sofrimento de sua esposa. DENISE se mostra muito emotiva ao falar do descontrole glicêmico e da probabilidade de usar insulina. Tanto para DENISE quanto para seu marido, o diabetes está intimamente relacionado com o estado emocional. Para driblar as ansiedades vividas por eles, o casal mantém uma vida social bem movimentada, freqüentam rotineiramente um clube, participam de bailes para a terceira idade e fazem viagens turísticas.

História de saúde de Denise:

Denise é diabética há seis anos, faz uso de antidiabéticos orais e descobriu que tinha diabetes ao realizar uma consulta médica de rotina. Para Denise, a descoberta do diabetes foi angustiante, pensava sempre que ia morrer como seus pais e que acabaria tomando insulina em algum momento de sua vida.

O convívio com a doença e o acompanhamento no Grupo de Educação em Diabetes do CEEAI fez a ansiedade de Denise diminuir, mas ainda se sente muito insegura pelo fato de precisar recorrer à insulina.

Resumo dos encontros com a família

Durante a pesquisa, realizamos três encontros no domicílio da paciente em que participaram a paciente (Denise) e seu esposo (Daniel), que duraram em média, uma hora e dez minutos cada.

Quadro 7 – Problemas identificados em cada encontro com a família de Denise. Ribeirão Preto-SP, 2007.

Encontros	Problemas Identificados
Primeiro - 03/04/2006	<ul style="list-style-type: none"> * O casal mostrou cumplicidade com as tomadas de decisão frente ao diagnóstico. A dificuldade enfrentada é o medo da paciente vir a utilizar insulina; * Denise se mostrou insegura e chorosa frente a possibilidade de utilizar insulina no tratamento. Alegou que sente medo, pois seu pai era diabético e também tinha medo de usar insulina, segundo a paciente usar insulina significa o fim da vida.
Segundo – 10/04/2006	<ul style="list-style-type: none"> * Denise e seu marido se mostraram muito preocupados com as oscilações dos valores de glicemia, para eles o fato da paciente não conseguir se manter calma altera ainda mais a glicemia; * Para o esposo as estratégias para conviver com o diabetes é encontrada nas atividades sociais, o que a faz esquecer da doença, acredita que o diabetes está intimamente ligado com o estado emocional da esposa. * O esposo se sente frustrado ao perceber que mesmo com todo o esforço para ajudar a esposa a conviver com o diabetes o resultado está insatisfatório, principalmente quanto a redução da ansiedade. * Denise em casa é nervosa e quase não o procura sexualmente; * Acredita que o fato de se distraírem, como em viagens de turismo ajuda em muito o convívio do casal com o diabetes.
Terceiro – 17/04/2006	<ul style="list-style-type: none"> * A paciente sente dificuldades em manter uma dieta equilibrada em ambientes sociais; * A experiência que Denise vivenciou com seus pais com diabetes influenciou o seu comportamento frente à possibilidade de utilizar insulina; * O sofrimento apresentado pela paciente e pelo seu marido mostra o quanto

	<p>está difícil conviver com as incertezas do diabetes.</p> <p>* A ansiedade em torno da doença é um problema que se reflete na vida sexual do casal.</p>
--	---

Segundo Leedom et al (1991), a ansiedade pode apresentar alterações neuroquímicas e hormonais que provocam efeitos hiperglicemiantes e podem acarretar distúrbios no metabolismo glicêmico. Em contrapartida, o diabetes tem efeitos neuroquímicos sobre os sistemas centrais serotoninérgicos, noradrenérgicos e dopaminérgicos, levando a uma diminuição da função monoaminérgica, à semelhança do que ocorre na depressão. A sobreposição de alterações fisiopatológicas de ambas as condições poderia explicar a ocorrência frequente de sintomas depressivos em pacientes diabéticos.

FAMÍLIA 05

Da família número cinco, participaram o paciente (Ernesto) e sua esposa (Eva) que moram juntos.

Figura 10 - Participantes da família de Ernesto

Estrutura Familiar

Ernesto tem 63 anos, mora com a esposa Eva, casados há trinta e três anos. Completou o segundo grau, trabalha como autônomo na venda de doces e comida, possui um filho. Eva tem 64 anos, é cabeleireira e trabalha no salão de beleza da mãe do paciente. Também concluiu o segundo grau.

A família reside na cidade de Ribeirão Preto-SP, em uma casa emprestada de uma prima do paciente, de alvenaria, com três quartos, um banheiro, sala, cozinha e quintal. Ernesto faz acompanhamento no Grupo de Educação em Diabetes do CEEAI e o tratamento pelo SUS. A família vive das rendas de Ernesto que é cozinheiro e comerciante de doces e do emprego de Eva que é cabeleireira. O único filho Eduardo possui 32 anos, é casado há três anos, não possui filhos, mora em Ribeirão Preto-SP e trabalha como representante de laboratório.

FIGURA 11 - Genograma da família de Ernesto

Legenda:

Caso índice

Sexo feminino

Sexo masculino

Vínculo forte

DM - DIABETES MELLITUS

A família do ponto de vista do desenvolvimento familiar:

Essa família transita pelo estágio de doença e dependência. Ernesto e sua esposa experienciam as questões da dependência, o que requer do casal uma aceitação realista das forças e limitações, assim como o reconhecimento daquilo que não pode ou deve fazer. Embora o casal tenha uma relação voltada para as adaptações de uma fase tardia da vida e transita pelo estágio de doença e dependência, este ciclo vital é modificado pela variável doença crônica (CARTER; McGOLDRICK, 1989).

Neste caso, ao se voltar para a saúde do casal, o diabetes, a cardiopatia e os problemas renais se mostram como problemas de forte influência na dinâmica familiar. Como o diabetes e o infarto são doenças crônicas e progressivas, o indivíduo e a família se defrontam com os efeitos de um membro da família perpetuamente sintomático, cuja incapacidade aumenta de modo gradual ou mínimos. Estão implícitas uma contínua adaptação e mudança de papéis. Uma tensão crescente nas pessoas que prestam os cuidados é provocada tanto pelos riscos de exaustão quanto pelo contínuo acréscimo de novas tarefas ao longo do tempo. Está em jogo a flexibilidade familiar, em termo das reorganizações internas de papéis e da posição para utilizar recursos externos (CARTER; McGOLDRICK, 1989).

São evidentes as mudanças que o diagnóstico de diabetes e de infarto acarretaram. A demanda de cuidados com a saúde de Ernesto gera um desgaste visível em sua vida e de sua família. O número de consultas e exames que o paciente é submetido reflete na demanda de tempo que o casal despende para atender as exigências que as patologias exercem. Somado aos fatores de saúde, estão todas as alterações no estilo de vida que ocorreram devido a mudança de nível social que esta família sofreu, como por exemplo, a utilização de transporte público para a realização das atividade rotineiras.

A família do ponto de vista funcional

Quando Ernesto e/ou a esposa precisam de algum auxílio recorre ao filho Eduardo, os problemas do cotidiano são discutidos e resolvidos entre o casal, segundo eles, só procuram Eduardo quando não conseguem resolver o problema. De acordo com Ernesto e Eva, o filho tem uma vida independente da vida do casal, mas como é casado há pouco tempo ainda tem que fazer a vida dele e sentem dificuldade em estar solicitando ajuda.

Segundo Ernesto e sua esposa, os maiores problemas vivenciados pela família atualmente são: o diabetes, os problemas renais e cardíacos do paciente. Segundo Eva, o fato de Ernesto estar com tantos problemas de saúde demanda muito tempo para os cuidados, como a realização de exames e os retornos nas consultas médicas, prejudicando desta maneira o trabalho do casal.

O que chama atenção nesta família é o fato de que Ernesto era um empresário bem sucedido que vivenciou uma crise financeira, perdendo assim, todos os bens da família. Segundo o paciente e a esposa, as dificuldades enfrentadas para pagar dívidas e reorganizar a situação financeira gerou muito estresse, que pode ser responsável pelo surgimento do diabetes do paciente. Além das dificuldades financeiras que o casal apresenta, a mãe de Ernesto, tem 85 anos e vem passando por problemas cardíacos sérios, para eles, este problema suscita uma preocupação a mais, pois a mãe do paciente possui uma filha com problemas mentais e tem dois filhos que ainda são seus dependentes financeiros.

Para Ernesto, os entraves vivenciados com a irmã, com a mãe e com a falência de sua firma fizeram com que surgisse todo o seu problema de saúde. Embora a família apresente inúmeras dificuldades cotidianas, tanto o paciente como sua esposa elaboraram uma rotina na vida do casal que dá conta de suprir as necessidades diárias.

História de saúde de Ernesto

Ernesto é diabético há 15 anos, faz uso de antiabéticos orais e insulina duas vezes ao dia e descobriu que tinha diabetes ao realizar alguns exames para tratamento de obesidade. Para o paciente, a descoberta do diabetes não teve significado, apenas mudou o consumo de alguns alimentos e parou de fumar.

Durante uma pesquisa no Grupo de Educação em Diabetes do CEEAI, Ernesto descobriu que possuía uma hérnia gástrica e que o caso era cirúrgico. No período em que estava fazendo os exames para realizar a cirurgia, começou a se sentir muito mal e descobriu que estava com aumento nas taxas de creatinina, o que apontava para uma disfunção renal. Após controlar os valores de creatinina, retomou os exames para a cirurgia e no ecocardiograma foi descoberto um infarto agudo do miocárdio, antigo. Após todas essas descobertas, Ernesto começou a fazer acompanhamento com endocrinologista, nefrologista e cardiologista, o que lhe causa um dispêndio de tempo e recursos financeiros.

Resumo dos encontros familiares

Durante a pesquisa, realizamos três encontros no domicílio da paciente em que participaram o paciente (Ernesto) e sua esposa (Eva), que duraram em média, uma hora e cinquenta minutos cada.

Quadro 8 – Problemas identificados em cada encontro com a família de Ernesto. Ribeirão Preto-SP, 2007.

Encontros	Problemas Identificados
Primeiro - 11/04/2006	<ul style="list-style-type: none"> * O casal concorda que as mudanças ocorridas devido às dificuldades financeiras, o diagnóstico de infarto e disfunções renais representam as maiores dificuldades enfrentadas pelo casal atualmente; * O paciente proferiu como uma das causas do surgimento de tais patologias a falência na empresa; * Os problemas mentais da irmã mais nova do paciente e o fato de sua mãe de 85 anos ainda ser a provedora do lar da irmã são fatos extremamente

	estressantes para o casal.
Segundo – 09/05/2006	<p>* O paciente e sua esposa se mostraram muito preocupados com as oscilações dos valores glicêmicos de Ernesto;</p> <p>* Neste encontro o casal conta pontualmente os acontecimentos que levaram às mudanças no nível de vida social, e consideram alguns pontos positivos em tais mudanças, como o fato de andarem mais a pé por não possuírem carro.</p>
Terceiro – 23/05/2006	<p>* O paciente sente algumas dificuldades em manter uma dieta equilibrada pois trabalha como cozinheiro e faz doces para revender, para garantir o sustento da casa. Segundo ele e sua esposa, o fato de estar perto de doces e outros alimentos facilita a ingestão de muito açúcar e carboidrato, dificultando o controle glicêmico;</p> <p>* Foi evidenciado que a experiência da falência foi um marco na vida desta família. Muitos hábitos foram mudados, muitas perdas tiveram que ser superadas e muitos reajustes tiveram que ser feitos para conviver com as patologias de Ernesto.</p>

O casal se mostrou com grande cumplicidade nas tomadas de decisão e salientam que o fato do paciente ter passado por uma transição econômica drástica influenciou nos hábitos de vida da família. A condição de cozinheiro o deixa mais próximo da comida, dificultando o controle dos valores glicêmicos. Quanto mais ele cozinha para manter a casa, mais ele come. Quanto mais ele come mais sua glicemia se desequilibra.

FAMÍLIA 06

Da família número seis, participaram da pesquisa a paciente (Fernanda) e sua nora (Fabrícia), esposa do filho Fábio.

Figura 12 – Participantes da família de Fernanda **Estrutura Familiar:**

Fernanda tem 51 anos, casada há trinta anos, mora com o esposo e o filho do meio (Felipe), cursou até a quinta série do primeiro grau, é aposentada e trabalha como comerciante de artesanato. Possui três filhos, todos do sexo masculino e residentes em Ribeirão Preto-SP. O marido tem 54 anos, é motorista de caminhão de flores e cursou até a quinta série do primeiro grau.

A família reside na cidade de Ribeirão Preto-SP, possui casa própria, de alvenaria, com três quartos, dois banheiros, copa, cozinha e quintal. A paciente faz acompanhamento no Grupo de Educação em Diabetes do CEEAI e o tratamento no SUS. O casal vive da aposentadoria de Fernanda, do trabalho do marido e do filho Felipe, além dos rendimentos do comércio de artesanato.

O filho mais velho (Fábio) tem 30 anos, é casado com Fabrícia (a nora participante desta pesquisa), possui uma filha de um ano e oito meses e trabalha como mecânico. O filho do meio (Felipe) possui 29 anos, é solteiro não possui filhos, é mecânico e reside com os pais. O filho mais novo (Frederico) tem 28 anos, é casado e possui um filho de um ano e seis meses e trabalha como técnico em telecomunicação.

FIGURA 13 - Genograma da família de Fernanda

Legenda:

Caso índice

Sexo feminino

Sexo masculino

Vínculos negativos

Vínculo forte

DM - DIABETES MELLITUS

A família do ponto de vista do desenvolvimento familiar

Neste caso, ao se voltar para a saúde da paciente, nota-se que o infarto agudo do miocárdio exerce uma influência maior que o diabetes na dinâmica familiar. Como o infarto é uma doença crônica de curso constante, ocorre um evento inicial, após o qual o curso biológico se estabiliza. Depois do período inicial de recuperação, a fase crônica é caracterizada por algum déficit claro, ou uma limitação residual ou funcional. Podem ser observadas recorrências, mas o indivíduo ou a família se defronta com uma mudança semipermanente, que é previsível durante um considerável período de tempo. Existe o potencial de exaustão familiar, sem a tensão de novas demandas de papel ao longo do tempo (CARTER; MCGOLDRICK, 1989).

Nesta família, são evidentes as mudanças que o diagnóstico de infarto acarretaram. A demanda de cuidados com a saúde da paciente fez uma modificação na vida dos membros familiares em que o filho Fábio e o marido assumiram as tarefas da casa, como passar e lavar a roupa, limpar a casa e cozinhar. Os filhos Felipe e Frederico continuaram o trabalho fora de casa para contribuir financeiramente com os pais.

A família do ponto de vista funcional

Quando Fernanda ou o esposo precisa de algum auxílio recorrem ao filho Fábio e sua esposa. Segundo Fernanda é comum os filhos freqüentarem sua casa com suas respectivas esposas e netos.

Segundo Fernanda e Fabícia, o maior problema vivenciado pela família atualmente é o medo que eles enfrentam após o infarto agudo do miocárdio, sofrido há quatro anos atrás pela paciente.

Fernanda se mostra muito preocupada ao falar do mau controle dos valores glicêmicos e das complicações advindas do infarto, mas justifica sua dificuldade em controlar o diabetes nos hábitos alimentares. Tanto para Fernanda quanto para sua nora e familiares, o diabetes

está intimamente relacionado com a falta de cuidado da paciente com a dieta e a ausência de atividade física. Para driblar as ansiedades vividas por Fernanda sobre o infarto e sobre o diabetes, a paciente exerce inúmeras atividades na igreja católica e as aponta como um fator importante em sua vida.

História de saúde de Fernanda

Fernanda é diabética há 11 anos. Faz seguimento médico através do SUS e acompanhamento no Grupo de Educação em Diabetes do CEEAI, faz uso de antidiabéticos orais e à insulina duas vezes ao dia. Teve infarto agudo do miocárdio há seis anos, era fumante de dois maços de cigarro por dia. Para ela, a descoberta do diabetes não teve grandes significados, o que lhe provocou grande impacto foi o infarto. Segundo Fernanda, seu infarto foi forte, sendo necessária cirurgia de revascularização cardíaca. No momento em que descobriu o infarto e sofreu a cirurgia, a paciente parou de fumar, começou a prestar mais atenção nos hábitos alimentares e tentou, por muitas vezes, praticar exercícios físicos, entretanto justifica que não conseguiu praticá-los devido às dores nas pernas.

Resumo dos encontros com as famílias

Durante a pesquisa, realizamos três encontros no domicílio da paciente em que participaram a paciente (Fernanda) e sua nora (Fabrícia), que duraram em média, uma hora e quinze minutos cada.

Quadro 9 – Problemas identificados em cada encontro com a família de Fernanda. Ribeirão Preto-SP, 2007.

Encontros	Problemas Encontrados
Primeiro - 10/05/2006	<ul style="list-style-type: none"> * A paciente e sua nora compartilham os problemas do cotidiano entre si e, ainda, com o filho Fábio as angústias do dia a dia; * O fato da paciente ter sofrido um infarto gerou na família um sinal de alerta com relação a saúde, todos os filhos e o marido compartilham as mesmas preocupações com relação à saúde de Fernanda. * Referem o infarto como um marco na vida de todos.
Segundo – 24/05/2006	<ul style="list-style-type: none"> * A paciente e sua nora confirmaram a preocupação com as oscilações dos valores da glicemia de Fernanda; * Todos os filhos falam e cobram da paciente uma atitude mais saudável, eles e seu marido fazem uma vigília constante a respeito da alimentação e da medicação que a paciente utiliza. * É notório uma empatia maior pelo filho Fábio e por sua nora Fabrícia. Para ela, ele é quem tem maior capacidade para resolver os problemas da família. Quando a paciente sofreu a cirurgia cardíaca, o filho Fábio era quem lavava e passava a roupa da paciente, enquanto seu marido abandonou o emprego para cuidar da casa; * A maneira como a outra nora se relaciona com o filho Frederico não corresponde aos padrões “éticos” que a paciente estabeleceu para a família.
Terceiro – 29/05/2006	<ul style="list-style-type: none"> * Fernanda tem dificuldades em manter a dieta equilibrada, pois não controla sua vontade de comer doces e alimentos gordurosos. Apesar de ter medo de um infarto recorrente, diz que não consegue manter uma dieta equilibrada e saudável; * Embora os filhos e o marido tenham uma vigília constante quanto à alimentação da paciente, Fabrícia compartilha com a mesma o hábito de consumir doces, refrigerantes não diet e alimentos calóricos; * A vigília constante dos filhos e do marido ilustra bem o quanto esta patologia assusta os membros dessa família, embora atinja com menor intensidade a paciente e, até mesmo a nora, que acaba por ser conivente com a sogra Fernanda (etimologicamente, ser conivente é “fechar os olhos”)

O diabetes não foi o fator mais preponderante para a mudança de hábitos da paciente. Somente após ter sofrido um infarto é que realizou algumas alterações como, por exemplo, parar de fumar. A família exerce uma vigília constante para que Fernanda consiga realizar os cuidados necessários. Quanto mais o filho e o marido vigiam a paciente, menos cuidados ela toma com relação ao diabetes. Quanto menos cuidado ela toma, mais se aproximam do seu filho e marido.

5.1.1. Reflexão sobre as famílias participantes

Como pode ser observado, das seis famílias participantes, cinco tiveram como constituintes desta pesquisa a pessoa portadora de diabetes e seu parceiro ou parceira e todos possuem uma idade acima de cinquenta anos. Foram encontrados alguns pontos em comum e que merecem destaque, a saber:

O fato de não controlar o curso da doença e suas conseqüências ameaça a autonomia e promove um sentimento de impotência frente aos fatos que pode ser evidenciado nas famílias de Abel, de Carmen e de Denise.

As incertezas relacionadas ao diabetes têm sua origem no próprio curso clínico da doença. Às vezes, mesmo tomando todos os cuidados para se obter um controle da glicemia, muitas vezes, ele não é alcançado. Quando um dos membros é acometido por uma doença que gera a possibilidade de risco de vida, uma situação de crise é estabelecida, modificando toda a dinâmica conjugal e familiar. Em uma situação de doença crônica, os papéis desempenhados por cada um dos familiares são revistos, como pode ser observado nas famílias 3 e 4. Pode haver acúmulo ou alteração no desempenho das tarefas e dos papéis, não restando dúvidas de que tal fato abala as estruturas familiares e, principalmente a conjugal (GIANORDOLINASCIMETO; TRINTADE, 2002).

A ansiedade de se manter os valores glicêmicos controlados é outro ponto evidenciado nas famílias de Carmen, Denise e Fernanda. Em pesquisa bibliográfica realizada por Moreira, et al (2003) foram encontrados três estudos que apontam a existência de dois fatores que parecem correlacionar-se com a ansiedade no paciente diabético: a aceitação da doença e a capacidade do paciente em lidar com as alterações que a doença impõe sobre alguns aspectos da vida cotidiana. A dificuldade em adaptar-se à doença poderia estar associada a um aumento dos sintomas ansiosos e depressivos, prejudicando o funcionamento diário destes indivíduos. O prejuízo funcional, por sua vez, dificultaria ainda mais as modificações no estilo de vida relacionadas à doença.

O ambiente familiar influencia nas dificuldades para controlar o diabetes. A pessoa diabética, seja no casal, seja com seus filhos, vivencia situações que são próprias do desenvolvimento dos filhos ou do cônjuge (subsistema), as quais provocam muitas angústias e aumentam a ansiedade, contribuindo para o descontrole glicêmico. Sabemos que o estresse do cotidiano interfere nos níveis de glicemia, e que é denominado pelos pacientes como diabetes nervoso.

5.2. Análise das entrevistas

Após a análise dos depoimentos, obteve-se a compreensão de como se estabelecem as relações familiares durante o processo de adoecimento em diabetes tipo 2.

Nesta seção apresentar-se-á alguns excertos – destacados das narrativas colhidas entre as pessoas diabéticas e seus familiares – por meio delas o leitor poderá obter uma significativa amostragem do que se procurou, ao longo desta análise ou até mesmo diluída no decorrer deste texto no tocante ao intrínseco entrelaçamento entre o processo de adoecimento e as relações familiares. Resta mencionar que os aludidos excertos não passaram por nenhum exercício de correção, quer seja, não sofreram nenhum processo de reescrita, portanto, estão como foram colhidos e, por esta razão preservam os aspectos típicos da oralidade, aliás, tão

expressivos, (re)veladores para este viés investigativo, inclusive as quebras na fala, os lapsos de memória (quando houveram) foram resguardados.

As experiências relatadas pelos participantes durante as entrevistas familiares foram analisadas com base no conteúdo das falas de cada participante com relação ao manejo do diabetes e suas relações familiares. A análise permitiu descrever três momentos importantes desse manejo, os quais se apresentam de forma temporal: primeiro ocorre a descoberta de que se está doente ou que é portador de diabetes, em seguida o convívio com a doença e, por último, as relações familiares, sendo que estas permitem apresentar a intersecção entre essas duas categorias.

A seguir discutir-se-á esses dois momentos, quais sejam: o descobrir da doença e o processo de convivência, à luz da literatura e dos conhecimentos sobre família, focalizando as relações estabelecidas

As categorias e subcategorias estão ilustradas no organograma a seguir:

Figura 14 – Organograma com categorias e subcategorias temáticas extraídas das entrevistas com as famílias participantes

O primeiro momento é relativo ao diagnóstico que envolve a descoberta através de exames de rotina após os cinquenta anos de idade ou por meio de algum sintoma relativo ao diabetes. Após a confirmação da doença o impacto que esta causa tanto na família como na pessoa diabética é um fator preponderante para definir as maneiras de lidar com a doença. Com o passar do tempo, os cuidados com a mesma se incorporam ao cotidiano da pessoa diabética e sua família, o que se pode denominar normalização da doença na vida familiar.

O segundo momento é caracterizado pelo convívio com a doença. Este momento inclui o convívio com o plano alimentar, a execução de atividade física, a introdução da medicação, as relações com o serviço de saúde e as incertezas que envolvem o controle da doença crônica. E, por último, a relação da família e da pessoa diabética com o processo de adoecimento permeia a discussão sobre diabetes e dinâmica familiar.

Descobrendo a doença

Observou-se que os pacientes descobriram a doença através de duas maneiras. Durante consultas médicas e exames de rotina ao realizar o auto cuidado após os cinquenta anos de idade e também através da apresentação de sintomas relativos ao diabetes. Esses não eram sintomas graves, que exigissem um atendimento de urgência, não foi preciso hospitalização. Este aspecto denota uma idéia de autocuidado, uma pessoa que é capaz de reconhecer que ter sede demais e outros sinais não são normais e que se dirigir ao serviço de saúde é uma necessidade presente.

“Eu ia na doutora Márcia. Eu gostava de fazer regime, mas com um médico. Nada de ficar tomando remédio. E numa das....um dos retornos meus, no exame que a gente fazia, apareceu. Aí ela chegou aqui “ah, apareceu diabetes aqui. Ah pode ser que você tem. Ah, vamos ver, vamos confirmar”. Aí, mandou eu ir colher outro exame.” (paciente Ernesto)

“Não, mas o problema é o seguinte, nós, depois que nós completamos cinquenta anos, aí começamos a fazer todos os exames que precisavam. Aí eu falei pra ela, eu vou começar a fazer colesterol, glicose, e fomos no médico, ela foi atrás, aí começou a perceber que o dela tava mudando, que tava aumentando.”(esposo Daniel)

Percebe-se nas narrativas arroladas que o cuidado com a saúde começa a ser mais valorizado a partir dos cinquenta anos. Nesta idade a pessoa detecta sinais mais claros de envelhecimento e sai em busca dos sistemas de saúde onde é orientado o autocuidado.

Denomina-se auto cuidado o conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e, deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem estar e a saúde. A capacidade de auto cuidado significa a habilidade do indivíduo em executar ações que atendam suas necessidades. A capacidade de envolver-se e executar estas ações são aprendidas e estão sujeitas a alguns fatores como idade, experiências de vida, valores, crenças, cultura em que se está inserido, recursos, gênero e educação, sendo denominados fatores condicionantes (OREM, 1995).

Em outras situações, o diabetes é diagnosticado através de alguns sintomas. Os sintomas do diabetes mais frequentes são a hiperglicemia acentuada, a perda inexplicável de peso, poliúria (excesso de urina), polidipsia (muita sede) e infecções (ADA, 2004c)

“Eu comecei a beber muita água e urinava muito”. (paciente Bia)

“Mãe, a senhora vai ao médico ver porque a senhora tá bebendo muita água assim”.(filha Bárbara)

Normalmente, os relatos estão presentes no cotidiano das pessoas e são informações adquiridas com o convívio com outras pessoas que também frequentam os serviços de saúde.

Porém, quando o diagnóstico de diabetes é feito por um profissional de saúde, compreende-se que é uma doença crônica de difícil controle e com um curso clínico indesejável e outras não se abalam pelo diagnóstico, pois embora o diabetes eleve o risco de vida ele, muitas vezes, é assintomático.

Como o diabetes é uma doença crônica, potencialmente invalidante, que determina mudanças internas nas atividades diárias da pessoa, são vivenciados vários sentimentos, como regressão, perda da auto-estima, insegurança, ansiedade, negação da situação apresentada e depressão. De acordo com a estrutura psíquica da pessoa e de seus recursos internos, ela lidará, melhor ou pior, com a nova situação de doença. (GRAÇA; BURD; MELLO FILHO, 2000).

“Foi quando o médico falou: “você tá com a diabete alterada”. Eu não sabia que eu era diabético. Foi um susto... perdi o olho do corpo... tava muito alterado, tava mais de 500, tava 600 o meu diabetes. Minha vontade era de se jogar na cama aí... deixa o mundo acabar, acabo e...” (paciente Abel)

“Ah, é como eu te falei eu fiquei nervosa quando eu comecei, mas depois começou os tratamentos aí.. Pra mim é. (voz chorosa). Muito difícil.” (paciente Denise)

“Quando ela me falou, pra mim... eu achava que era uma doença normal.” (filha Bete)

Do ponto de vista do familiar, observou-se que em famílias que já tinham conhecimentos a cerca da doença, o impacto centra-se no conviver como o aumento da irritabilidade da pessoa diabética frente às situações de conflito.

“A gente ficou super chateado porque já tinha o exemplo da mãe dela, que passou por isso... Ah, ela voltou chorando. Ele foi medir... ela não se sentiu bem e foi medir.”
(esposo Carlos)

“Antes do diabetes era uma maravilha, depois... Depois ela ficou nervosa, aí... Não era normal, nossa vida não tinha briga, não tinha discussão, até o irmãos dela estranhavam, de nós viver, aliás eles estranham até hoje. É que tem horas que eu passo batido quando ela tá nervosa né”. (esposo Daniel)

Após o diagnóstico do diabetes durante o processo de adoecimento nota-se, através dos depoimentos, que houve um movimento de normalização da doença no contexto familiar e na vida da própria pessoa diabética.

Deatrick, Knafe e Murphy-Moore (1999), em revisão bibliográfica sobre a normalização da doença crônica em crianças no contexto familiar, apontam que dos 33 estudos, 19 colocam que a percepção que a família tem sobre seu estilo de vida antes de ocorrer a doença é um ponto fundamental para se entender como os membros irão se organizar para conviver com a doença e como o tratamento durante a vida cotidiana.

A pessoa que tem que aprender a conviver com o diabetes, procura fazer com que não ocorra mudanças significativas em sua vida. E a família elabora estratégias para conviver com o diabetes e faz com que a doença não se torne empecilho para a prática das atividades rotineiras.

“Já faz parte da vida. Não interfere. Ele foi, como se diz, jogou, caiu, foi uma coisa natural, uma obrigação...É como se fosse uma, um novo ciclo que tá aí, faz parte da sua vida. A doença teve que se aglutinar a nossa vida e acabou. Porque também se você começar a

pensar que você é doente, você não faz nada né. Você se diminui, então não é por aí né.”
(paciente Ernesto)

Como um momento de transição observa-se que o grupo familiar busca retomar seu funcionamento anterior ao surgimento do diabetes, como pode ser entrevisto no excerto abaixo:

“Eu falo acostumar com o problema né. Então ele tinha aquele medo, o problema da doença, o problema que ele passava...Então, a gente ficava preocupada. Aí com o passar do tempo a gente foi acostumando.” (esposa Eva)

Porém há pacientes que não apresentam sintomatologia, têm consciência desta condição e elaboram estratégias para conviver com essa característica da doença. Tal fato vem de encontro ao conceito de que o caráter assintomático do diabetes mellitus é um desafio para o cuidado com essa clientela (ZANETTI, 2002).

“Isso que é o mal, quer dizer, você não sente, igual uma bebida que você bebe e daí uma hora você sente o efeito. Às vezes o que você faz hoje de besteira é daqui um mês, um ano que vai, vai somando né. Então, é isso que a gente não leva muito em conta a doença por causa disso..” (paciente Ernesto)

Para Silva (1994) os pacientes diabéticos têm sentimentos de inferioridade devido aos cuidados constantes exigidos para controlar a doença. Ajuriaguerra (1976) também concorda que o controle do diabetes é muito intenso e chega a classificar a pessoa diabética como escrava de seu tratamento.

Pode-se afirmar que após o diagnóstico médico com relação ao processo crônico de adoecimento, os impactos iniciais e o movimento para a normalização, a família e a pessoa diabética aprendem a conviver com a doença.

Convivendo com a doença

Dentro desta categoria encontra-se o desafio de seguir o plano alimentar, a atividade física, a introdução de medicações, o relacionamento com o sistema de saúde e as incertezas que envolvem o controle glicêmico.

Cumprir a dieta adequada é parte fundamental no tratamento do diabetes. Vários estudos têm apontado um baixo seguimento dos pacientes à dieta recomendada. O ato de comer é bastante complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, mas envolve também uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos. Nesse sentido, muitas vezes "come-se" simbolicamente o nervosismo, a ansiedade e as frustrações do cotidiano. O comportamento alimentar está relacionado tanto com aspectos técnicos e objetivos (o quê, quanto e onde comemos), como também com aspectos socioculturais e psicológicos. Há um sistema de valores, de símbolos e significados que estão associados à dimensão do comer. Realizar a dieta recomendada reveste-se de vários significados, tais como a perda do prazer de comer e beber, a restrição da autonomia e o cerceamento da liberdade para se alimentar como e quando desejar. As limitações e proibições impostas pela doença e seu tratamento tiram a liberdade de fazer o que se tem vontade, o que provoca um viver triste (PERES, 2006).

“Tem muita coisa que eu evito. Ela faz às vezes eu experimento, como um pouquinho... ela faz um pudim, eu gosto. Você sabe que é gostoso...Eu tenho que pegar um

pedacinho. Hoje às vezes ainda tenho vontade, mas num... eu já sei que... Disse que tenho que levar ele até morrer, então... mas eu quero ver se ele não me leva...” (paciente Abel)

“Eu não agüento. Se puser um só na boca, não... sou que nem criança... É. Como uma fruta, como alguma coisa assim, fico com tanta lombriga que provoca, dá água na boca...Porque um não me satisfaz. (risos)...(paciente Abel)

As falas dos portadores e familiares denotam a dificuldade em ficar sem açúcar passando então a conviver com algo proibido para elas. Em outras palavras, o açúcar é visto como droga ou veneno, representando uma ameaça à vida.

“e tava comendo veneno e eu não sabia!”(paciente Abel)

“É, e aí essa hora, parece que a pessoa usa droga né, o cara toma droga pra que? Pra sentir bem. Então, é na hora, e na hora que você comia um pedaço de doce, sentia bem mesmo, é esquisito.” (paciente Ernesto)

“E numa hora dessas quando ficava preocupado, ele vivia com um doce na boca. Parece que o corpo pedia, que o organismo pedia...”.(esposa Eva)

A família encontra obstáculos em conviver com essa situação ao ver as dificuldades do paciente em seguir uma dieta que lhe proporcione bem estar, muitos seguem a dieta junto com o paciente. Outros tentam conscientiza-lo, mas não participam, ativamente, da restrição alimentar.

“Também na comida. Se ela vai fazer, ela coloca muito tempero... que nem meu irmão fala pra ela fazer com menos tempero porque ela faz uma comida muito temperada. Acho que essas coisas que ela tá fazendo, normalmente como nós faríamos, a comida que nós faríamos, ela tá fazendo e comendo igual a gente.” (filho Bruno)

“Mudou a comida tudo, porque eu to acompanhando ela. Não come pizza, não come sal, não come doce.” (esposo Daniel)

Outro desafio que permeia o plano alimentar é seguir a dieta adequada no meio social, que inúmeras vezes favorece o consumo de alimentos não recomendados para os diabéticos. Não raras vezes as pessoas diabéticas não conseguem seguir o plano alimentar, por outro lado, há aqueles que estabelecem estratégias para conviver com o diabetes até mesmo fora de casa. Apesar destes que conseguem seguir irrestritamente, os planos alimentares indicados, é significativo, senão revelador, que nos excertos transcritos, observa-se o relato de alguns familiares que apesar de toda a vigília sobre o paciente, não conseguem fazer com que este se controle e evite comer. Uma estratégia encontrada foi acompanhar o paciente nas refeições para que ele não fique com vontade ou sofra por não poder comer aquilo que deseja.

“Não, não vou te mentir. Não é todo dia não, mas num sábado, num domingo eu gosto de tomar uma cervejinha”. (paciente Abel)

“Mesmo quando a gente sai pra almoçar... a gente tá na rua e para pra comer por quilo, eu como bastante salada, legumes e mesmo que tenha macarrão eu nem pego, evito”. (paciente Carmen)

“Ela pega um frango eu pego um frango, ela pega isso, eu pego isso. Pra não comer coisas separado... e pra ela também não ficar com vontade de alguma coisa também, então....”(esposo Daniel)

Conviver com diabetes implica, além de seguir um plano alimentar, em realizar atividade física com regularidade na tentativa de impedir complicações agudas e crônicas. Em revisão de literatura sobre exercício físico e síndrome metabólica realizado por Ciolac (2004), estudos epidemiológicos e de intervenção demonstram claramente que a prática regular de atividade física é eficaz para a prevenção e controle do diabetes do tipo 2. A prática regular de

atividade física tem evidenciado a diminuição do risco de desenvolver diabetes do tipo 2, tanto em homens como em mulheres, independente da história familiar, do peso e de outros fatores de risco cardiovascular como o fumo e a hipertensão. Estudos de intervenção têm confirmado que alterações no estilo de vida, adotando-se novos hábitos alimentares e prática regular de atividade física diminuem a incidência de diabetes do tipo 2 em indivíduos com intolerância à glicose. A prática de atividade física também tem sido considerada uma importante ferramenta no tratamento de indivíduos com diabetes do tipo 2. Programas de exercício físico têm comprovado ser eficientes no controle glicêmico de diabéticos, melhorando a sensibilidade à insulina e tolerância à glicose e diminuindo a glicemia sanguínea desses indivíduos.

Foi evidenciado que algumas pessoas diabéticas realizam as atividades cotidianas como meio de realizar atividade física, o que, segundo a literatura, não beneficia o portador de diabetes na tentativa de atingir o controle glicêmico .

“Caminhada eu não faço, começa a me doer a perna, não agüento, eu paro”.
(paciente Abel)

“Então sem, sem fazer o exercício, que a gente faz normal, eu comecei a fazer esse de, eu vou no supermercado, duas três vezes, vou no verdureiro, quatro, cinco vezes, vou a pé lá longe no outro verdurão, vou no supermercado a noite então a gente tá fazendo mais caminhada, mais coisa, quer dizer que tem ajudado bem mais.”(paciente Ernesto)

“Vamos na hidroginástica duas vezes por semana. Nós fazemos a caminhada uma hora e meia todo dia. Nós saímos daqui cinco e meia e chega às sete horas, sete e pouquinho.” (esposo Daniel)

Embora os estudos apontem para a importância da atividade física no controle dos valores glicêmicos, as pessoas diabéticas relataram como barreira uma intensa dor nos membros inferiores. Segundo ADA (2004b), esta dor pode ser causada pela dificuldade do sangue em circular pelos membros inferiores especialmente quando se faz exercício físico devido lesões microvasculares causadas pela glicemia alterada.

Assim como o plano alimentar e a atividade física, a medicação necessária para o controle do diabetes se incorpora a rotina da pessoa diabética e da família, não sem dor, talvez à duras penas, como se pode entrever pelas falas transcritas.

“Faz muito tempo que nós toma... nós tem duas caixinha lá, cada um tem a sua. Eu acabo de por o café já ponho as duas caixinhas. Nós acaba de jantar... depois da janta, na hora de deitar...Tomo dois de manhã e dois à tarde. Acabo de jantar, a gente fica ali no toquinho ou na televisão... quando eu vejo que vai dando uns 10 ou 15 minutos pra eu ir deitar para eu ir dormir, já vou lá pra cozinha, pego minha caixinha, tomo o meu remédio... ela também... e é assim de manhã e à noite... os horários que nós tomamos remédio. E vamos tocando assim.” (paciente Abel)

“... ele põe o café da manhã na mesa e eu já ponho... tem duas caixinhas, eu tenho a do meu remédio e ele tem a dele. Ah, ele sabe que eu tomo. Eu já faço o café, arrumo a mesa do café da manhã e ponho, posso até te mostrar, a caixa do remédio dele e as minhas. Tem um que ele toma antes do café da manhã, sentadinho ali. Eu tomo o café e já tomo o meu, eu não esqueço de jeito nenhum.” (esposa Arlinda)

Algumas pessoas diabéticas relataram que não usam a medicação prescrita devido ao fato de esquecerem de tomá-la nos horários corretos. Além disso, é mais difícil compreender o esquema terapêutico e aceitar a necessidade de um número grande de medicamentos para

controlar o diabetes tipo 2 (DONNAN; MACDONALD; MORRIST, 2002 e GRANT et al., 2003).

“As duas de manhã e da tarde eu não to tomando não, e às 10 horas da noite é a outra só. A regular eu só tomo uma vez. É e não abaixava. Tinha um médico lá na casa 5 e ele entrou com a insulina regular. Aí como ela começou a abaixar muito, eu passava mal e não podia sair, então eu tirei a regular.” (paciente Bia)

“É, tava alta, mas foi porque não tomou a insulina... só ontem também.” (esposo Carlos)

Muitas vezes, a quantidade de medicamentos ingeridos faz a pessoa diabética acreditar que eles quando consumidos em grande quantidade não trazem benefícios à saúde. Em alguns casos, a insulina é vista como o fim da vida e como uma droga que pode causar dependência.

“A insulina judeia da gente, viu.” (paciente Abel)

“Não é aquela dor que eu achava, que nem sente. Então eu sei lá, eu me via, entre aspas “é uma droga né”, mas eu achava que era uma droga, que eu ia ficar dependente daquilo, que eu não ia viver sem aquilo, sabe, e foi completamente diferente, não foi nada daquilo que eu imaginei.” (paciente Fernanda)

“Eu tenho muito medo dele tomar insulina que eu sei como que é. Eu falo pra ele e ele fala “eu quero morrer do que tomar insulina”, “então se controla.” (esposa Arlinda)

Com o surgimento do diabetes, a relação entre a pessoa diabética, a sua família e o profissional de saúde torna-se mais estreita. Foi possível observar que os pacientes e seus familiares depositam a responsabilidade de dizer o que “podem” e o que “não podem” fazer ao profissional que os assiste. E que, por outro lado, o profissional de saúde assume esta

responsabilidade de ditar quais os melhores caminhos para se conseguir um melhor controle glicêmico.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL,1993) é a educação parte do tratamento ao diabetes e que "o objetivo mais importante da educação do diabético seria fazer o paciente mudar de atitude internamente, tomando-o ativo no controle da doença. Só então, ter - se - ia concretizado a verdadeira educação."

“Ele falou: se você tomar num sábado, num domingo, uma cervejinha não é o caso... se você tomar uma, não um engradado, nem uma dúzia. Eu gosto duma cervejinha... ele falou pra tomar dentro de um normal para num ter problema... o médico falou...” (paciente Abel)

“A falta de cuidado, a falta de orientação médica que eu não tive, apesar de ter convênio médico, estar indo em médico de convênio, tava indo em convênio certo, mas em médico errado...” (paciente Carmen)

“Se o médico manda, tem que tomar... É muito, mas pro meu bem eu tenho que tomar, se eu não tomar eu vou sentir mal.” (esposa Arlinda)

Nesta relação com o sistema de saúde, as pessoas diabéticas e a família recorrem aos serviços públicos de saúde. Para eles, o atendimento é de baixa qualidade, ineficaz para o controle dos valores de glicemia e por se sentirem insatisfeitos, recorrem a estes serviços apenas para a retirada de medicamentos.

Tais pontos podem ser observados em estudo realizado por Paiva, Bersusa e Escuder (2006) ao aferirem se os procedimentos básicos de consulta, recomendados pelos consensos brasileiros de hipertensão arterial e diabetes mellitus eram executados, satisfatoriamente, por um serviço público de saúde, percebeu-se que a questão da qualidade da assistência à saúde merece maior atenção. Apenas 7 (10,9%) dos 64 usuários souberam reconhecer ou

reconheceram que os procedimentos recomendados para um bom exame físico foram adotados em, pelo menos, uma consulta, e 16 (25%) deles tiveram sua anamnese incompleta. De fato, a melhoria da qualidade da assistência é uma preocupação na saúde, posto que traz conseqüências importantes para o sucesso do tratamento e para a redução de danos.

“Eu não vou no médico. É muito custoso, não é não, fia? É muito custoso ir no postinho. A não ser que aconteça de precisar consultar, aí eu vou aí, mas é muito difícil, graças a Deus. Eu só vou pra buscar meus remédios.” (paciente Bia)

“Só que quando ela vai no postinho, ela passa muito nervoso.” (filha Bete)

“Sempre que precisa ir... por isso que ela não vai. Sempre que precisa ela passa nervoso. Tem que brigar... não atende. Quando atende, atende mal. Então ela sempre volta de lá pior do que chegou. Vai no posto buscar os remédios de diabete. A senhora vai no posto quando te dá gripe, a senhora vai no posto quando a senhora ta... não é uma coisa de todos os meses, que acontece todo mês. Ela não vai no posto consultar. É difícil ela ficar doente.” (filha Bete)

A educação em diabetes é parte imprescindível do tratamento do paciente, associado ao controle metabólico adequado, atividade física e dieta. O melhor nível de conhecimento sobre a doença e suas complicações estão relacionadas a uma melhora da qualidade de vida, com redução do número de crises de hipoglicemia ou hiperglicemia, menor número de internações hospitalares, melhor controle metabólico e maior aceitação da doença. Porém, quando é oferecida uma outra forma de acolhimento, como o Grupo de Estudos em Diabetes do CEEAI, este é visto pelo familiar como instrumento de conhecimento e socialização.

“Ele vai na casa cinco, pra nós é uma beleza a casa cinco. A gente tem aquele compromisso de terça feira e acabou. Vai lá encontra todo mundo conversa... É isso que tem

que ter. Mas é o que te falo, agora como ele tá indo lá na casa, é muito mais tranqüilo, muito. É melhorou, a gente sabe o que pode, sabe o que não pode, sabe o que você pode misturar, o que você não pode misturar, se você mistura você sabe o que tá misturando e que pode fazer mal pra você.” (esposa Eva)

O controle da glicemia também depende de variáveis como tipo e as características da doença, evidenciados pela própria condição do paciente e pelo progresso de sua doença. O fato de não se ter certeza de um efetivo controle do diabetes, mesmo seguindo todas as recomendações para se obter um bom controle da doença, gera na família e na pessoa diabética sentimentos de frustração e desânimo.

“Tem vez que eu como bolo, como doce e minha diabete tá lá em baixo. Tem outra hora que eu não como nada e ela tá lá em cima... (risos)” (paciente Bia)

“Eu me sinto muitas vezes muito frustrada. Eu não sei como minha família se sente porque eles nem falam pra mim. Mas eu fico “p” da vida. É, já se pensou de tudo. Já se pensou de tudo que você puder imaginar...” (paciente Carmen)

“O que chateia no caso dela é ela levar a sério a dieta, tomar rigorosamente os medicamentos, medicamentos caros e ter essa dificuldade em controlar, né. Em relação ao diabetes, às vezes não come nada, come fruta, come essas coisas e o índice some... é isso que a gente não acha explicação. E às vezes come e ela abaixa ou permanece estável. Não se acha uma explicação plausível pra esse tipo de coisa. Então essa é uma preocupação constante porque oscila muito. Se estabilizar um dia, aí você passa a ter mais confiança e passa a viver com mais tranqüilidade.” (esposo Carlos)

As incertezas que atravessam o controle da glicemia apontam para o fato do diabetes ser uma doença de difícil manejo. A família e a pessoa diabética se esforçam para controlar os valores glicêmicos e nem sempre conseguem. Assim, cabe referir que as pessoas envolvidas no processo de adoecimento estão imersas em contextos familiares e sociais que podem exercer influências na convivência com o diabetes.

Relações Familiares

As relações familiares focam a preocupação que a família possui a respeito da saúde da pessoa diabética, assim como a evolução da doença. Os conflitos familiares são apontados como fatores de influência no controle dos valores da glicemia.

A investigação tem apontado para a existência de uma relação entre coabitação e uma melhor qualidade de vida, satisfação com o tratamento e sentimentos positivos, e entre o apoio social e melhor controle metabólico (SILVA, et al. 2003). O apoio de um companheiro, cuidador ou da família parece estar associado à manutenção do bem-estar, prevenção do estresse, estabilização das flutuações da glicose no sangue e, logo, a um melhor controle metabólico (WIKBY, et al., 1993), bem como a menor solidão, menor indolência e maior segurança (HANESTAD, 1993), enquanto viver sozinho parece ter um efeito negativo na satisfação com os domínios físico, social e psicológico da vida.

“Todos os dois, os netos... quando fala que tá... vô cuidado, pai cuidado. Eles tem cuidado... eu sinto que eles quer bem o pai... eu sinto que eles quer bem o pai. Eles não quer ver o pai mal... Eles sinto que eles não quer ver o pai mal.” (paciente Abel)

“Ah, todo mundo se preocupa. Todos. Eu não posso nem pensar em nada que tá todo mundo cobrando, até os netos. E meu marido não descuida um segundo! Ele fica de olho. Apesar que eu não abuso, mas ele Nossa Senhora! Todos me vigiam! Até os netos..., eu não

me sinto sufocada e nem vigiada, paparicada. Mesmo porque eles são muito amorosos comigo e com ele.” (paciente Carmen)

“Aí eu fico olhando o jeito dele: “você tomou esse? você tomou aquele?”. Eu fico olhando”(esposa Arlinda)

“Outra coisa que eu me preocupo com ele é o pé...É. Eu to sempre de olho (risos). Até a câibra é da diabete! Preocupo muito. Ah, eu fico de olho pra ele não machucar porque ele anda muito por aí, né.” (esposa Arlinda)

Assim como o cuidado com as complicações agudas e crônicas advindas do diabetes se fazem presentes na vida familiar, a preocupação com a extensão dos conflitos no controle da glicemia também existe.

Fisher, et al., (1982) referem que a presença de menos conflitos familiares, de maior estabilidade, boa definição das fronteiras entre os vários subsistemas familiares, maior coesão, incentivo à independência dos filhos e padrões de comunicação mais ricos estão positivamente relacionados com um bom controle glicêmico em jovens com diabetes.

Segundo Miller-Johnson et al. (1994), os conflitos familiares aumentam o risco de não adesão ao tratamento do diabetes e de mau controle glicêmico em crianças, o que contribuirá contribuir para a compreensão da baixa adesão ao tratamento na adolescência.

“Eles fazem as palhaçadas deles... então... acaba caindo por cima da gente... Ele faz as coisas... depois se vê atropelado, qualquer coisa... a gente que fica... Tem que segurar as pontas! O que vai fazer com um bicho desse? Ta sujeito a levar a morte. Porque tem uma coisa e a pessoa sopita de uma vez. Tudo isso ajuda... a diabetes... a gente deita na cama pensando no que ta acontecendo. Depois de velho a gente tem que passar cada. Se isso aí prejudica também... às vezes fica contrariado, alguma coisa, fica embuchado, né. Acaba

aquela alegria da casa..” (paciente Abel)

“Eu acho que influencia sim. Nervoso, não só com ele com todo que o que acontece, qualquer tipo de nervoso influencia a diabete.” (filha Bete)

“Não sei porque, acho que a diabetes dela é mais emocional né? Aí passa mal né, por causa disso, por causa dessas coisas.”(nora Fabrícia)

Os depoimentos supracitados são indicativos de que também os familiares cuidam das pessoas diabéticas procurando assegurar-lhes um ambiente tranqüilo e afetivo.

No relato da paciente Fernanda (transcrito abaixo), nota-se que ela recorre a uma estratégia feliz e, ao que tudo indica, eficaz ao continuar conduzindo a sua vida e tendo importância social. Seu trabalho, suas atividades na igreja são indispensáveis e tudo isto a faz sentir importante, útil a ponto de esquecer, temporariamente, da sua doença.

“Então eu tenho muita atividade na igreja. E eu faço bijuteria também, então todo mundo na igreja fala, por exemplo, se tem uma festa eu sou a primeira que eles põem. Então, eu não paro. Eu acho que se eu tivesse parado, teria sido pior. Então, eu corro daqui, eu corro dali, é muita coisa, então eu acho que eu acabo esquecendo um pouco da doença.”
(paciente Fernanda)

Contudo, as experiências de ter pessoas próximas com o diabetes é algo que gera um sentimento de insegurança e medo nos familiares e nos pacientes.

“Ela punha na cabeça que a mãe dela morreu de diabetes, o pai morreu de diabetes, ela vinha com isso aí na cabeça e chorando. “Mas o que que é Denise?” “Ah, é o diabetes que ...Mas a mãe dela tomava três, quatro por dia. E ela via a mãe lá, ela aha que tem que ta picando ela, tomava injeção atrás...” (esposo Daniel)

Os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, pois as pessoas ao depararem com algo diferente e invasivo, demonstram sentimentos de menos valia, inferioridade, medo, raiva, ansiedade e até depressão (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

A família do diabético também enfrenta a ansiedade da perda frente à enfermidade que é dramática e exige cuidados, e por isso o diabetes deve ser tratado no grupo familiar, com um membro apoiando outro, pois através do apoio emocional os familiares tornam-se significativos no monitoramento do diabetes e na implementação das intervenções (DELAMATER, 2001; SOIFER, 1982).

“Abala. Parece que não, né. A gente não fala nada, curte calado. A gente fica meio... Eu sei que um dia vai acontecer... com as nossas idades, um dia vai ter que separar... se vou eu primeiro ou ela, mas que é duro é duro... não é fácil tanto pra ela quanto pra mim. Dá um nó aqui, aquele nó sobe... se você souber segurar aquilo... não é fácil não... É o movimento da vida mesmo...uma hora aí, ela me joga aí, caio em qualquer lugar aí e posso morrer. Então eu tenho que ta conformado pra aceitar a morte também... (risos). Vai à morte. Se acontecer de morrer, tem que aceitar...” (paciente Abel)

“É. Mesmo porque eu tenho medo das seqüelas... porque eu já tive históricos... eu já tive que tirar a safena, quando eu tirei a safena deu trombose superficial na perna... eu tenho só a vista direita... eu já tive mil problemas renais, você entendeu? Então eu to na mira.” (paciente Carmen)

“Eu fico preocupada de repente receber uma notícia ruim... eu fico pensando...” (filha Bárbara)

Para as famílias deste estudo o diagnóstico de diabetes e o convívio com a doença foram elementos geradores de transformações em sua dinâmica familiar. As relações familiares permeiam as formas de enfrentamento e convívio com a doença e são influenciadas por eles.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação buscou compreender como se estabelecem as relações na família durante o processo de adoecimento da pessoa diabética tipo 2.

O desenho metodológico foi alicerçado a partir dos fundamentos teóricos propostos no Modelo de Avaliação de Calgary e no Interacionismo Simbólico.

A coleta de dados foi realizada nos domicílios de cada paciente, tal estratégia demandou uma maior flexibilidade de horários, um dispêndio significativo com locomoção, a interrupção das entrevistas por visitas e, ainda, a permanência de crianças no ambiente.

Procurou-se analisar seis núcleos familiares, recorrendo à abordagem sistêmica e à descrição das interações nos pressupostos do interacionismo simbólico. Em seguida, a presente abordagem investigativa pautou-se em descrever esses núcleos familiares do ponto de vista funcional, de desenvolvimento e estrutural, narrando os modos de funcionamento familiar que influenciam e são influenciados pelo processo de adoecimento em diabetes tipo 2. Analisou-se as falas dos quinze participantes e identificou-se três momentos da família em relação ao diabetes. O primeiro momento é aquele em que o diagnóstico é estabelecido – a pessoa tornou-se diabética. O segundo momento é caracterizado pelo convívio com a doença. Este momento inclui o convívio com o plano alimentar, a execução de atividade física, a introdução da medicação, as relações com o serviço de saúde e as incertezas que envolvem o controle da doença crônica. E a terceira que é a relação da família e da pessoa diabética com o processo de adoecimento, permeada/atravessada pela discussão sobre diabetes e dinâmica familiar.

Foram realizados três encontros com seis famílias, perfazendo um total de quinze participantes. Para analisar as falas dos participantes adotou-se a análise de conteúdo latente conforme desenvolvida por MAYAN (2001) e MORSE (1994). Esses procedimentos permitiram contextualizar o sistema familiar, descrevendo formas de funcionamento que estão envolvidas no comportamento de adesão aos cuidados e os níveis da glicemia capilar.

Durante a consecução deste trabalho salientou-se a boa articulação desses dois referenciais para guiar a coleta e análise de dados. O roteiro para o desenvolvimento da análise de conteúdo do material obtido também se mostrou útil e aplicável, pois possibilitou a organização dos dados de uma maneira compreensível e que respondesse ao objetivo proposto.

Em consonância com a literatura, que explicita o diabetes tipo 2 como o de maior frequência entre pessoas com idade igual ou superior a cinquenta anos, os portadores de diabetes, aqui investigados, tiveram uma média de idade de 55 anos.

Ao adentrar nos núcleos familiares deparou-se com a vida familiar do paciente acompanhado pelo cônjuge. Nesta perspectiva, evidenciou-se que o diabetes é visto pelo portador, como um ponto de questionamento sobre sua autonomia. Ao perceber os riscos que a doença traz ao portador, a família (cônjuge, filhos, netos, genros e noras) toma pra si a responsabilidade de introduzir o cuidado com a doença no seu cotidiano. Existem crenças e experiências anteriores adquiridas pelo indivíduo que se sobrepõem ao controle familiar. Quanto mais a família controla o portador de diabetes, mais este questiona sua autonomia e mais dificuldades encontra em seguir as recomendações para controlar sua glicemia e fechando o ciclo, mais a família o controla. Por outro lado, observou-se que, famílias que se comportam de maneira conflitante, aumentam as preocupações do diabético e assim ele não consegue preservar seus níveis glicêmicos estáveis. Estas famílias parecem não reconhecer que seu comportamento contribui para a piora da glicemia do diabético – o diabetes nervoso.

O diabetes tipo 2 exige, para o seu bom controle, mudança nos hábitos de vida. Como é uma doença que acomete o indivíduo em sua fase adulta, muitos hábitos anteriores são arraigados às novas informações dadas pelo profissional de saúde. É imperioso, portanto, que se pense no portador de diabetes como um sujeito dotado de crenças, hábitos e costumes existentes dentro de uma pauta familiar. Assim as mudanças necessárias não têm/não terão implicações só para o diabético, mas sim para todos aqueles que se relacionam com o diabético.

Como toda doença crônica – o diabetes – não permite que se tenha um total e absoluto controle de seu curso. As características próprias da doença e as individualidades do portador colocam em dúvida se as mudanças nos hábitos de vida somados ao tratamento medicamentoso, serão capazes de garantir um bom controle. Acoplado/adicionado a este fator, pode-se pensar nas medidas de glicemia capilar como tributária para o bom controle ou como um estressor na vida do diabético e de sua família.

A família tem a indigência/a necessidade de responder a todos esses aspectos e incluí-los em seu modo de funcionamento. O fato de se ter uma doença introduzida em seu contexto, e, ainda, da aludida doença requerer, aliás, exigir mudanças em seus hábitos de vida e de ser incerto que elas serão suficientes para se atingir o controle esperado, gera, no núcleo familiar, fenômenos que, sobremaneira, influenciam na adesão do paciente ao tratamento e esta adesão, por sua vez desencadeia interferências na dinâmica da família, reafirmando as crenças familiares.

A dinâmica familiar influencia a adesão da pessoa diabética ao tratamento através de seu engajamento principalmente nos hábitos de vida. Evidenciou-se que, nos núcleos 3 e 5, onde os membros compartilhavam da atividade física, da alimentação e se responsabilizavam pelo acompanhamento da pessoa diabética no serviço de saúde, nas atividades de educação em saúde e, ainda, no monitoramento da medicação, a pessoa diabética se sentia mais

acolhida, mais cuidada e se aderiria melhor às recomendações para um bom controle da doença.

O processo de adoecimento da pessoa diabética tipo 2 influencia nas formas de funcionamento da família. Alguns membros começam a adquirir hábitos alimentares mais saudáveis e iniciam a prática de atividade física na tentativa de estimular a pessoa diabética a seguir tais recomendações. As oscilações dos valores de glicemia apresentadas pelas pessoas diabéticas geram um sentimento de preocupação impulsionando os membros familiares a exercer maior vigília sobre o diabético. As incertezas quanto ao controle da doença promove insegurança e sentimento de frustração. E os problemas familiares começam a ser visualizados como fontes de estresse para a pessoa diabética, colaborando para o mal controle da glicemia (“diabetes nervoso”).

Alguns aspectos incipientes desta pesquisa estão mais correlacionados ao campo da pesquisa com família. Pois, nesse campo, tem sido apontado como um dos principais problemas, a seleção dos participantes, que está intimamente relacionada/entrelaçada com a definição de família e o local onde se realiza a coleta de dados. Muitos pesquisadores podem/poderão indagar: tendo em vista que foram seis famílias participantes e que, em quatro delas, a entrevista ficou circunscrita ao cônjuge, cabe afirmar que o enfoque do trabalho é familiar?

Dadas as limitações temporais a que se propõe este trabalho – uma dissertação de mestrado – ainda assim a resposta se faz afirmativa. Haja vista que o referencial sistêmico – que prevê a construção de genograma – permite trabalhar com o cônjuge, que é um subsistema, e a partir da visão desse subsistema conhecer o sistema familiar. Reconhece-se, aqui, no entanto, que há limites/ressalvas em afirmar que se focalizou a família, ainda assim a despeito de todos os possíveis riscos, aventou-se em deixar latente esta limitação. Não se concebe esta limitação enquanto problema, mas tão somente enquanto ressalva e, esta, não é/não foi/não será uma *atitude polliana*.

O entendimento da família em seu contexto, possibilitou a formulação de circularidades entre a dinâmica familiar e o processo de adoecimento da pessoa diabética tipo 2 e a observação de símbolos dados pela família relacionados aos cuidados exigidos pelo diabetes.

O fato dos resultados desta pesquisa terem sido construídos a partir de um número reduzido de famílias, dificultou/impossibilitou, em parte, generalizar as observações feitas para todos os núcleos familiares com portadores de diabetes tipo 2. Porém, a pesquisa oferece e contempla uma descrição do cotidiano de diabéticos, aumentando o conhecimento sobre a interferência que o ambiente exerce sobre o fenômeno da adesão e de como esse fenômeno intervêm sobre o ambiente.

Os resultados permitem concluir que olhar para o contexto, para a dinâmica e para a forma de organização familiar em que a pessoa diabética está inserida, facilita o processo de entendimento dos fenômenos relacionados ao processo de adoecimento em diabetes tipo 2. Entende-se, portanto, que é imperioso, sobretudo, ao profissional de saúde, considerar a família como unidade de cuidado da pessoa diabética, assim como utilizar a correlação entre família e processo de adoecimento como ferramenta na melhoria da assistência prestada.

7. REFERÊNCIAS

- AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil** .2.ed. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1976.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 3, n. 2, p. 54, junh. 2004a.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Princípios de nutrição e recomendações em diabetes. **Diabetes Care**, v. 3, n. 2, p. 85-94, junh 2004b.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standardizations of diabetics medical care. **Diabetes Care**, v. 3, n. 2, p. 64-84, junh. 2004c.
- ANDERSON, R.M.; FUNNELL, M.M. Compliance and adherence are dysfunctional concepts in Diabetes care. **The Diabetes Educator**, v.26, n.4, jul./Aug. 2000.
- ANGELO, M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem. 1997. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997.
- BARCELÓ, A.; RAJPATHAK, S. Índice and prevalence of diabetes mellitus in the Américas. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 10, n. 5, p. 300-8, 2001.
- BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1969.
- BOUSSO R.S., Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho n UTI pediátrica. 1994. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de diabetes - O atendimento do diabético na rede básica de saúde**, Brasília, 1993.
- BROWN, S. A. Interventions to promote diabetes self-management: state of the science. **Diabetes Educ.**, v. 25, p. 52-61, 1999. Suppl.

- CAIXETA, C.; GALERA, S.A.F.; MORENO, V. A família como estratégia de adesão de paciente portador de doença crônica ao tratamento proposto: uma abordagem sistêmica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2004, Gramado. **Anais...** Gramado, 2004.
- CALDAS, CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas das famílias. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 725-33, jun. 2003.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Porto alegre: Artes médicas, 1989.
- CERVENY, G.M.O. **A família como modelo**: desconstruindo a patologia. Campinas: Psy II, 1994
- CHARON, J. M. **Symbolic interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 2. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1985. 199p.
- CIOLAC, E.G.; GUIMARÃES, G.V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.10, n.4, p. 319-24, 2004.
- DAVIDSON, M. B. **Diabetes Mellitus**: diagnóstico e tratamento. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. Cap. 10, p. 305-78.
- DEATRICK, J.A.; KNAFL, K.A.; MURPHY-MOORE, C. Clarifying the concept of normalization. **Journal of Nursing Scholarship**, v.31, n.3, 1999.
- DELAMATER, A. M., JACOBSON, A. M., ANDERSON, R. B., COX, D., FISCHER, L., LUSTMAN, P.; RUBIN, R.; WISOCKI, T. Psychosocial therapies in diabetes. **diabetes Care**, v.24, p.1286-1292, 2001.
- DONNAN, P.T.; MACDONALD, T.M.; MORRIST, A. D. Adherence to prescribed oral hipoglycaemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. **Diabetic Medicine**, v. 19, 279-284, 2002.
- ENGELGAU, M.E.; NAYARAN, K.M.; HERMAN, W.H. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 23, n. 10, p. 1563-80, 2000.
- FICHIO, J.J., MALERBI, F.E.K. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. **Arq Bras. de Endocrinologia e metabologia**, São Paulo, v. 48, n.2, abr. 2004.
- FISHER, E.B., DELAMATER, A.M., BERTELSON, A.D., & KIRKLEY, B.G. (1982). Psychological factors in diabetes and its treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.50, n. 6, p.993-103, 1982.

- FONG, D. S.; AIELLO, L. P.; FERRIS, F.L.; KLENIN, R. Diabetic retinopathy. **Diabetes Care**, v. 27, p.2540-53, 2004.
- FRANZ, M. J.; BANTLE, J. P.; BEEBE, C. A.;BRUNZELL, J. D.; CHIASSEON, J. L.; GARG, A.; HOLZMEISTER, L. A.; HOOGWERF, B.; MAYER-DAVIS, E.; FRIEDMAN, M. Teaching about and for family diversity in nursing. **Journal of family nursing**. v. 3, n. 3, p. 280-94, 1997.
- GALERA, S.A.F.; LUIS, M.A.V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev. Escola de Enfermagem/USP**, Ribeirao Preto, v. 36, n. 2, p. 141-147, jun. 2002
- GIANORDOLI-NASCIMETO, I.F.; TRINTADE, Z. A. O que fazer quando o coração aperta? A dinâmica conjugal pós-infarto. **Rev. Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 107-115, jan./abr. 2002.
- GRUPO DE ESTUDO DE LA DIABETES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - Gedaps. **Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la atención primaria. Contribución al programa de acción de la Declaración de St. Vicente**. Harcourt, 2000. p. 10-3.
- GRAÇA, L. A. C.; BURD, M.; MELLO Filho.; J. de . Grupos com diabéticos. In: MELLO FILHO, J. (Orgs.). **Grupo e corpo: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. P. 213-232.
- GRANT, R.W. M.D., DEVITA, N.G.; SINGER, D. E.; MEIGS, J.B. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 26, n.5, p. 1408-1412, 2003.
- GROSS, J. L.; AZEVEDO, M. J.; SILVEIRO, S. P.; CANANI, L. H.; CARAMORI, M. L.; ZELMANOVITZ, T. Diabetic nephropathy: diagnosis, prevention, and treatment. **Diabetes Care**, v. 28, p. 164-76, 2005
- HANESTAD, B.R. Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v.19, p. 139-149, 1993.
- LEEDOM L, MEEHAN WP, PROCCI W, ZEIDLER A. Symptoms of depression in patients with type II diabetes mellitus. **Psychosomatics** 1991;32(3):280-6.
- LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.
- LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças crônicas da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC; 1998. 284 p.

LIMA, A. A.; ZANETTI, M. L.; MIYAR, L. O.; MACHADO, M. P. S.; SANTOS, M. A. Fatores facilitadores/dificultadores na implementação de um programa educativo por equipe multidisciplinar. **Diabetes Clinica**, v. 8, n. 6, p. 443-48, 2004.

LUBKIN, I.M.; LARSEN, P.D. **Chronic Illness: impact and interventions**. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2002.

MALERBI, D. A. **Estudo da prevalência do diabetes mellitus no Brasil**. 1991. 154f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflections on the diabetes type 1 and its relation to the emotional aspect. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 18, n. 1, 2005. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 18/07/2006.

MATURANA, H. **Biology of language: the epistemology of reality**. In: MILLAR, G.; LENNEBERG, E. **Psychology and biology of language and thought**. New York: Academic Press, 1978

MAYAN, M. **Una introducción a los métodos cualitativos**. Modulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales, International Institute for Qualitative Methodology. <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduction.pdf>. 2001.

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO, M. N. (Org.) **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.73-6.

MILLER-JOHNSON, S.; EMERY, R.E.; MARVIN, R.S.; CLARKE, W., LOEVINGER, R.; MARTIN, M. Parent-child relationships and the management of insulin-dependent diabetes mellitus. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1994.

MOREIRA, R. O.; PAPELBAUM, M.; APPOLINARIO, J. C. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.47, n.1, p.19-29, 2003.

MORSE, J. **The characteristics of ethnography are**. In: Critical issues in qualitative research methods. California: Stage publications. 1994.

MORIARTY, H.J; Key issues in the family research process: strategies for nurse researchers. **Advances in Nursing Science**, abr. 1990.

MULLEN, P. D.; GREEN, L. W.; PERSINGER, G. S. Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. **Prev. Med.**, v. 14, p. 753-81, 1985.

MURPHY, S. Family study and nursing research. **Image**, v.18, n. 4, p. 170-74, 1986.

OLIVEIRA, J. E. P.; MILLECH, A.; FRANCO, L. J. The prevalence of diabetes in Rio de Janeiro, Brasil. **Diabetes Care**, v. 19, n. 6, p. 663-6, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The cost of diabetes. Geneva, 2002. Disponível em: <http://111.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/em/>. Acesso em: fev. 2006.

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

OTERO, L. M. **Implementação e avaliação de atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo staged diabetes management**. Ribeirão Preto, 2005. 169f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. **Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes**. Ribeirão Preto, 2006.

OREM D. **Nursing concepts of practice**. 5. ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atlas de educación em diabetes em América Latina y el Caribe**: inventario de programas para personas com diabetes tipo 2. Washington, D. C.; División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades no Transmisibles, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **CARMEN**: iniciativa para a prevenção integrada de doenças não-transmissíveis nas Américas. Brasília: OPAS, 2003.32p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD PÚBLICA. Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. **Rev Panam Salud Publica**, v.14, n.3, p.218-221, 2003.

PACE, A.M., NUNES, P.D., OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11 n.3, maio/jun. 2003.

PADGETT, D.; MUMFORD, E.; HYNES, M.; CARTER, R. Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 41, p. 1007-30, 1998.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.2, p.377-385, 2006.

PENDER, N. J. **Health promotion in nursing practice**. Michigan: Harcourt Ann Arbor, 1997.

PENNA, C. M. de M. **Uma questão conceitual**. In: BUB, L.I.R. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis, Editora da UFSC, 1994, cap. 3, p. 79-91.

PERES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.2, p.310-317, 2006.

RAMOS, L.R.; MACEDO FILHO, J. M. C. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.5, p.445-53, 1999.

RODRIGUEZ, M. M.; GUERRERO, J. F. R. Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. **Salud Pública Méx.**, v. 39, n. 1, p. 44-7, jan./fev. 1997.

RODRIGUES-MORÁN, M.; ROMERO, J. F.G. Importância del apoyo familiar em el control de la glucemia. **Salud Pública Méx.** Cuernavaca, v.39, n. 1. jan./fev. 1997.

SANTOS, E. C. B.; ZANETTI, M. L.; MIYAR, L. O.; SANTOS, M. A. O cuidado à pessoa diabética sob a ótica do paciente e de seus familiares. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 397-406, maio-jun. 2005.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H.; RAMOS, H.; CARVALHOSA, S. F.; DIAS, S.; GONÇALVES, A. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.4, n.1, p. 21-32, 2003.

SILVA, M. A. D. da. **Quem ama não adoece**. São Paulo: Best Seller, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes mellito do tipo 2**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 23 jun. 2005.

SOIFER, R. **Psicodinamismo da família com crianças**: terapia familiar com técnica de jogo. Petrópolis: Vozes, 1982.

TORQUATO, M.T.C.G; MONTENEGRO, R.M.; VIANA, L.A.L.; SOUZA, R.A.H.G.; LANNA, J.C.B; DURIN, C.B.; FOSS, M.C. Prevalência do diabetes mellitus, diminuição da tolerância à glicose e fatores de risco cardiovascular em uma população urbana adulta de Ribeirão Preto, **Diabetes Clínica**, v.5, n.3, p.183, maio/junho, 2001.

TUOMILEHTO, J.; LINDSTROM, J.; ERIKSSON, J. G.; VALLE, T. T.; HAMALAINEN, H.; ILANNE-PARIKKA, P.; KEINANEN-KIUKAANNIEMI, S.; LAAKSO, M.; LOUHERANTA, A.; RASTAS, M.; SALMINEN, V.; UUSITUPA, M.; AUNOLA, S.; CEPAITIS, Z.; MOLTCHANOV, V.; HAKUMAKI, M.; MANNELIN, M.; MARTIKKALA, V.; SUNDVALL, J. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. **N. Engl. J. Med.**, v. 344, p. 1343-50, 2001.

VINICOR, F. Is diabetes a public-health disorder? **Diabetes Care**, v. 17, n. 7, p. 693-6, 1994.

VINOZE, G., BARNER, J.C., LOPEZ, D. Factors associated with adherence to self-monitoring of blood glucose among persons with diabetes. **The Diabetes Educator** v.30 n.1 jan./feb. 2004.

- WALKER, E. A. Characteristics of the adult learner. **Diabetes Educ.**, v. 25, n. 6, p. 16-24, 1999.
- WASSERMAN, D. H.; ZINMAN, D. Exercise in individuals with IDDM. **Diabetes Care**, v. 17, p. 924-37, 1994.
- WATTS, F. N. Behavioural aspects of the management of diabetes mellitus; education, self-care, and metabolic control. **Behav. Res. Ther.**, v. 18, p. 171-80, 1980.
- WEN, L.K., SHEPHERD, M.D., PARCHMAN, M.L. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. **The Diabetes Educator**. v. 30 n. 6 nov./dec. 2004.
- WIKBY, A.; HORNQUIST, J. O.; STENSTROM, U.; ANDERSON, P. O. Background factors, long-term complications, quality of life and metabolic control in insulin dependent diabetes. **Quality of life Research**, v. 2, p. 281-286, 1993.
- WRIGHT, L.M., LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.
- WRIGHT, L.M., WATSON, W.L.; BELL, J.M. **Beliefs: the heart of healing in families and illness**. New York: Basic Books, 1996.
- ZANETTI, M. L. **O cuidado com a pessoa diabética no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos**. 2002. 91 p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Paciente)

Título do Projeto: As relações familiares e o processo de adoecimento em diabetes tipo 2

Pesquisador principal: Camila Cardoso Caixeta

O Diabetes Mellitus tipo 2 é um problema de saúde pública crescente que exige além de medicamentos mudança nos hábitos alimentares e de atividade física principalmente. Por isso, entendemos que é importante conhecer como o portador e sua família se organizam para estas mudanças.

O objetivo desta pesquisa é compreender como se estabelecem as relações na família durante o processo de adoecimento da pessoa diabética tipo 2. Para isso precisamos conversar com famílias que tem entre seus membros um portador de diabetes.

Por isso, estou pedindo sua colaboração no sentido de responder um questionário e verificar a possibilidade de estar participando de três encontros com a pesquisadora principal deste estudo. O dia e a hora destes encontros serão marcados de acordo com a disponibilidade de todos os participantes.

Esclareço ainda que sua participação neste projeto é livre e espontânea. Você tem liberdade para interromper sua participação no momento que considerar necessário, sem que seu atendimento no serviço de saúde seja prejudicado. Será mantido sigilo sobre a identificação dos participantes. As entrevistas serão gravadas em K7 que serão guardadas pela pesquisadora, em segurança, e estarão disponíveis para todos os participantes. As informações obtidas dos formulários e das entrevistas poderão ser utilizadas em trabalhos científicos e como material didático.

Acreditamos que esta possa ser uma oportunidade para você e sua família de falarem sobre suas necessidades vividas no cotidiano e discutir meios que possam ajudar a entender melhor o tratamento proposto para diabetes tipo 2.

A enfermeira Camila Cardoso Caixeta é responsável pelo projeto. Para qualquer esclarecimento você poderá entrar em contato com a enfermeira Camila em sua residência na rua Pará, 90 apartamento 31, Sumarezinho, Ribeirão Preto - SP, CEP: 14055-010, pelo telefone (16) 3963-2241 ou pelo e-mail *camilaccaixeta@uol.com.br*.

Ribeirão Preto, ____ de _____ 2006.

Eu, _____ consinto pelo presente participar do projeto apresentado acima, dentro das condições descritas:

- 3 encontros gravados em fita K7, que estarão em poder da pesquisadora e disponível para eventual consulta;
- Não receberei nada por minha participação;
- Posso interromper minha participação a qualquer momento sem prejuízo do meu atendimento no serviço;
- Será mantido sigilo sobre minha identificação pessoal.

Assinatura do paciente

Camila Cardoso Caixeta

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Familiar)

Título do Projeto: As relações familiares e o processo de adoecimento em diabetes tipo 2

Pesquisador principal: Camila Cardoso Caixeta

O Diabetes Mellitus tipo 2 é um problema de saúde pública crescente que exige além de medicamentos mudança nos hábitos alimentares e de atividade física principalmente. Por isso, entendemos que é importante conhecer como o portador e sua família se organizam para estas mudanças.

O objetivo desta pesquisa é compreender como se estabelecem as relações na família durante o processo de adoecimento da pessoa diabética tipo 2. Para isso precisamos conversar com famílias que tem entre seus membros um portador de diabetes.

Por isso, estou pedindo sua colaboração no sentido de responder um questionário e verificar a possibilidade de estar participando de três encontros com a pesquisadora principal deste estudo. O dia e a hora destes encontros serão marcados de acordo com a disponibilidade de todos os participantes.

Esclareço ainda que sua participação neste projeto é livre e espontânea. Você tem liberdade para interromper sua participação no momento que considerar necessário, sem que o atendimento de saúde, ao seu familiar, seja prejudicado. Será mantido sigilo sobre a identificação dos participantes. As entrevistas serão gravadas em K7 que serão guardadas em segurança, pela pesquisadora, e estarão disponíveis para todos participantes. As informações obtidas dos formulários e das entrevistas poderão ser utilizadas em trabalhos científicos e como material didático.

Acreditamos que esta possa ser uma oportunidade para você e sua família de falarem sobre suas necessidades vividas no cotidiano e discutir meios que possam ajudar a entender melhor o tratamento do diabetes tipo 2.

A enfermeira Camila Cardoso Caixeta é responsável pelo projeto. Para qualquer esclarecimento você poderá entrar em contato com a enfermeira Camila em sua residência na rua Pará, 90 apartamento 31, Sumarezinho, Ribeirão Preto -SP, CEP: 14055-010, pelo telefone (16) 3963-2241 ou pelo e-mail camilaccaixeta@uol.com.br.

Ribeirão Preto, ____ de _____ 2006.

Eu, _____ consinto pelo presente participar do projeto apresentado acima, dentro das condições descritas:

- 3 encontros gravados em fita K7, que estarão em poder da pesquisadora e disponível para eventual consulta;
- Não receberei nada por minha participação;
- Posso interromper minha participação a qualquer momento sem prejuízo do meu atendimento no serviço;
- Será mantido sigilo sobre minha identificação pessoal.

Assinatura do familiar

Camila Cardoso Caixeta

ANEXO B

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

número: _____

endereço: _____

Telefone: _____

Dados relativos ao paciente:

Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Estado civil: _____ n^o de filhos _____

Profissão: _____ situação de emprego: _____

Salário _____

Dados relativos a família:

<i>Nome</i>	<i>Grau de Parentesco</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Situação de Emprego</i>	<i>Renda Familiar</i>

ANEXO C

ENTREVISTA FAMILIAR

Os cuidados com o diabetes envolvem o uso de medicamentos, a prática de atividades físicas e controle alimentar. Conte como tem sido a experiência de sua família com os cuidados com o diabetes.