**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**SUPORTE SOCIAL FAMILIAR NO CUIDADO DE PESSOAS ADULTAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

VILMA ELENICE CONTATTO ROSSI

**RIBEIRÃO PRETO
2005**

VILMA ELENICE CONTATTO ROSSI

**SUPORTE SOCIAL FAMILIAR NO CUIDADO DE PESSOAS ADULTAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**Tese apresentada ao Programa Interunidades
de Doutorado em Enfermagem da Escola
de Enfermagem de São Paulo e Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto, para
obtenção do título de Doutor, inserido na
Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos
e Filosóficos do Cuidar.**

Orientadora: Dra Ana Emilia Pace

RIBEIRÃO PRETO

2005

ROSSI, Vilma Elenice Contatto

Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2. 2005. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 146 f.

Orientador

Dra. Ana Emilia Pace

FOLHA DE APROVAÇÃO

Vilma Elenice Contatto Rossi

Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem de São Paulo e Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto para
obtenção do título de Doutor

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Emilia Pace

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Cristina Foss de Freitas

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Sonia Aurora Alves Grossi

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Lucia Zanetti

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dra. Miyeko Hayashida

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Validio (pai), Vanessa e Validio (filho)....

Não tenho palavras que possam expressar o que vocês representam na minha vida.....

Vocês, que sempre estiveram ao meu lado, entendendo minhas constantes e necessárias ausências, meu mau humor.....

Vocês, que compartilharam comigo meus momentos de indecisão, de angústia, de alegria, de conquistas.....

Vocês, que sempre me apoiaram, incentivaram, me empurraram para a frente quando as forças estavam se exaurindo....

Vocês que, acima de tudo, representam meu porto seguro....

Vocês, que são a “minha família”.....

Muito obrigada por existirem!

HOMENAGEM ESPECIAL

À Dra. *Ana Emilia Pace*, com quem convivi durante os anos do mestrado e doutorado, em quem aprendi a confiar e, com seu jeito às vezes meigo, às vezes exigente, me conduziu com segurança pelos caminhos da pesquisa.

Se cheguei até aqui, lhe devo muito, pois sem seu apoio certamente não teria conseguido.

Por tudo o que representa na minha vida, o meu

Muito Obrigada!

Agradecimentos

À Dra. Miyeko Hayashida, pela orientação segura nos caminhos da técnica do incidente crítico.

Às Profas. Dras. Maria Cristina Foss de Freitas, Sonia Aurora Alves Grossi e Maria Lucia Zanetti, pela contribuição e sugestões apresentadas na pré banca.

À Bernadete, Lourdes e Deolinda, da Sala de Leitura Glete de Alcântara da EERP-USP, pelo apoio permanente na busca dos materiais bibliográficos.

À Ketlyn e Martha, da Secretaria de Pós-Graduação da EERP-USP, pela disponibilidade e atenção prestada.

À Comissão Especial de Administração da Universidade do Estado de Minas Gerais – campus de Passos e aos professores do Curso de Graduação em Enfermagem, por possibilitar-me cursar o Doutorado, concedendo-me licença parcial de minhas atividades docentes.

Ao Dr. Demis Delfraro Carmo, Secretário Municipal de Saúde, que tão prontamente concordou em que eu desenvolvesse este estudo com as pessoas matriculados no Programa de Assistência ao Diabético.

Especialmente, agradeço a todas as pessoas com diabetes tipo 2 que concordaram em participar deste estudo, pois, sem elas, não teria sido possível sua realização.

Família é quem convive; é de quem se aprende; é com quem a gente se dá bem; é quem se conhece; é quem é amigo; é quem lhe faz bem e lhe faz sentir bem; é quem lhe entende e lhe retribui; é quem cria.

Família é quem cuida.

R. G. Nitschke, 1999

SUMÁRIO

Lista de Quadros

Lista de Tabelas

1. Introdução	001
1.1 O diabetes mellitus como uma condição crônica de saúde	006
2. Suporte social e o cuidado da pessoa com diabetes mellitus	013
2.1 A família como suporte social no cuidado da pessoa com diabetes mellitus tipo 2	017
3. Objetivos	024
4. Metodologia	026
4.1 Tipo de estudo	027
4.2 Local do estudo	027
4.3 População base	029
4.4 População do estudo	028
4.5 A técnica do incidente crítico	030
4.6 Estudo piloto	032
4.7 Coleta de dados	032
4.8 Procedimentos para análise dos dados	034
4.9 Aspectos éticos	036
5. Resultados	038
5.1 Caracterização da população do estudo	039
5.2 Apresentação dos incidentes críticos relacionados ao suporte familiar relatados pelos participantes	043
5.2.1 Situações	043
5.2.2 Comportamentos	052
5.2.3 Consequências	059
5.3 Características das pessoas do estudo com bom controle glicêmico	066
5.4 Características das pessoas do estudo com mau controle glicêmico	068
6. Discussão	071
6.1 Caracterização da população do estudo	072
6.2 Análise dos incidentes críticos positivos e negativos segundo as situações, comportamentos e consequências	077
6.2.1 Incidentes críticos: elemento situações	078
6.2.2 Incidentes críticos: elemento comportamentos	090
6.2.3 Incidentes críticos: elemento consequências	101
6.3 Características das pessoas do estudo com bom controle glicêmico	112
6.4 Características das pessoas do estudo com mau controle glicêmico	114
7. Conclusões	116
7.1 Caracterização da população do estudo	117
7.2 Relatos dos incidentes críticos	117
7.2.1 Incidentes críticos: elemento situações	117

7.2.2 Incidentes críticos: elemento comportamentos	118
7.2.3 Incidentes críticos: elemento consequências	118
7.3 Características das pessoas do estudo com bom controle glicêmico	118
7.4 Características das pessoas do estudo com mau controle glicêmico	119
8. Considerações finais	120
9. Referências bibliográficas	124
Apêndices	
Anexos	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sequência das pessoas excluídas da população base para delimitação da população do estudo. Passos-MG, 2005	29
Quadro 2 – Características das 17 pessoas participantes no estudo que apresentaram bom controle glicêmico. Passos-MG, 2005	67
Quadro 3 – Características das 20 pessoas participantes no estudo que apresentaram mau controle glicêmico. Passos-MG, 2005	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das pessoas com diabetes tipo 2 segundo variáveis sócio demográficas. Passos-MG, 2005	40
Tabela 2 – Caracterização das pessoas com diabetes tipo 2 segundo índice de massa corporal. Passos-MG, 2005	41
Tabela 3 – Caracterização das pessoas com diabetes tipo 2 segundo tratamento realizado. Passos-MG, 2005	42
Tabela 4 – Caracterização das pessoas com diabetes tipo 2 segundo controle glicêmico. Passos-MG, 2005	43
Tabela 5 – Número de categorias e subcategorias de situações extraídas dos incidentes críticos, com polaridade positiva e negativa, relatados pelas pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2. Passos-MG, 2005	44
Tabela 6 – Número de categorias e subcategorias de comportamentos extraídos dos incidentes críticos, com polaridade positiva e negativa, relatados pelas pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2. Passos-MG, 2005	53
Tabela 7 – Número de categorias e subcategorias de consequências extraídos dos incidentes críticos, com polaridade positiva e negativa, relatados pelas pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2. Passos-MG, 2005	60

RESUMO

ROSSI, V.E.C. **Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2**. 2005. 146 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

O diabetes é considerado uma das doenças crônicas mais prevalentes na atualidade. Para seu tratamento, é necessário que a pessoa incorpore no seu cotidiano dieta, atividade física, automonitorização da glicose sanguínea e, com o passar do tempo, uso de medicamento. Desta forma, é importante o envolvimento da família nesse processo, incentivando a pessoa a aderir aos cuidados necessários. O presente estudo, de natureza descritiva, foi desenvolvido na cidade de Passos-MG, com pessoas matriculadas no Programa de Assistência ao Diabético, com objetivo de analisar a influência do apoio social familiar no cuidado de pessoas com diabetes tipo 2. Os dados foram coletados no período entre 1 de setembro a 30 de dezembro de 2004, de 51 pessoas por meio de entrevista individual, utilizando-se a Técnica do Incidente Crítico para obtenção dos relatos positivos e negativos de eventos que envolveram os familiares, que pudessem estar influenciando no cuidado. Foram utilizados dois instrumentos, sendo o primeiro para a caracterização das pessoas participantes e o segundo para a coleta dos incidentes críticos propriamente ditos. Após análise dos relatos, foram definidas quatro categorias principais: alterações na família/amigos, alterações decorrentes da doença, práticas terapêuticas e alterações salariais/poder aquisitivo. Os relatos positivos se referiram ao apoio da família no cuidado diário, adesão a hábitos saudáveis, confraternizações com familiares/amigos, participação em grupos, entre outros. Os relatos negativos se referiram à falta de apoio da família, discussões e preocupação com familiares, depressão, sentimento de medo e isolamento, desemprego, dentre outros. Viver com diabetes significa ajustar-se a uma complexa reciprocidade entre as relações familiares, emoções, hábitos e controle da glicemia, enfim, mudanças às vezes consideradas drásticas tanto no estilo de vida pessoal quanto familiar. É imprescindível o envolvimento dos profissionais, pessoas com diabetes mellitus e familiares no cuidado. Uma estratégia utilizada é o incentivo à participação em grupos de diabéticos, envolvendo os familiares, o que poderá contribuir para a adesão aos cuidados, visando a prevenção de complicações agudas e crônicas.

Palavras chave: diabetes mellitus, suporte familiar, incidente crítico.

ABSTRACT

ROSSI, V.E.C. **Family support in care for adult type 2 diabetes mellitus patients.** 2005. 146 p. Thesis (Doctorate) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Nowadays, diabetes is considered to be one of the most prevailing chronic diseases. Its treatment requires patients to incorporate a diet, physical exercise, self-monitoring of blood glucose and, over time, use of medication, into their daily reality. This makes it very important to involve families into this process, encouraging patients to adhere to the necessary care. The current study, of descriptive nature, was developed in Passos-MG, Brazil, involving a group of people who were registered in the Diabetic Assistance Program, having as its main objective to analyze the influence of the family's social support for type 2 diabetes patients. Data were collected from September 1st to December 30th 2004, from 51 participants by means of individual interviews. In this process, the Critical Incident Technique was used in order to obtain positive and negative reports about events involving family members who might have particular aspects of influence on the patient's care. Two mechanisms were used: the first one for providing the depiction of the participant individuals, and the second one for collecting the critical incidents themselves. After analyzing the reports, four main categories were defined: changes in the family/friends, changes resulting from the disease, treatment procedures and salary/purchasing power changes. The positive reports were related to families' support in daily care, adherence to healthy habits, gatherings with family members/friends, group participation, among others. Negative reports referred to the lack of family support, argumentation and worries about family members, depression, feelings of fear and isolation, unemployment, among others. Living with diabetes means adapting to a complex reciprocity among family relationships, emotions, habits and glucose control, in short, changes that are sometimes considered as drastic, both in the patient's and the family's lifestyle. Therefore, the existence of total commitment and involvement of the related professionals, diabetes mellitus patients and their family members in the process of care becomes essential. One strategy that is used is to encourage the patient on participating in diabetes groups, involving the family members, which can contribute to the adherence to necessary care actions, leading to prevention of acute and chronic complications.

Key Words: diabetes mellitus, family support, critical incident.

RESUMEN

ROSSI, V.E.C. **Soporte social familiar en el cuidado de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2**. 2005. 146 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

La diabetes es considerada una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la actualidad. Para su tratamiento es necesario que la persona incorpore en su vida cotidiana dieta, actividad física, auto monitorización de la glucosa sanguínea y, con el pasar del tiempo, utilización de medicamentos. De esta forma, se torna muy importante el involucramiento de la familia en este proceso. El presente estudio fue desarrollado en la ciudad de Passos-MG, con el objetivo de analizar la influencia del apoyo social familiar en el cuidado de las personas con diabetes tipo 2. Los datos fueron recolectados en 51 individuos, por medio de entrevista aplicándose la técnica de incidente crítico para obtener de los relatos positivos y negativos cuales eventos involucrando a los familiares pueden estar influenciando en su cuidado. Después del análisis de los relatos fueron definidas cuatro categorías principales: alteraciones en la familia/amigos, alteraciones en consecuencia de la enfermedad, alteraciones de prácticas terapéuticas y alteraciones de salario/poder adquisitivo. Los relatos positivos se refirieron al apoyo de la familia en los cuidados diarios, adhesión a hábitos saludables, confraternización con familiares/amigos, entre otros. Los relatos negativos se refirieron a la falta de apoyo de la familia, discusiones y preocupación con los familiares, depresión, sentimiento de miedo y aislamiento, entre otros. Vivir con diabetes significa ajustarse a una compleja reciprocidad entre las relaciones familiares, emociones, hábitos y control de la glucemia, en fin, cambios a veces considerados drásticos tanto en el estilo de vida personal como familiar. Es imprescindible que las personas y familiares desarrollen juntamente con los profesionales de la salud, una buena relación, que garantice el recibimiento de informaciones adecuadas para poder gerenciar la diabetes. Una estrategia utilizada es el incentivo a participar en grupos de personas con diabetes involucrando a los familiares, lo que podrá contribuir para la adhesión a los cuidados necesarios, prevención y retardo de las complicaciones agudas y crónicas.

Palabras-clave: diabetes mellitus, apoyo familiar, incidente crítico.

SUPORTE SOCIAL FAMILIAR NO CUIDADO DE PESSOAS ADULTAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

1 INTRODUÇÃO

O termo “condições crônicas”, de acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2003), engloba os problemas de saúde que persistem com o tempo e requerem algum tipo de gerenciamento.

Sob a perspectiva da saúde, já não é mais adequado considerar as condições crônicas como um problema isolado, nem tampouco incluí-las apenas nas categorias de doenças transmissíveis ou não transmissíveis. As condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, essas condições englobam uma categoria extremamente vasta de agravos que aparentemente poderiam não ter qualquer relação entre si (OMS, 2003).

Os avanços no gerenciamento biomédico e comportamental aumentaram de forma significativa a capacidade de prevenir e controlar condições crônicas como o diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, dentre outras. As crescentes evidências sugerem que, ao receberem tratamento eficiente, apoio ao auto-gerenciamento e seguimento regular, as pessoas com doenças crônicas apresentam melhora no quadro (OMS, 2003).

É importante que se considere a qualidade de vida da pessoa com a doença crônica e de sua família, destacando-se o papel do próprio paciente para a consecução desse objetivo. A pessoa com problema crônico não precisa apenas de intervenção médica, mas de maior apoio, cuidado planejado e atenção capaz de prever suas necessidades.

Para a OMS (2003), as condições crônicas apresentam algumas características preocupantes, como: estão aumentando em todo o mundo e todos os países estão sujeitos ao impacto causado por elas; representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam as capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes; causam sérias consequências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde em cada país; podem ser minimizadas somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (OMS, 2003), a atenção à saúde requer integração sob múltiplas perspectivas, atuando em conjunto nos níveis macro, meso e micro do sistema de saúde, que serão apresentados a seguir, objetivando um melhor atendimento das condições crônicas.

No nível macro, é essencial haver um plano político favorável. Os responsáveis pelas decisões podem influenciar líderes políticos para promover o avanço dos cuidados para as condições crônicas. É preciso identificar esses líderes e, então, estimulá-los a criar um ambiente político favorável para os pacientes, comunidades e organizações de saúde que gerenciam os problemas crônicos. Devem também ser sensibilizados e informados a respeito da elevação da carga de condições crônicas e da existência de estratégias e modelos efetivos de gerenciá-las.

A integração das políticas para as condições crônicas pode minimizar a fragmentação no sistema de saúde. Devem-se ultrapassar os limites de doenças específicas, produzindo estratégias que englobem prevenção, promoção e controle, formando vínculos explícitos entre os programas governamentais e organizações comunitárias.

A formulação de leis e o planejamento da atenção à saúde são processos em constante desenvolvimento. Para apoiar estratégias eficazes de atenção, as políticas e planos devem ser continuamente atualizados, levando em conta as mudanças nas demandas, as prioridades e estratégias de intervenção.

Uma das estratégias que poderia ser utilizada é a educação continuada dos profissionais de saúde que atuam em áreas específicas das condições crônicas, como o diabetes, podendo gerar um progresso substancial no tratamento desses agravos.

No ambiente político, parcerias sólidas entre os setores do governo podem influenciar a saúde e o tratamento das condições crônicas. É preciso considerar os setores agrícola, trabalhista, educacional e de transporte em virtude da importância e extraordinária possibilidade de influenciarem a saúde e auxiliarem na prevenção de problemas crônicos.

No nível meso, onde estão os gestores de saúde, a atenção planejada permite a detecção de complicações e a rápida identificação do agravamento da situação de saúde da pessoa.

Os gestores e outros líderes influentes devem apoiar e patrocinar a melhoria da atenção às condições crônicas, incentivando os administradores, os profissionais de saúde e

os pacientes, e monitorando continuamente a qualidade dos serviços prestados; a busca pela qualidade deve fazer parte da cultura organizacional.

Por outro lado, as equipes de saúde devem estar aparelhadas, necessitam de suprimentos, equipamentos médicos, acesso a laboratórios e medicamentos e apoio, incluindo normas escritas de atenção e algoritmo de diagnósticos e tratamentos, a fim de otimizar as decisões.

Além disso, as equipes precisam de habilidades eficazes de interação, que promovam o intercâmbio de informações, o diálogo aberto e a tomada de decisões compartilhada com os pacientes, habilidade para apoiá-los em seus esforços para manter, a longo prazo, a adesão a esquemas terapêuticos complexos e mudanças no estilo de vida.

No nível micro, estão inseridos os pacientes e suas famílias, constituindo o grupo menos valorizado dentro do sistema de saúde e, nesse sentido, suas capacidades deveriam ser totalmente aproveitadas para melhorar o tratamento das condições crônicas. O nível em pauta refere-se ainda às equipes de saúde e aos grupos de apoio da comunidade; tais equipes incluem categorias múltiplas de profissionais da saúde, cada um assumindo funções e responsabilidades para exercer tarefas compatíveis com suas capacidades profissionais.

Estudos realizados mostram resultados positivos de saúde quando os pacientes são envolvidos ativamente em seu próprio cuidado, o qual conduz ao estabelecimento de vínculo e interação com os profissionais (LO, 1999; WONG et al., 2005).

A falta de valorização no nível micro pode tornar-se uma das barreiras para adesão aos cuidados de uma doença crônica, como o diabetes mellitus. As pessoas já não aceitam que somente os profissionais lhes digam o que podem fazer e não, o que podem comer e não, como devem agir, sem considerar suas experiências, crenças, conhecimento, enfim, sem ouvi-las e conhecer suas reais necessidades.

Os grupos de apoio da comunidade podem ser formados por voluntários e transformarem-se em recurso poderoso para a prestação de serviços essenciais ligados às condições crônicas, reduzindo as demandas desnecessárias por serviços de atenção terciária.

Ainda de acordo com a OMS (2003), dois problemas comuns no nível micro são a falta de autonomia dos pacientes para melhorar os resultados de saúde e a falta de ênfase na qualidade da interação com os profissionais da saúde.

É imprescindível que se desenvolva um relacionamento de confiança recíproco entre os profissionais da saúde e os pacientes, e que esse vínculo se mantenha com o passar do tempo. Os profissionais devem garantir que, tanto os pacientes como as famílias, recebam informações e instruções adequadas para gerenciar suas condições crônicas, pois acredita-se que a família possa exercer um papel importante no apoio às necessidades de cuidado ao diabetes.

Infelizmente, os sistemas de saúde não obtiveram êxito na criação de um ambiente que fomente interação adequada e parceira com os pacientes e as famílias. Auto-gerenciamento, adesão ao esquema terapêutico, habilidades funcionais, conhecimento e responsabilidade são assuntos raramente discutidos no contexto clínico.

Uma doença crônica pode ser entendida como uma experiência multidimensional, que envolve viver com uma ou mais doenças incuráveis, que levam a uma interrupção ou inabilidade em muitos aspectos do funcionamento humano. Embora seja um membro da família que receba o diagnóstico de doença crônica, toda a família passa pela experiência da doença (SHAW; HALLIDAY, 1992; YOUNGBLOOD; HINES, 1993; MARTIRE et al., 2004).

Definir doença crônica é uma tarefa complexa. Para ser crônica, uma doença deve apresentar uma ou mais das seguintes características: ser permanente ou de longa duração, requerer reabilitação, um longo período de supervisão, observação e cuidado ou, ainda, hospitalização de trinta dias ou mais, ou supervisão médica e reabilitação de três ou mais meses em um ano. E ainda, apresenta caráter irreversível, englobando o ser humano em sua totalidade, por meio da necessidade de suporte e auto cuidado, manutenção da função e prevenção de incapacidades futuras. Enfim, afeta todos os aspectos da vida da pessoa (LUBKIN; LARSEN, 2002).

Entretanto, o impacto sentido por cada pessoa pode ser diferente, dependendo da personalidade de cada um, rede de apoio comunitária e familiar, cultura familiar, conhecimento sobre a doença e outros fatores que influenciam de maneira diferente cada um, pois cada pessoa tem uma experiência diferente e única de doença (YOUNGBLOOD; HINES, 1993; ROSE, 1997; NERI, 2000; LUBKIN; LARSEN, 2002; SILVA; GUEDES; SOUZA, 2002; HJELM et al., 2005).

Pode começar como uma condição aguda, aparentemente insignificante, e que se prolonga através de episódios de exacerbação e remissão. Embora seja passível de controle, o acúmulo de eventos e as restrições impostas pelo tratamento podem levar a uma drástica alteração no estilo de vida das pessoas (LUBKIN; LARSEN, 2002).

Pessoas com doenças crônicas têm um maior risco para isolamento social. Frequentemente são rompidas relações sociais, que podem se desintegrar devido às tensões pela administração da mesma, envolve deformação, limitações na mobilidade, perda de controle de funções, inabilidade para manter emprego. Estes fatores tendem a reduzir a habilidade da pessoa para desenvolver e manter uma rede de relações encorajadoras (TILDEN; WEINERT, 1987).

Na maioria das vezes, a pessoa acometida por uma doença crônica busca compartilhar com sua família ou pessoas próximas sua necessidade de enfrentamento para uma readaptação em sua vida (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002).

A relação que se estabelece entre doença crônica e família depende da natureza da doença, do estágio de desenvolvimento vital da pessoa e família, percepção da situação, estratégias de enfrentamento, opiniões sobre doença, assim como o contexto social, político e econômico (DUNNINGHAM, 1997; TOLJAMO; HENTINEN, 2001a; MARTIRE et al., 2004).

Algumas famílias vêem a doença como um desafio a ser enfrentado, enquanto outras a percebem como uma ameaça (SHAW; HALLIDAY, 1992; DUNNINGHAM, 1997). Entretanto, a doença pode passar a ser encarada de uma forma menos sofrida quando, juntos, paciente e família, se unem no esforço de enfrentar a presença de uma doença crônica.

O autocontrole representa um grande desafio, pois envolve inúmeras mudanças de comportamento que as pessoas têm de integrar ao seu cotidiano, em relação aos hábitos saudáveis e rotina de tratamento, considerando-se que as pessoas e seus familiares são responsáveis por mais de 95% do tratamento (TOLJAMO; HENTINEN, 2001a; OMS, 2003).

Entre as doenças responsáveis pelas condições crônicas de saúde, destaca-se o diabetes mellitus, pelas suas freqüentes complicações agudas e crônicas, bem como pela

crescente tendência da prevalência (MALERBI; FRANCO, 1992; KING; AUBERT; HERMAN, 1998).

A seguir, serão apresentadas considerações sobre o diabetes, enfatizando a complexidade e conseqüências da evolução e do tratamento.

1.1 O DIABETES MELLITUS COMO UMA CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE

O diabetes mellitus corresponde a um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambas. A hiperglicemia crônica do diabetes está associada com dano a longo prazo, disfunção e insuficiência de vários órgãos, especialmente dos olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION-ADA, 2005). É uma das principais doenças crônicas que afetam o homem moderno, de todas as classes sócio-econômicas, atingindo populações de países em todos os estágios de desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-SBD, 1997).

Diversos processos patogênicos estão envolvidos no desenvolvimento do diabetes, que vão desde a destruição auto-imune das células beta do pâncreas, com conseqüente deficiência de insulina, até as anormalidades que resultam em resistência à ação da insulina. A base das anormalidades no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas no diabetes é a ação deficiente da insulina sobre os tecidos-alvo. A ação deficiente da insulina resulta de secreção inadequada e/ou respostas teciduais diminuídas à insulina em um ou mais pontos nas vias complexas de ação hormonal. A deficiência de secreção de insulina e os defeitos na ação da insulina freqüentemente coexistem na mesma pessoa, e ainda não está bem claro qual anormalidade, se é que existe uma isolada, é a causa primária da hiperglicemia (ADA, 2004).

A prevalência, para todos os grupos de idade no mundo, foi estimada em 2,8% em 2000 e em 4,4% em 2030, ou seja, 171 milhões de pessoas com diabetes em 2000 e 366 milhões em 2030 (KING; AUBERT; HERMAN, 1998).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o aumento da incidência de diabetes em países em desenvolvimento é particularmente preocupante. Essa condição

crônica é o principal fator de risco para cardiopatia e doença cérebro-vascular e, normalmente, ocorre associada à hipertensão – outro importante fator de risco para problemas crônicos (LESSA, 1998; OMS, 2003; ADA, 2004). Os países em desenvolvimento contribuem com $\frac{3}{4}$ da carga global de diabetes (OMS, 2003).

Atualmente, estima-se que existam no Brasil mais de oito milhões de pessoas diabéticas, das quais metade desconhece o diagnóstico. Em 2025, poderão existir cerca de 11 milhões de pessoas com diabetes, o que indica um aumento de 100% dos casos (KING; AUBERT; HERMAN, 1998).

O diabetes mellitus é considerado um importante problema de saúde pública, com grande impacto sobre a sociedade, uma vez que está associado a complicações incapacitantes, que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e de suas complicações (BARBOSA; BARCELÓ; MACHADO, 2001; DAVIS et al., 2005; HOLMSTRÖM; ROSENQVIST, 2005).

Johnson, Tabaei e Herman (2005) constataram que, em 2002, os custos diretos e indiretos do diabetes foram estimados em cerca de U\$132 bilhões, apenas nos Estados Unidos da América. Já o custo atribuído ao tratamento medicamentoso de pacientes ambulatoriais foi estimado em U\$5,5 bilhões em 2002, ou 6% da despesa total do cuidado de saúde (DAVIS et al., 2005).

Segundo a Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 2001), o número de internações por diabetes mellitus registrado no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) é elevado, tendo sido gastos mais de R\$ 39 milhões com hospitalizações no SUS em 2000. Esses custos estão relacionados à alta taxa de permanência hospitalar do diabético e também à severidade de complicações, que muitas vezes demandam procedimentos de alta complexidade.

O estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus realizado em nove capitais brasileiras entre 1986 e 1988, encontrou uma taxa de 7,6% de portadores de diabetes mellitus como média geral na população urbana de 30 a 69 anos, confirmando sua importância nas prioridades de saúde. A prevalência varia de 2,7% para o grupo etário de 30 a 39 anos, até 17,4% para o grupo de 60 a 69 anos (MALERBI; FRANCO, 1992).

A classificação atualmente recomendada incorpora o conceito de estágios clínicos do diabetes mellitus, desde a normalidade, passando para a tolerância à glicose diminuída e/ou glicemia de jejum alterada, até o diabetes propriamente dito. A nova classificação baseia-se na etiologia do diabetes, eliminando os termos “diabetes mellitus insulino dependente” (IDDM) e “não insulino dependente” (NIDDM), como apresentada abaixo (EXPERT COMMITTEE, 2003):

- Tipo 1: resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas, geralmente ocasionando deficiência absoluta de insulina, de natureza auto-imune ou idiopática, com tendência à cetoacidose.
- Tipo 2: varia de uma predominância de resistência insulínica com relativa deficiência de insulina, a um defeito predominantemente secretório, com ou sem resistência insulínica. A cetoacidose ocorre apenas em situações especiais, como durante infecções graves.
- Diabetes gestacional: é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto.
- Outros tipos específicos: defeitos genéticos funcionais da célula beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, induzidos por fármacos ou agentes químicos, infecções, formas incomuns de diabetes imuno-mediado e outras síndromes genéticas geralmente associadas ao diabetes.

Diagnosticar o tipo de diabetes que uma pessoa possui geralmente depende das circunstâncias presentes por ocasião do diagnóstico, e muitas pessoas não se enquadram facilmente em uma única classe (ADA, 2005).

O diagnóstico pode ser realizado por meio dos exames de glicemia em jejum e glicemia pós-prandial e, quando necessário, a determinação dos níveis séricos do peptídeo C e dosagem dos anticorpos contra as células beta, somente observados no diabetes tipo 1 (TEIXEIRA; MACHADO, 1999). Para o profissional e a pessoa, mais importante que classificar um tipo particular de diabetes, é entender a patogênese da hiperglicemia e tratá-la eficientemente.

O diabetes tipo 1 representa 5 a 10% dos casos de diabetes, é caracterizado pela destruição das células beta, usualmente levando à absoluta deficiência de insulina pancreática, havendo dependência de insulina exógena. Em alguns pacientes, nos primeiros meses de doença pode não haver necessidade do uso de insulina (fase de “lua-de-mel”), o

que ocorrerá inexoravelmente em alguns meses, por destruição da reserva pancreática de insulina (ALMEIDA, 1997; TEIXEIRA; MACHADO, 1999; SBD, 2000).

Duas formas caracterizam o diabetes tipo 1: a imuno-mediada e a idiopática. A imuno mediada resulta da destruição auto-imune das células beta pancreáticas; a taxa de destruição das células beta é bastante variável, sendo rápida em algumas pessoas (principalmente crianças, tanto pequenas quanto maiores) e lenta em outras (principalmente adultas). Em estágio mais tardio da doença, há pouca ou nenhuma secreção de insulina, como evidenciado por níveis baixos ou indetectáveis de peptídeo C no plasma. O diabetes imuno-mediado comumente ocorre na infância e adolescência, mas pode ocorrer em qualquer idade (EXPERT COMMITTEE, 2003).

Na forma idiopática, a etiologia continua desconhecida. As pessoas com esta forma de diabetes apresentam cetoacidose episódica e exibem graus variados de deficiência de insulina entre os episódios. Esta forma de diabetes é fortemente hereditária e não apresenta evidências imunológicas de auto-imunidade de células beta (ADA, 2005).

Devido a maior ocorrência de diabetes tipo 1 em crianças e adolescentes, é comum haver situações de medo e conflito entre os membros da família, pois as consequências devidas a um controle inadequado podem ser graves, dramáticas e potencialmente fatais (GLASGOW; EAKIN, 1998; ZIMMERMAN; WALKER, 2002).

Já o diabetes tipo 2 é decorrente de uma combinação de duas condições: a deficiência na produção de insulina e a resistência insulínica, ou seja, a dificuldade da ação da insulina, principalmente nos músculos e fígado, dificultando a entrada da glicose nas células do organismo. O resultado é um aumento da taxa de glicose no sangue, produzindo uma hiperglicemia persistente (FRANCO, 2004).

É de início insidioso, apresentando-se com poucos ou sem os sintomas e sinais clínicos típicos das anormalidades metabólicas do diabetes. A idade de início geralmente é após os 40 anos, sendo a sua incidência progressivamente maior com o envelhecimento, atingindo o pico entre os 60 e 65 anos. Ingestão calórica excessiva com conseqüente obesidade estão freqüentemente presentes nesses pacientes (ALMEIDA, 1997; GLASGOW; EAKIN, 1998; TEIXEIRA; MACHADO, 1999; SBD, 2002).

Freqüentemente não é diagnosticado até que se desenvolvam complicações, e até um terço de todas as pessoas com diabetes podem não ser diagnosticadas (ENGELGAU;

NARAYAN; HERMAN, 2000). Calcula-se que o intervalo de tempo entre o início da hiperglicemia e o diagnóstico do diabetes tipo 2 seja de 9 a 12 anos. O desconhecimento do diagnóstico representa fator de risco importante face às complicações que podem ocorrer pela hiperglicemia prolongada, contribuindo para o agravamento das complicações da doença (HARRIS et al., 1992; DAVIDSON, 2001).

Estas complicações podem ser agudas e crônicas. Entre as agudas, estão a hipoglicemia, hiperglicemia podendo levar à cetoacidose diabética, sendo mais comum no diabetes tipo 1 e a síndrome hiperosmolar não cetótica.

As complicações crônicas incluem a retinopatia com potencial perda da visão; nefropatia, levando à insuficiência renal; neuropatia periférica, com risco para úlceras nos pés e amputações; neuropatia autonômica, causando sintomas gastrintestinais, geniturinários e cardiovasculares e disfunção sexual (ADA, 2005).

Para muitas pessoas, o início de uma complicação crônica pode conduzir ao estresse psicológico, depressão e ansiedade (AMERICAN ASSOCIATION of DIABETES EDUCATORS-AADE, 2002).

Os indivíduos com diabetes tipo 2, pelo menos inicialmente e com frequência durante toda a vida, não necessitam de insulina para sobreviver. Em alguns casos, podem necessitar da insulinoterapia para correção de hiperglicemia sintomática ou persistente, podendo apresentar cetose em circunstâncias especiais, como durante infecções ou estresse. Nos pacientes obesos, a perda de peso com frequência melhora a tolerância à glicose. Este tipo de diabetes representa cerca de 90 a 95% dos casos de diabetes (BRASIL. MS, 2002; ZIMMERMAN; WALKER, 2002; ADA, 2004).

O tratamento da pessoa com diabetes mellitus tipo 2 deve abranger programa de educação continuada, modificações no estilo de vida, que incluem aumento da atividade física, reorganização dos hábitos alimentares, abolição do fumo e, se necessário, uso de medicamentos (MILECH, 1998; SBD, 2000; ARÁUZ et al., 2001). A pessoa deve ser continuamente estimulada a adotar hábitos de vida saudáveis, como manutenção de peso adequado, prática regular de exercício, suspensão do fumo e baixo consumo de bebidas alcoólicas.

Apesar de se reconhecer que o diabetes é uma alteração metabólica pela falta absoluta ou relativa da secreção de insulina e/ou dificuldade de sua utilização pelos tecidos

periféricos, vários outros fatores podem contribuir para a regulação dos níveis glicêmicos, como o estado nutricional, hábitos alimentares, atividade física, fatores emocionais e como a pessoa e seus familiares percebem a doença (COSTA; ALMEIDA NETO, 1998; UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY-UKPDS, 1998; ADA, 2002; ZIMMERMAN; WALKER, 2002).

Para que a pessoa com diabetes consiga atingir e manter um bom controle metabólico, é necessário que, diariamente, ela monitorize os níveis de glicemia capilar, controle a pressão arterial, peso corporal, faça uso correto dos medicamentos, tenha cuidados com os pés, pratique atividade física, reorganize seu cardápio alimentar, entre outros, acarretando um estresse físico e psicológico tanto para a própria pessoa como para seus familiares (MARTIRE et al., 2004).

Sabe-se que um dos aspectos de maior dificuldade de ser seguido é quanto à adesão à terapia alimentar, sendo a área mais infringida pela pessoa, pois afeta práticas individuais e estilo de vida, principalmente pelas pessoas mais velhas, que mantêm longo tempo de hábitos alimentares muitas vezes inadequados (ROSSI; PACE, 2003; PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003). Wong et al. (2005) relatam que a adesão à atividade física é maior que a adesão à dieta.

Viver com diabetes significa ajustar-se à complexa reciprocidade entre as relações familiares, emoções, hábitos e controle da glicemia. Essas mudanças, às vezes consideradas drásticas tanto no estilo de vida pessoal quanto familiar, só se tornam efetivas com a participação dos membros do núcleo familiar, objetivando a melhoria da qualidade de vida da pessoa com diabetes e a prevenção das complicações agudas e crônicas.

Mudança no estilo de vida é difícil de ser obtido principalmente quando o diabetes surge após os 40 anos, quando os comportamentos relacionados ao estilo de vida já estão arraigados (ZANETTI, 2002). Mas, pode ocorrer a mudança se houver uma estimulação constante ao longo do acompanhamento, não apenas na primeira consulta, ou seja, a educação continuada é essencial para o controle do diabetes (GARCIA; SUÁREZ, 1999; OLIVEIRA, 2000; SBD, 2000).

Ferraz (1995) ressalta a importância de se considerar o momento pelo qual a pessoa está passando e, sobretudo, levar em consideração sua receptividade para adesão a um programa educativo.

A participação efetiva da pessoa diabética só é possível se ela obtiver informações detalhadas e treinamento apropriado, além da aceitação da doença, motivação pessoal e apoio familiar, sendo que este último, pode favorecer ou dificultar o alcance de um controle adequado.

De acordo com Santana (2002), quando se tem maior oportunidade de compartilhar sentimentos e emoções, há melhora na função imunológica. Conseqüentemente, as pessoas sem apoio familiar podem sofrer mais estresse do que as que desenvolvem mais laços afetivos.

Estudo conduzido por Galera (2002) com doentes mentais, mostrou que os relatos dos pacientes reforçaram a idéia de que a família desempenha um importante papel no tratamento do doente mental, assim como no tratamento de qualquer outra enfermidade crônica.

Conseguir e manter um controle metabólico adequado é essencial para a pessoa com diabetes. Para atingir este objetivo, é necessário que a família esteja engajada no cuidado, juntamente com profissionais de saúde.

Para subsidiar o desenvolvimento do presente estudo, será apresentado, no próximo capítulo, o referencial teórico sobre o suporte social e o cuidado da pessoa com diabetes mellitus.

2 SUPORTE SOCIAL E O CUIDADO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS

Suporte social ou redes sociais são estruturas que se inter-relacionam, abrangendo a família, amigos, vizinhos e outros, que proveêm apoio de forma recíproca, ou seja, a pessoa que recebe apoio de sua rede, também dá apoio às pessoas que integram essa rede. Refere-se aos mecanismos pelos quais os relacionamentos interpessoais presumivelmente protegem as pessoas dos efeitos deletérios do estresse (TILDEN; WEINERT, 1987).

A literatura traz várias definições de suporte ou apoio social, e todas têm algumas características em comum, tais como a preocupação, a confiança e ajuda mútua. O suporte social é indispensável para a segurança emocional de qualquer pessoa, pois todos precisam sentir-se parte de uma família ou círculo de amigos (TOLJAMO; HENTINEN, 2001a).

Para Symister e Friend (2003), o suporte social, também denominado apoio social, é um conceito chave na psicologia da saúde, tendo implicações práticas a pacientes que precisam se ajustar a uma doença crônica e, de maneira geral, pessoas com alto suporte social apresentam ajuste mental e físico melhor.

De acordo com Toljamo e Hentinen (2001b), podem-se identificar diversos tipos de suporte social. Um deles envolve a expressão positiva de afeto, incluindo cuidado, afeição, amor. Outro tipo envolve expressão de consentimento ou reconhecimento adequado das crenças da pessoa, interpretação ou sentimentos.

Um outro tipo de suporte social envolve aspectos de encorajamento para expressões de crenças e sentimentos; pode ainda dizer respeito à provisão de ajuda financeira, ou o acolhimento no trabalho, num sistema de ajuda mútua (WORTMAN, 1984).

Para Helgeson (2003), o suporte social não é um tema facilmente definido, podendo ser visto como diferentes maneiras que as pessoas adotam no ambiente social para suportarem as situações apresentadas; consiste basicamente em três tipos:

- Suporte emocional – refere-se à presença de pessoas disponíveis para escutar, preocupar-se, simpatizar, prover confiança, o toque, amor. O apoio emocional sempre é útil, não importa qual seja a fonte (familiar, amigo ou profissional da saúde).
- Suporte instrumental – refere-se à ajuda nas tarefas domésticas, empréstimo de dinheiro, aquisição de medicamentos.

- Suporte de informação – envolve a provisão de informações, conselhos ou orientações. Não é percebido como útil por todas as fontes; as pessoas querem este tipo de apoio de “peritos”, por exemplo, médico e enfermeiro, não de amigos ou familiares, pois pode ser visto como conselho não desejado.

Krohne e Slangen (2005), estudando a influência do suporte social na adaptação da pessoa à cirurgia, encontraram dois tipos principais: o suporte emocional, que envolve carinho, interesse por meio de comunicação verbal e não verbal, e o suporte de informação, que envolve a percepção da pessoa no controle ou formas de lidar com um problema ou estresse criado por uma determinada situação. Entendem que o apoio emocional parece ser o tipo mais importante.

O mecanismo exato pelo qual o suporte social facilita o cuidado ou melhora a saúde ainda não foi bem estabelecido, mas as hipóteses mais prováveis são: o apoio social pode minimizar um período de estresse para a pessoa, que procura por comportamentos de saúde positivos, e que enfrenta com mais otimismo as situações desgastantes que a vida pode trazer, levando a um melhor ajustamento em casos de doença (TILDEN; WEINERT, 1987; SHAW, 1999; TOLJAMO; HENTINEN, 2001b; ANDRADE; VAITSMAN, 2002; DI MATTEO, 2004; GONZALEZ et al., 2004; HELGESON; SNYDER; SELTMAN, 2004; KROHNE; SLANGEN, 2005).

De acordo com Stuart (1991), o suporte social é, mais especificamente, um conceito que se refere a modos de assistência e relacionamento interpessoal. Muitas atitudes que os familiares adotam podem ser chamadas de suporte social e, quando um membro familiar tem alguma necessidade, esse suporte deve ser visto como a provisão de auxílio direto, demonstração de afeição e/ou afirmação de entendimento, sentimentos ou ações. Pode ser conceituado também como um processo de relacionamento entre a família (unidade) e seu ambiente social.

O suporte social recebido e percebido pelas pessoas é fundamental para a manutenção da saúde mental, para o enfrentamento de situações estressantes (como por exemplo, cuidar de uma pessoa doente por tempo prolongado), para o alívio dos estresses físico e mental, e para a promoção de efeitos benéficos nos processos fisiológicos relacionados aos sistemas cardiovascular, endócrino e imunológico (UCHINO;

CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996; DI MATTEO, 2004; REYNOLDS; PERRIN, 2004).

Para Gonzalez et al. (2004), o suporte social é definido como o grau de satisfação com os relacionamentos sociais, sendo frequentemente encontrado quando relacionado a comportamento para adesão ao tratamento entre pessoas com doença crônica, afetando vários pontos positivos, como estabilidade, habilidade de manter a atenção, cuidado responsável, sentimento de compartilhar como um aspecto importante no ajuste às situações de estresse. Enfim, parece ser um importante recurso para o enfrentamento de uma situação de estresse.

Estudo realizado por Reynolds e Perrin (2004) sobre ajuste psicológico de mulheres com câncer de mama, mostrou que o suporte emocional trouxe benefícios às mesmas durante o tratamento e recuperação da doença e, quando esse suporte era fornecido pelos companheiros, havia diminuição das manifestações de estresse psicológico.

O suporte social pode ser entendido como tudo aquilo com que a pessoa mantém interação. Não se limita apenas à família nuclear, mas aos vínculos interpessoais como família, amigos, professores, colegas de escola e de trabalho, membros da comunidade, enfim, tudo que pode servir de ponto de nutrição emocional positiva em um clima de compreensão, empatia, estímulo e confiança. É poder contar com o apoio do outro, os amigos íntimos e familiares mais próximos (DES ROSIER; CATANZARO; PILLER, 1992; WANG; FENSKE, 1996; GALBRAITH, 1995; BASTOS; TRAD, 1998; SANTANA, 2002; HELGESON; SNYDER; SELTMAN, 2004).

Considerando que a família pode ser o suporte social no contexto de uma situação de doença, neste estudo ela será destacada quanto à importância no cuidado da pessoa com diabetes.

2.1 A FAMÍLIA COMO SUPORTE SOCIAL NO CUIDADO DA PESSOA COM DIABETES TIPO 2

A enfermagem sempre esteve presente nas casas das pessoas doentes, e nada mais natural que a família fosse envolvida no cuidado. Com a transição da prática da

enfermagem das residências para os hospitais durante a Depressão e II Guerra Mundial, as famílias foram excluídas do cuidado a membros doentes (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A família tem sido, através dos tempos, o berço do cuidar humano. Desde o nascimento até a morte, o cuidado, entre seus membros, é importante para a manutenção da saúde e da sobrevivência. De acordo com Galera (2002), Florence Nightingale já reconhecia a família como um elemento a ser considerado no cuidado à pessoa doente.

Para Wright e Leahey (2002) e Stuart (1991), a família pode ser definida como um grupo de indivíduos ligados por fortes vínculos emocionais, com o sentido de posse e a inclinação a participar das vidas uns dos outros, tendo um compromisso de relacionamento a longo prazo, no qual as pessoas organizam-se em relações mútuas.

De acordo com Albiero (2002), a família é visualizada e vislumbrada como núcleo central para o acolhimento e o cuidado da pessoa que precisa de atenção. Representa o eixo de organização do espaço social imediato da pessoa.

As relações familiares são fundamentais no nível pessoal e como força de organização e suporte para o enfrentamento das dificuldades da vida. A família tem a função de dar suporte físico, emocional, afetivo, social e econômico para o doente. Os membros organizam-se em sua estrutura, a fim de formar uma rede de apoio familiar, para cuidar e ser cuidado (ALBIERO, 2002).

A família é a célula maior da sociedade, onde o indivíduo desenvolve hábitos, costumes, valores e passa a conviver com a sociedade de acordo com padrões estabelecidos na mesma. Assim, não se deve desvincular o cliente da família, para não se correr o risco de prestar uma assistência inadequada, com resultados aquém daqueles esperados (PADILHA et al., 1994; BASTOS; TRAD, 1998).

Como célula máter integrante da sociedade, a família sobressai-se com importante papel, como instrumento de cuidado na prevenção, manutenção e recuperação da saúde de seus membros e do seu conjunto (SILVA et al., 1996; Wong et al., 2005). É marcada por relações afetivas e pessoais, onde os indivíduos nascem, crescem e morrem, onde se gesta a história pessoal de cada um (MENDES, 2002). E ainda, é parte integrante da intervenção em saúde em todas as fases da doença, em todos os contextos da assistência, independentemente do grupo etário de uma pessoa.

A maneira como as pessoas experienciam uma doença depende das crenças existentes anteriormente à chegada da mesma, bem como das crenças que são constituídas pelos significados atribuídos à experiência ao longo do processo da doença, e também pelo ambiente social, cultural, idade e etnia (HÖRNSTEN; SANDSTRÖM; LUNDMAN, 2004; KEIL, 2004; HJELM et al., 2005).

A família tem uma representação universal de diversos papéis indispensáveis para formar e manter seu equilíbrio e harmonia, é um instrumento de transmissão de valores morais, éticos, políticos, sociais, como também de hábitos e costumes, incluindo o cuidado à saúde e a visão sobre o processo saúde-doença (MENDES, 2002).

Ainda, possui um enorme potencial de direcionamento das ações das pessoas, e aproveitar esse potencial é necessário por parte daqueles que planejam as ações de saúde, como também daqueles que operacionalizam essas ações (SILVA et al., 1996).

O termo família vem do latim, manteve-se nas línguas neolatinas e germânicas, carregando a idéia de uma sociedade formada por pessoas unidas por laços de afinidade e de sangue (SILVA et al., 1996).

Cada família cria uma cultura própria em função das experiências emocionais e suas respectivas interpretações de significados, tornando-se diferente de outras em sua forma de organização, com crenças, valores e práticas em resposta a problemas que surgem ao longo de sua existência (YOUNGBLOOD; HINES, 1993; SILVA et al., 1996; ROSE, 1997; SONOBE, 2001; TOLJAMO; HENTINEN, 2001b; WRIGHT; LEAHEY, 2002; HÖRNSTEN; SANDSTRÖM; LUNDMAN, 2004; HJELM et al., 2005).

Com o passar dos anos, diante de novas realidades de vida, o comportamento do ser humano tem passado também por modificações, sejam elas estruturais, funcionais, ambientais ou emocionais.

No Brasil, a transformação econômica e social fez com que houvesse mudanças na composição familiar, com um crescente aumento das famílias monoparietais, muitas das quais, com a mulher assumindo a chefia do domicílio; a migração, por motivos de sobrevivência, torna-se motivo de desagregação do espaço domiciliar. Há ainda outras causas responsáveis pela ameaça à manutenção da família, como a desagregação do meio ambiente, dificuldades de acesso aos serviços urbanos básicos, aos recursos produtivos e aos diferentes métodos de planejamento familiar (SONOBE, 2001).

O processo da transição demográfica possibilitou à população um maior acesso à educação e à saúde; à incorporação da mulher na força de trabalho; à concentração da população em moradias pequenas, o que dificultou a formação de grandes famílias, em razão do espaço disponível reduzido; e a valorização da mão de obra adulta (TAVARES, 1997).

Hoje as famílias já se organizam diferentemente, pois marido e mulher desenvolvem atividades juntos, com um mínimo de diferenciação e separação de tarefas e interesses.

Embora seja a família considerada a base da sociedade, a estrutura da família nuclear, nos últimos anos, tem sofrido processo de desarticulação, provocado pelas rupturas dos vínculos conjugais acentuados e pela instabilidade econômica, o que tem levado esta família a se reestruturar através de redes familiares mais amplas.

Atualmente, a família vem sendo compreendida como um sistema complexo, composto por vários subsistemas (pai-mãe, irmão-irmão, pais-filhos) que estão em constante interação, influenciando e sendo influenciados uns pelos outros (DESSEN; BRAZ, 2000).

Além de toda a dinâmica de funcionamento interno da família, vários outros sistemas externos à família exercem importante influência nas interações e no desenvolvimento dos membros familiares, como a escola, o local de trabalho, a vizinhança, a comunidade.

Com essas mudanças, toda a estrutura do núcleo familiar também sofreu alterações nos hábitos, costumes, composição, enfim, houve uma mudança global, que trouxe grandes modificações nas famílias e fez com que o homem e a mulher passassem a ter papéis bastante semelhantes, sejam eles profissionais ou afetivos, como divisão de tarefas domésticas, sendo pais e mães ao mesmo tempo (DESSEN; BRAZ, 2000; DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002).

Esse aumento das famílias recompostas ocorreu em consequência do aumento das separações e do divórcio nos últimos anos. Com essas mudanças na família, ocorreu o aumento do número de pessoas que vivem sós. A independência econômica e financeira também faz parte desta nova família moderna (DESSEN; BRAZ, 2000).

A família é o substituto básico da reprodução, da vida, sendo considerada por muitos autores como o “porto seguro” (DESSEN; BRAZ, 2000). Mas, quando uma família é surpreendida por uma doença, fica fragilizada e as atitudes comportamentais variam.

A doença abala e ocasiona incerteza, insegurança e outros sentimentos negativos. Quando um membro da família é atingido por uma doença, todos os outros membros também são atingidos, afetando a qualidade de vida de todos. As dificuldades vão crescendo no decorrer do tratamento, mas a pessoa doente que recebe o carinho da família e que aplica a sua energia em busca do conforto, enfrenta melhor a sua doença (FRIEDEMANN, 1989; TILDEN; WEINERT, 1987; DUNNINGHAM, 1997; ROSE, 1997; BIFFI, 1998; FISHER et al., 1998; GUIMARÃES, 2001; DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002; REYNOLDS; PERRIN, 2004).

As reações familiares diante do paciente podem ser positivas ou negativas: medo, insegurança, raiva, vergonha e até dificuldade em pedir ajuda de outros. Algumas pessoas ficam paralisadas em determinadas situações ou muitas vezes se acomodam, sem iniciativa (FRIEDEMANN, 1983; DUNNINGHAM, 1997; DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002).

A família tanto pode ser um recurso para o crescimento e desenvolvimento de seus membros, como também pode colaborar na limitação desse aspecto. A saúde da família, embora diferente da saúde de seus membros, está, no entanto, interligada à mesma (DUNNINGHAM, 1997).

Desta forma, uma família que funciona como um sistema fechado em termos de comunicação, não trocando energia com outros subsistemas, pode influenciar negativamente a saúde de seus membros. Igualmente as famílias, nas quais a agressividade é a forma comum de relacionamento, podem afetar a integridade física ou emocional de seus membros (BUB, 1994; ELSESEN et al., 1994; FISHER et al., 1998; HELGESON, 2003).

Por outro lado, famílias saudáveis que dão apoio a seus membros, que são flexíveis a mudanças no seu funcionamento para atender a suas necessidades, têm permitido ao indivíduo doente manter melhor adesão ao tratamento, possibilitando sua reabilitação e/ou recuperação da saúde (BUB, 1994; ELSESEN et al., 1994; WANG; FENSKE, 1996; TOLJAMO; HENTINEN, 2001b; BIELEMANN, 2003).

Muitas vezes a doença é como um segredo, falada por códigos ou com fala truncada, criando barreiras. Estes segredos, geralmente, causam mais problemas do que as suas causas e tratamento, fechando-se aí a possibilidade de discutirem e mostrarem outras perspectivas (ELSEN et al., 1994).

A rede de apoio ou suporte social é consolidada pelos laços sociais entre as pessoas, especialmente entre os membros da família da pessoa com uma doença crônica, melhorando o ajustamento emocional e o uso de estratégias para o enfrentamento da situação de doença.

Quando a família está presente, facilita e estimula a recuperação do paciente e desbloqueia a resistência dele em relação à doença. É fundamental dar ao paciente uma perspectiva real e vivencial, valorizando o encontro humano, e, mesmo diante do sofrimento, sempre acenar com a esperança e com momentos de descontração (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002). Isto tem a ver com a forma como o doente convive com o seu problema e como a família cuida e enfrenta a situação.

Em se tratando de uma doença crônica, esse apoio torna-se mais importante para a pessoa poder aceitar sua situação e a família poder aprender a conviver com a doença.

De acordo com Guimarães (2001) e Dias, Wanderley e Mendes (2002), mudanças no estilo de vida provocadas pela presença de uma doença crônica na família muitas vezes estão associadas a alterações estruturais na dinâmica cotidiana da família, que tem que arcar com despesas relacionadas a tratamento medicamentoso, exames laboratoriais, dieta específica. Em se tratando de doença crônica, como o diabetes, isso representa despesas contínuas, passando a fazer parte do orçamento familiar.

Vários autores reconhecem a importância da família como suporte social para a adaptação a uma doença crônica e as mudanças necessárias que ela impõe (LUCE et al., 1991; GALBRAITH, 1995; KOZAK et al., 1996; WANG; FENSKE, 1996; ROSE, 1997; COSTA; ALMEIDA NETO, 1998; GLASGOW; EAKIN, 1998; NATIONAL DIABETES EDUCATION PROGRAM, 1999; SHAW, 1999; ARÁUZ et al., 2001; COMITÉ de EDUCACIÓN – DOTA, 2001; GUIMARÃES, 2001; GALERA, 2002; MAIA; ARAÚJO, 2002; SANTANA, 2002; SILVA; GUEDES; SOUZA, 2002; ZIMMERMAN; WALKER, 2002; BIELEMANN, 2003; SANTOS; GADEA; ROSSO, 2003; HÖRNSTEN; SANDSTRÖM; LUNDMAN, 2004).

Em relação ao diabetes, quanto maior for a participação familiar no tratamento do paciente, mais facilmente poderá ocorrer a aceitação desta à doença, pois não se pode esquecer de que o tratamento é complexo, envolvendo não somente a terapêutica medicamentosa mas, sobretudo, o cuidado diário, com objetivo de se manter um bom controle metabólico (BIELEMANN, 2003).

De acordo com Toljamo e Hentinen (2001a) e com o relatório da OMS (2003), quando se trata do diabetes, a pessoa e sua família são responsáveis por mais de 95% do tratamento.

Estudo, realizado por Rodríguez-Morán e Guerrero-Romero (1997) sobre a importância do apoio familiar no controle do diabetes, mostrou que esse apoio influi de maneira positiva para a pessoa chegar à normoglicemia, assim como o apoio é maior, quanto maior for o conhecimento, da família, sobre o diabetes.

De acordo com Zimmerman e Walker (2002), o primeiro passo que deve ser tomado é fazer com que cada membro da família entenda o que é diabetes, como é controlado e como agir em situações de emergência. É também interessante que os familiares participem das consultas e assistam a aulas sobre diabetes. Quanto mais informações tiverem, mais poderão ajudar e aprender a integrar um plano de administração do distúrbio nas rotinas diárias da vida familiar.

Neste estudo, considerou-se como “família” as pessoas residentes no mesmo domicílio, independente de laços consangüíneos, concordando com Wright e Leahey (2002, p. 68), que consideram que “família é quem seus membros dizem que são”.

De acordo com o exposto, a família desempenha um importante papel no cuidado diário da pessoa com diabetes. Na tentativa de verificar como esse apoio é percebido pela pessoa com diabetes, utilizou-se no presente estudo a Técnica do Incidente Crítico (TIC) para a coleta de dados, que consiste em um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, delineando também procedimentos para a coleta de incidentes que apresentam significação especial e para o estabelecimento de critérios sistematicamente definidos (FLANAGAN, 1973).

Esta técnica vem sendo empregada em diversas áreas do conhecimento científico, demonstrando as possibilidades de sua utilização no estudo de atividades complexas realizadas pelo homem, relacionadas com a seleção de pessoal, adaptação do homem ao trabalho e deste ao homem, prevenção de acidentes, entre outros.

Desta forma, o presente estudo buscou uma compreensão da influência familiar no cuidado da pessoa com diabetes tipo 2.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a influência da participação da família no cuidado à pessoa com diabetes mellitus tipo 2.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 matriculadas no Programa de Assistência ao Diabético da cidade de Passos – MG durante o ano de 2003, segundo variáveis sócio-demográficas, tempo de diagnóstico, tipo de tratamento, presença de complicações e parâmetro glicêmico.

- Descrever os incidentes críticos positivos e negativos referidos pelas pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em relação ao cuidado familiar.

- Descrever as características sócio-demográficas e nível glicêmico com incidentes críticos positivos e negativos em relação ao apoio familiar referido.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo de natureza descritiva no qual, de acordo com Witt (1980), o pesquisador não manipula as variáveis, sendo os fatos observados e descritos tal como ocorrem na natureza. Portanto, a pesquisa descritiva tem grande aplicação em estudos relacionados à natureza humana, aplicando-se neste estudo, pois descreve os incidentes críticos positivos e negativos relatados pelos participantes em relação ao suporte familiar.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Passos – MG, junto ao Programa de Assistência ao Diabético, desenvolvido na Policlínica São Lucas, em área central da cidade, vinculado à Prefeitura Municipal. Optou-se por este Programa pelo fato de a pesquisadora já haver desenvolvido estudo no mesmo (ROSSI; PACE, 2003), por atender pessoas de todos os bairros da cidade e por ser o único a assistir as pessoas pelo sistema de saúde da cidade.

Esse Programa, que tem como objetivo prestar assistência à pessoa com diabetes, foi implantado em 1993 e, a partir de 2002, incluiu o atendimento de pessoas com outros distúrbios endócrinos, como disfunções tireoidianas e obesidade.

Conta com cerca de 1300 pessoas matriculadas, mas, entre estas, estão as já falecidas, as que se mudaram da cidade, as que não o frequentam mais e as que possuem outros distúrbios endócrinos. Como o sistema de saúde da cidade não é informatizado, os profissionais que atuam no Programa não sabem informar quantas pessoas, efetivamente, participam do mesmo.

Quando o Programa foi implantado, os profissionais que atuavam eram: um médico endocrinologista, uma enfermeira, uma nutricionista e uma assistente social. A enfermeira orientava em relação aos exames, insulinoaterapia, fazia visitas domiciliares quando necessário enfim, orientava as pessoas de acordo com suas necessidades; a nutricionista elaborava as dietas de acordo com o valor calórico estipulado pelo médico, como também,

uma lista de alimentos substitutos. A assistente social atuava de acordo com solicitação médica ou da enfermeira, para encaminhamentos necessários e transporte da pessoa.

Atualmente, atuam no Programa dois médicos endocrinologistas e uma auxiliar de enfermagem, que também desempenha a função de secretária.

As pessoas matriculadas possuem garantia das consultas agendadas, de medicamentos necessários, seringas e agulhas, exames laboratoriais e de encaminhamentos para outros profissionais.

A consulta médica é realizada a intervalos que variam de um a seis meses, dependendo do valor da glicemia de jejum, sinais e sintomas apresentados e a critério médico, de acordo com informações colhidas de um dos médicos do Programa.

Na primeira consulta, é feito preenchimento de cadastro, verificação do peso, altura e pressão arterial. Nas demais consultas, são verificados peso e pressão arterial.

4.3 População base

A população base constituiu-se de pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, matriculadas no referido Programa no ano de 2003.

Critérios utilizados para exclusão de pessoas da população base:

- Pessoas matriculadas fora do período determinado;
- Idade menor de 30 anos;
- Com diagnóstico de diabetes mellitus tipo ou de outro distúrbio endócrino;
- Não localizadas, por alteração ou inexistência de endereço;
- Não concordantes em participar do estudo.

4.4 População do estudo

Em 2003 foram matriculadas 101 pessoas no Programa de Assistência ao Diabético e, destas, 51 foram incluídas no estudo, de acordo com os critérios previamente estabelecidos. Optou-se pela idade mínima de 30 anos, pois, segundo estudo multicêntrico realizado entre 1986 e 1988, a prevalência do diabetes tipo 2 varia de 2,7% para o grupo

etário de 30 a 39 anos, até 17,4% para o grupo de 60 a 69 anos de idade (MALERBI; FRANCO, 1992).

Os participantes do estudo foram identificados por meio dos registros de atendimento, onde obteve-se o nome completo, idade, endereço, número de telefone e motivo da matrícula (Apêndice 1).

O primeiro contato foi feito por telefone e, neste momento, a pesquisadora se identificava, esclarecia os objetivos do estudo e fazia o convite para a pessoa participar. Mediante manifestação de concordância, solicitava-se permissão para realizar a entrevista no domicílio, em dia e hora que mais conviesse à pessoa e também a confirmação do endereço (Apêndice 2).

Para as pessoas que não possuíam telefone, foram realizadas visitas nas residências, com as mesmas finalidades de esclarecimento e agendamento das entrevistas. Nesta fase, foram detectadas mudanças de endereços e endereços inexistentes; não houve recusa em participar do estudo (Quadro 1).

Quadro 1 Seqüência das pessoas excluídas da população base para delimitação da população do estudo. Passos - MG, 2005

População Base	Número
Pessoas matriculadas no ano de 2003	101
Pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1	08
Pessoas com outras patologias (disfunções tireoidianas, obesidade)	23
Pessoas fora da faixa etária	07
Endereços inexistentes / Mudanças de endereços	12
<i>População do estudo</i>	51

4.5 A Técnica do Incidente Crítico

Para a realização das entrevistas foi utilizada a Técnica do Incidente Crítico – TIC. Esta técnica foi desenvolvida em 1941 pelo Dr. John Flanagan, em estudos no Programa de Psicologia de Aviação da Força Aérea dos Estados Unidos, na II Guerra Mundial, quando

desenvolveu procedimentos para a seleção e classificação das tripulações, determinando os critérios exigidos no desempenho de tarefas (DELA COLETA, 1972).

Para Flanagan (1973, p. 100), incidente é:

“qualquer atividade humana observável que seja completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato.”

Para que um incidente seja crítico,

“deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador e onde suas conseqüências sejam suficientemente definidas para deixar poucas dúvidas no que se refere aos seus efeitos” (FLANAGAN, 1973, p. 100).

No Brasil, a técnica dos incidentes críticos foi introduzida por Dela Coleta em 1970, em estudo com ajudantes de eletricitista em uma empresa de energia elétrica, quando se buscavam critérios para a seleção e avaliação de pessoal (DELA COLETA, 1974).

Na enfermagem, a aplicação da TIC tem sido utilizada com sucesso. Tem demonstrado relevância na condução de estudos que envolvem os diversos aspectos relacionados à prática assistencial, devido ao interesse na maximização da eficiência da assistência prestada, como também para esclarecer comportamentos dos profissionais da equipe de enfermagem. Assim, destacamos os estudos de Nogueira (1988), Hayashida (1997), Sonobe (2001), Carvalho e Cassiani (2002), Santos (2002) e Marques (2004), entre outros.

Esta técnica consiste, basicamente, em solicitar às pessoas envolvidas numa atividade, tipos simples de julgamentos ou relatos de situações e fatos vivenciados por elas e que são avaliados pelo pesquisador, de acordo com a concordância ou discordância destes julgamentos ou relatos, com o objetivo e natureza da atividade que se deseja estudar (FLANAGAN, 1973).

Com a finalidade de se evitar que as observações sejam feitas ao acaso, dependentes tão somente das inferências subjetivas do pesquisador, é necessário estabelecer um

conjunto de procedimentos que permitam sistematizar e analisar as observações coletadas (RUBINI, 1980; NOGUEIRA, 1988).

Para Dela Coleta (1974), alguns passos devem ser obedecidos quando da utilização da técnica dos incidentes críticos (TIC):

- determinação dos objetivos principais da atividade que se pretende estudar;
- elaboração das questões a serem apresentadas às pessoas participantes do estudo;
- coleta de dados, através de entrevista, podendo ser de forma individual ou em grupo;
- levantamento dos incidentes críticos positivos e negativos;
- análise de conteúdo dos incidentes relatados, bem como o destaque de comportamentos emitidos;
- análise pormenorizada dos procedimentos adotados, podendo propor tentativas de soluções dos problemas evidenciados.

Embora a técnica seja considerada bastante flexível, tendo muitos tipos de aplicação, os incidentes críticos observados representam apenas a matéria prima e não fornecem, automaticamente, soluções para os problemas. Entretanto, a coleta e tabulação das observações possibilitam a formulação das exigências críticas de uma determinada atividade, pois não coleta somente opiniões e palpites, mas registra os comportamentos específicos para fazer as observações e avaliações necessárias (FLANAGAN, 1973).

Polit e Hungler (1995) indicam a técnica dos incidentes críticos como um método de obtenção de informação sobre o comportamento de um determinado grupo de pessoas, por meio da análise específica dos incidentes relatados ao objeto de investigação. Para essas autoras, a entrevista pessoal possibilita a obtenção de dados de modo bastante eficiente, pois uma única entrevista pode fornecer vários incidentes sobre um determinado comportamento.

A entrevista deve ser estruturada de maneira que permita a compreensão do que se deseja obter. Para tanto, é importante o treinamento do entrevistador, a fim de que possa explorar e conduzir a entrevista de forma eficaz. Dela Coleta (1974) ressalta que a pergunta feita é o aspecto mais crucial no procedimento da coleta de dados.

Dela Coleta e Dela Coleta (2004) afirmam que as questões a serem apresentadas às pessoas do estudo constituem-se na etapa mais complicada da aplicação desta técnica, pois

o entrevistador deve deixar claro o que pretende sem, contudo, oferecer muita informação ao entrevistado, para não correr o risco de induzir respostas.

4.6 Estudo piloto

O teste dos instrumentos foi realizado na segunda quinzena do mês de agosto de 2004, com sete pessoas diabéticas que não foram incluídas no estudo por não serem matriculadas no Programa. Na ocasião, foi dada oportunidade para que cada entrevistado expressasse sua opinião quanto à clareza, compreensão e forma de redação das perguntas. Os roteiros das entrevistas foram reformulados conforme sugestões apresentadas (Apêndices 3 e 4).

4.7 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de 1 de setembro a 30 de dezembro de 2004, por meio de entrevista individual na residência da pessoa com diabetes, em ambiente privativo, garantindo-se maior tranquilidade na emissão dos relatos.

Polit e Hungler (1995) propõem que a entrevista seja realizada por entrevistador experiente em tal procedimento. Assim, todas as entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora, com duração média de 35 minutos.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados com questões abertas e fechadas. O instrumento utilizado para a caracterização das pessoas foi elaborado de acordo com instrumento anteriormente utilizado pela pesquisadora (ROSSI; PACE, 2003), considerando as variáveis de interesse para o estudo (Apêndice 3), abaixo relacionadas:

- variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, anos de estudo, estado civil, renda familiar mensal;
- variáveis relacionadas ao diagnóstico e tratamento: tempo de diagnóstico, tratamento realizado, presença de complicações, número e motivo de internações, índice de massa corporal (IMC), obtido pela fórmula peso (kg) dividido pela altura (m) ao quadrado, considerando dentro do limite normal ($IMC < 25$), sobrepeso

(IMC entre 25 e 30) e obeso (IMC > 30), de acordo com recomendações da SBD (2000) e ADA (2004);

- variável relacionada ao controle glicêmico: data e valor da última dosagem de glicemia em jejum, sendo considerado bom controle os resultados entre 70 a 100 mg/dl, aceitável entre 110 a 140 mg/dl e mau controle os valores acima de 140 mg/dl (SBD, 2000; ADA, 2004).

Ressalta-se que os dados antropométricos e valor da última glicemia foram obtidos no prontuário de cada participante.

O segundo instrumento (Apêndice 4) constou das questões referentes aos incidentes críticos propriamente dito, com duas questões: a primeira com referência a um incidente crítico positivo, e a segunda com referência a um incidente crítico negativo.

É importante ressaltar a dificuldade encontrada em formular as perguntas, de forma a ficarem suficientemente claras à pessoa, facilitando a coleta apropriada dos incidentes críticos. De acordo com Dela Coleta e Dela Coleta (2004), isto ocorre porque não se deve solicitar à pessoa que relate um “incidente crítico” relativo à situação em estudo, dado que poucos entendem seu significado, como também não se pode explicar muito detalhadamente o que se quer, para não induzir as respostas.

Estrela e Estrela (1994) propõem cinco passos que devem ser seguidos pelo entrevistador:

- explicar com clareza o que é incidente crítico;
- esclarecer a conotação do termo crítico, ou seja, aquilo que parece claro, e não o que é dramático ou merecedor de críticas;
- oferecer exemplos de incidentes críticos que não tenham relação com a temática estudada, a fim de evitar influências;
- explicar os critérios que levam um relato a ser considerado como incidente crítico, ou seja, definição da situação, descrição precisa de comportamentos e suas conseqüências;
- o pesquisador deve ter claro e definido o objetivo da investigação.

Esses passos também foram seguidos neste estudo. Assim sendo, a cada pessoa entrevistada, a pesquisadora explicava o significado de incidente crítico, exemplificava um incidente que não tivesse envolvimento com o diabetes, para não induzir a um relato falso e

para viabilizar a compreensão sobre o significado do incidente crítico. Essa estratégia também foi utilizada por Hayashida (1997) e Marques (2004).

Após a pessoa relatar a compreensão do significado de incidente crítico, era solicitado que pensasse, durante um período de tempo, sobre o diabetes e os cuidados diários necessários. A seguir, que se lembrasse de alguma situação relacionada a esses cuidados, que tivesse envolvido um ou mais membros da família ou outra pessoa importante para ela. Primeiro era solicitado que falasse sobre uma situação positiva e, a seguir, sobre uma negativa.

O relato deveria incluir a situação, as pessoas envolvidas, o que foi feito e os resultados, com objetivo de identificar os elementos que compõem um incidente crítico, ou seja, a situação, o comportamento e a consequência.

Todos os relatos foram registrados em folha própria e, ao término de cada entrevista, o texto era lido em voz alta e clara pela pesquisadora, para ser validado pela pessoa.

De posse de todo material coletado e os incidentes críticos identificados, procedeu-se à análise dos dados.

4.8 Procedimentos para análise dos dados

Para análise da caracterização das pessoas (Apêndice 3), foram atribuídos códigos para as respectivas questões, elaborando-se um banco de dados no módulo EPED do programa EpiInfo vs 6 (DEAN et al., 2001). Foi utilizado também o módulo ANALYSIS do referido programa, que produz listas e distribuição de frequências.

A análise e interpretação dos incidentes críticos foram realizadas conforme os objetivos propostos. Foram consideradas as quatro etapas propostas por Nogueira (1988) e posteriormente utilizadas por outros pesquisadores na área da enfermagem (SALVARANI, 1991; HAYASHIDA, 1997; VALSECCHI, 1999; SONOBE, 2001; MARQUES, 2004): leitura, derivação e arrolamento dos relatos; identificação dos três elementos fundamentais do incidente crítico (situação, comportamento e consequência); agrupamento dos relatos e categorização de situações, comportamentos e consequências, com quantificação das respectivas ocorrências.

Neste estudo, considerou-se essas etapas e, após leitura exaustiva, identificação dos três elementos que compõem o incidente crítico e agrupamento dos relatos, foram elaboradas quatro categorias principais e respectivas subcategorias.

De acordo com Estrela e Estrela (1994), a categorização dos incidentes críticos encerra as mesmas dificuldades e obedece aos mesmos critérios que qualquer análise de conteúdo. Por tratar-se de um processo subjetivo de análise, deve prevalecer a competência e habilidade do entrevistador, o que por sua vez, aumenta muito sua responsabilidade (FLANAGAN, 1973).

Para identificar os três elementos que compreendem o incidente crítico, tomou-se por referência o princípio definido por Flanagan (1973, p. 100), de que “para ser crítico, um incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador, e onde suas conseqüências sejam suficientemente definidas para deixar poucas dúvidas no que se refere aos seus efeitos”.

Para qualificar uma situação, comportamento e conseqüência como sendo positiva ou negativa, levou-se em consideração o julgamento de cada pessoa. Assim, deparou-se com relatos de um mesmo fato tendo sido atribuído valor positivo em um e negativo em outro.

Da mesma forma, houve situações que receberam valor positivo, embora aparentemente pudessem tratar-se de negativo ou vice-versa. Essas mesmas situações foram encontradas em estudo conduzido por Hayashida (1997).

Um ponto importante que merece ser registrado é em relação ao entendimento atribuído a cada um dos elementos que compõem o incidente crítico. Foi adotada a mesma definição registrada por Nogueira (1988) e também utilizada por Hayashida (1997), considerando como situação o fato ou circunstância que levou a pessoa a manifestar determinado comportamento; comportamento como a conduta apresentada pela pessoa devido à circunstância e, como conseqüência, o resultado do comportamento da pessoa devido à circunstância.

Portanto, nesta etapa do procedimento, foi necessária a eliminação de alguns relatos, onde não foi possível evidenciar claramente os três elementos, por se tratarem de generalizações. Vale ressaltar que foram poucos os relatos eliminados, cerca de dez,

devido à facilidade de locomoção à casa da pessoa, onde a entrevistadora voltava sempre que houvesse necessidade de esclarecimentos.

Para a análise dos dados, fundamentou-se na classificação proposta por Helgeson (2003) para suporte social, o qual o classifica em:

- Suporte emocional – refere-se à presença de pessoas disponíveis para escutar, preocupar-se, simpatizar, prover confiança, o toque, amor. O apoio emocional sempre é útil, não importa qual seja a fonte (familiar, amigo ou profissional da saúde).
- Suporte instrumental – refere-se à ajuda nas tarefas domésticas, empréstimo de dinheiro, aquisição de medicamentos, instrumentos.
- Suporte de informação – envolve a provisão de informações ou orientações. Não é percebido como útil por todas as fontes; as pessoas querem este tipo de apoio de “peritos”, por exemplo, médico e enfermeiro, não de amigos ou familiares, pois pode ser visto como conselho não desejado.

4.9 Aspectos éticos

Foi encaminhado ao Secretário Municipal de Saúde da cidade de Passos – MG, o projeto de pesquisa para sua apreciação, com exposição dos objetivos do mesmo, solicitando-lhe consentimento para que o estudo pudesse ser conduzido (Apêndice 5; Anexo 1).

Conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo sido aprovado em sua 65ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de Agosto de 2004, Protocolo nº 0461/2004 (Apêndice 6; Anexo 2).

Como parte da documentação prevista na referida resolução, foi elaborado o Termo Referente ao Contato Telefônico Prévio para Permissão da Visita Domiciliar (Apêndice 2), conciso, em linguagem clara, contendo a identificação da pesquisadora, os objetivos do estudo e a solicitação de permissão para a visita domiciliar, onde se realizaria a entrevista.

Foi apresentado, também, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 7), contendo informações relevantes ao trabalho, além de deixar claro que a

participação aconteceria por livre e espontânea vontade, assegurando o anonimato. Este termo foi apresentado e discutido com cada pessoa participante na primeira visita e, após feitos os esclarecimentos e aquiescência, foi solicitada a assinatura.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas etapas, de acordo com a seqüência dos objetivos propostos. Inicialmente será apresentada a caracterização da população do estudo em relação às variáveis sócio-demográficas, tempo de diagnóstico, tratamento realizado, presença de complicações, número e motivos de internações, índice de massa corporal e resultado da última glicemia de jejum realizada.

A seguir, os incidentes críticos positivos e negativos, com a descrição dos elementos que os compõem, ou seja, situações, comportamentos e conseqüências.

5.1) Caracterização da população do estudo

A população do estudo ficou constituída por 51 pessoas, cujas características sócio-demográficas estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 Caracterização das 51 pessoas com diabetes tipo 2 segundo variáveis sócio demográficas. Passos-MG, 2005

Variáveis	Número	Porcentagem
Sexo		
masculino	14	27,5
feminino	37	72,5
Faixa etária		
30 a 39 anos	2	3,9
40 a 49 anos	13	25,5
50 a 59 anos	19	37,2
60 a 69 anos	16	31,4
70 anos	1	2,0
Estado civil		
casado (a)	34	66,7
separado (a)	2	3,9
solteiro (a)	4	7,8
viúvo (a)	11	21,6
Anos de estudo		
ensino fundamental incompleto	39	76,5
ensino fundamental completo/médio incompleto	5	9,8
sem escolaridade	7	13,7
Atividade remunerada		
sim	10	19,6
não	27	52,9
aposentado (a)	14	27,5
Renda familiar aproximada		
1 a 2 salários mínimos*	20	39,2
3 a 4 salários mínimos	18	35,3
5 a 6 salários mínimos	11	21,6
7 ou mais salários mínimos	2	3,9

* Salário mínimo vigente no período da coleta de dados: R\$ 260,00.

Como pode ser observado, entre as 51 pessoas entrevistadas, 37 (72,5%) são do sexo feminino e 14 (27,5%) do sexo masculino, com média de idade de 55,1 anos, variando entre 38 e 70 anos completos, e a maioria (88,6%) com idade igual ou superior a 50 anos.

Em relação ao estado civil, 34 (66,7%) são casados (as), 11 (21,6%) são viúvos (as) e os demais (11,7%) são solteiros (as) ou separados (as).

Quanto à escolaridade, 39 pessoas (76,5%) referiram ensino fundamental incompleto. É importante destacar que 7 pessoas (13,7%) declararam nunca ter freqüentado a escola.

Mais da metade (52,9%) da população pesquisada refere não trabalhar, 27,5% são aposentadas e 19,6% exercem atividade remunerada, como motoristas de caminhão, cabeleireiras, faxineiras e comerciantes. A renda familiar aproximada está entre um e quatro salários mínimos – SM – para 38 pessoas (74,5%) e somente 2 pessoas (3,9%) informaram renda familiar acima de sete salários mínimos.

Quanto ao tempo de diagnóstico do diabetes, 23 pessoas (45,1%) encontram-se no primeiro período da doença, ou seja, entre um e cinco anos; 14 (27,5%) têm entre cinco e dez anos, 7 (13,7%) entre dez e quinze anos, 4 (7,8%) entre quinze e vinte anos, 2 (3,9%) acima de vinte anos e 1 pessoa (2%) com menos de um ano de diagnóstico.

A partir do peso e altura obtidos nos prontuários, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), encontrando-se 21 (41,2%) com o peso corporal dentro dos limites normais, 19 (37,2%) em sobrepeso e 11 pessoas (21,6%) obesas (Tabela 2).

Tabela 2 Caracterização das 51 pessoas com diabetes tipo 2 segundo índice de massa corporal. Passos-MG, 2005

Índice de Massa Corporal	Número	Porcentagem
Dentro do limite	21	41,2
Sobrepeso	19	37,2
Obeso	11	21,6
Total	51	100,0

Outra indagação foi em relação ao tipo de tratamento realizado, e o mais citado foi seguimento da dieta e uso de antidiabético oral (23,5%). Formas de tratamento não medicamentoso, como somente seguimento da dieta recomendada, somente prática de atividade física e associação dessas duas, foram citadas por apenas 4 pessoas (7,8%), como demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 Caracterização das 51 pessoas com diabetes tipo 2 segundo tratamento realizado. Passos-MG, 2005

Tipo de tratamento	Número	Porcentagem
Só dieta	1	2,0
Só atividade física	1	2,0
Só antidiabético oral	7	13,7
Só insulina	6	11,8
Dieta + atividade física	2	3,9
Dieta + antidiabético oral	12	23,5
Dieta + insulina	6	11,8
Dieta+atividade física+antidiabético oral	3	5,9
Dieta+atividade física+insulina	5	9,8
Antidiabético oral + insulina	3	5,9
Atividade física + antidiabético oral	2	3,9
Atividade física + insulina	2	3,9
Dieta+atividade física+antidiabético oral+insulina	1	2,0
Total	51	100,0

Em relação à presença de complicações devido ao diabetes, 80,4% das pessoas referiram não apresentar, e uma pequena parte (5,9%) não soube informar. Entre as 7 pessoas que responderam afirmativamente (13,7%), as complicações mais frequentes foram a diminuição da acuidade visual e queixas em membros inferiores.

Outra indagação feita aos participantes foi sobre a necessidade de se internarem devido ao diabetes, e 16 pessoas (31,4%) responderam afirmativamente. Entre estas, 62,5% referiram a necessidade de uma a duas internações, 31,3% de três a quatro e 6,2% mais de seis internações.

Os motivos referidos que ocasionaram as internações foram hiperglicemia (81,2%) como causa isolada ou associada a hipoglicemia (12,5%) e hipertensão arterial (6,3%).

Em relação ao controle glicêmico, 20 pessoas (39,2%) apresentaram mau controle, 17 (33,3%) bom controle e 14 (27,5%) controle aceitável (Tabela 4).

Tabela 4 Caracterização das pessoas com diabetes tipo 2 segundo controle glicêmico. Passos-MG, 2005

Controle glicêmico	Número	Porcentagem
Bom controle (70 – 100 mg/dl)	17	33,3
Controle aceitável (110 – 140 mg/dl)	14	27,5
Mau controle (> 140 mg/dl)	20	39,2
Total	51	100,0

5.2) Apresentação dos incidentes críticos relacionados ao suporte familiar relatados pelos participantes

Mediante análise dos relatos dos participantes, foram estabelecidas quatro categorias principais (Alterações na família/amigos, Alterações decorrentes da doença, Práticas terapêuticas e Alterações das condições econômicas) para cada elemento o qual constitui os incidentes críticos (situação, comportamento e consequência).

As categorias propostas emergiram dos próprios relatos, representando as palavras-chave que os compuseram. Da mesma forma, foram também estabelecidas subcategorias para as respectivas categorias.

Obteve-se um total de 226 relatos apresentados pelos participantes. Cada relato corresponde a uma situação. Dessa forma, obtiveram-se 226 situações, que originaram 335 comportamentos e 389 consequências. Houve, em média, 4,43 relatos de incidentes críticos para cada pessoa.

Os incidentes críticos serão apresentados a seguir, de acordo com os elementos que os constituem, ou seja, situações, comportamentos e consequências, destacando-se os incidentes considerados positivos e negativos.

5.2.1 Situações

Em relação ao elemento **situações**, houve 226 relatos, sendo 109 (48,2%) com referência positiva e 117 (51,8%) com referência negativa (Tabela 5), distribuídos em quatro categorias principais da seguinte maneira: 130 (57,5%) para alterações na

família/amigos; 39 (17,3%) para alterações decorrentes da doença; 35 (15,5%) para práticas terapêuticas e 22 (9,7%) para alterações das condições econômicas (Tabela 5).

Tabela 5 Número de categorias e subcategorias de situações extraídas dos incidentes críticos, com polaridade positiva e negativa, relatados pelas pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2. Passos - MG, 2005

Categorias / subcategorias	Positivas	Negativas	Total
Alterações na família / amigos	-		
• Preocupação com filhos	-	37	37
• Doença / morte na família	-	25	25
• Composição familiar	-	06	06
• Alcoolismo	-	04	04
• Apoio familiar	28	09	37
• Confraternização	15	-	15
• Ocorrências inesperadas	06	-	06
Subtotal	49	81	130
Alterações decorrentes da doença			
• Alteração do estado de saúde	12	14	26
• Necessidade de orientação	09	-	09
• Controle alimentar	01	03	04
Subtotal	22	17	39
Práticas terapêuticas			
• Adesão à dieta para diabetes	15	06	21
• Atividade física	06	-	06
• Tratamento médico/medicamentoso	05	-	05
• Participação em grupo de diabéticos	03	-	03
Subtotal	29	06	35
Alterações das condições econômicas			
• Situações relacionadas ao emprego	05	06	11
• Gastos com material / medicamentos	04	07	11
Subtotal	09	13	22
TOTAL	109	117	226

A seguir, serão descritas as subcategorias referentes à categoria alterações na família/amigos, com uma frequência de cento e trinta relatos, sendo quarenta e nove com referência positiva e oitenta e uma com referência negativa.

Preocupação com filhos

Entre as situações relatadas, destaca-se a preocupação com filhos, num total de trinta e sete referências negativas. Essas preocupações referem-se a doenças, acidentes e envolvimento com drogas; houve relatos quanto à separação de filhos, a preocupação causada quando o casamento ou namoro chega ao fim, pela tristeza que vêm refletida em seus semblantes, gerando desconforto para os pais, por se sentirem impotentes em não poder resolver o problema dos filhos.

Esses relatos podem indicar a influência que os problemas que envolvem os filhos têm no controle glicêmico, pois são uma fonte importante de estresse e preocupação para os pais, podendo levar a um descuido nas atividades diárias. Houve relatos também quanto à proximidade de casamento dos filhos, vistos de forma negativa, pelo fato de representar uma possibilidade de afastamento do filho e conseqüente solidão que temem ter que enfrentar.

Doença / morte na família

Esta subcategoria apresentou vinte e cinco relatos negativos, referentes ao desenvolvimento de doença em irmãos, pais, cônjuges e também morte de familiares. Em todos os relatos, as pessoas referiram desgaste físico e emocional intensos, pelo envolvimento afetivo que mantinham com os familiares, presenciando o sofrimento dos mesmos, a dependência, causando nessas pessoas imensa tristeza, levando a um quadro depressivo. O grande número de relatos pode ser devido à população do estudo ser representada por 72,5% de mulheres, que são historicamente as responsáveis pelo cuidado familiar. Quando um membro da família adoece, pode acontecer de a mulher colocar em segundo lugar seu próprio cuidado, em detrimento da necessidade de cuidado do familiar.

Composição familiar

Apresentou seis relatos negativos, referentes à mudança de filhos para outra cidade, afastamento de netos, podendo evidenciar a importância que essas pessoas dão ao convívio familiar, que pode ficar prejudicado com esse afastamento, deixando-as entristecidas, deprimidas, o que pode levar a uma maior dificuldade na manutenção do cuidado necessário. Em um dos relatos, houve necessidade de um re-arranjo no ambiente doméstico,

devido à presença de um familiar que veio morar na mesma casa, o que fez a pessoa considerar que a atenção que recebia do cônjuge tivesse diminuído, assim como sua importância para a família.

Alcoolismo

Esta subcategoria, com quatro relatos negativos, referiu-se ao abuso de bebida alcoólica entre cônjuges e filhos, gerando discussões, estresse, brigas entre os familiares, que não conseguem lidar com esta problemática.

Apoio familiar

Esta subcategoria apresentou trinta e sete relatos, sendo vinte e oito com referência positiva e nove com referência negativa. Entre as referências positivas, estão as caminhadas realizadas na companhia de familiares, consideradas como uma atividade prazerosa, uma oportunidade de estreitarem ainda mais os laços que os unem. Outro ponto positivo citado é que, quando em companhia de familiares, as pessoas, estando mais motivadas, caminham por mais tempo, sem sentir cansaço. Se não fosse pela companhia, talvez caminhassem menos ou não caminhassem.

Houve também relatos positivos de preocupação expressa por familiares, indicando que as pessoas sentem-se protegidas quando um familiar ou amigo manifesta preocupação pela sua saúde, seja perguntando como se sente, acompanhando nas visitas médicas, incentivando o descanso. Qualquer que seja a forma dessa manifestação, ela é vista como a maneira que o familiar ou amigo encontrou para demonstrar carinho, afeto, amor. As pessoas referiram ainda ter recebido auxílio nas tarefas domésticas, no preparo das refeições; relataram também ser muito difícil a mudança de hábitos alimentares e, se não fosse a família acompanhando essas mudanças, não conseguiriam seguir as orientações recebidas.

Os nove relatos com referência negativa foram em relação à falta de apoio da família, referentes ao não-acompanhamento em consulta médica e em caminhadas, demonstrando uma falta de cuidado e carinho do familiar. Quatro pessoas, todas do sexo masculino, relataram que estão tentando parar de fumar, referindo possuir o vício desde a juventude, sendo difícil para eles abandonar o cigarro, e mais difícil ainda pelo fato da

esposa ou filho continuarem fumando perto, muitas vezes oferecendo cigarro, chegando a haver discórdia entre os membros familiares.

Houve queixas de solidão manifestadas pelas pessoas que permanecem desacompanhadas em casa o dia todo, só tendo com quem conversar à noite, fazendo com que se sintam desamparadas, com sentimentos de não serem importantes para ninguém e, por isso, sem ânimo para se cuidarem. Mesmo à noite, o familiar sai para algum compromisso, sem se importar se a pessoa ficará bem sozinha. Outra situação foi interpretada pela pessoa como falta de compreensão e apoio do familiar, pois nunca havia pedido nada a ele e, quando precisou de ajuda para a compra de um medicamento, não pôde contar com ela.

Confraternização

Esta subcategoria apresentou quinze relatos, todos com referência positiva. Houve relatos de festa, reunião, almoços com familiares e/ou amigos, podendo ser reflexo de que, nesses encontros, essas pessoas se sentem felizes por estarem entre pessoas que lhes são queridas, proporcionando bem estar físico e mental, auxiliando no cuidado do diabetes. Houve relatos de nascimento de primeiros netos e da felicidade que este acontecimento trouxe às pessoas, que decidiram se cuidar mais, para poderem auxiliar no cuidado aos recém-nascidos. Houve ainda relatos de visitas recebidas e realizadas de/a familiar, amigo, dando uma sensação de que não estão sozinhas, e estas visitas motivam as pessoas, de maneira positiva, a se cuidarem mais, gerando um sentimento de união. Esses encontros geraram um sentimento de “pertencer” a um grupo social.

Ocorrências inesperadas

Esta subcategoria apresentou seis relatos com referência positiva, os quais se referiram à mudança de cidade, de casa. Foram considerados positivos por trazerem maior tranquilidade às pessoas, proporcionando-lhes oportunidade de ampliarem o círculo de amizades. Houve também relato sobre aposentadoria do marido e, desde então, a pessoa não se sente mais só, melhorou o relacionamento, pois um faz companhia ao outro. Houve relatos sobre gravidez da sobrinha, recuperação de doença do filho que, apesar de serem relatadas por pessoas diferentes, tiveram o mesmo significado, ou seja, estes motivos

fizeram com que as pessoas quisessem se cuidar, porque sentiram que os familiares precisavam ser cuidados por elas e, assim, sentiram-se responsáveis pela saúde de outros.

A segunda categoria, alterações decorrentes da doença, apresentou uma frequência de trinta e nove relatos, sendo vinte e dois com referência positiva e dezessete com referência negativa. As subcategorias serão descritas a seguir.

Alteração do estado de saúde

Esta subcategoria apresentou vinte e seis relatos, sendo doze com referência positiva e quatorze com referência negativa. Entre os relatos positivos, foram citados dor e edema nas pernas, vistos como um alerta às pessoas que estavam com o “diabetes alto”, gerando atitudes de quererem se cuidar mais para reverter o quadro. Uso de insulina foi manifestado também como positivo, pois as pessoas relataram se sentir melhor com seu uso, não interpretando como piora do estado geral, mas como uma mudança na terapia medicamentosa com o objetivo de melhorar o controle glicêmico, assim como necessidade de internação, encarado pelas pessoas como uma oportunidade de aprendizagem, uma experiência que não querem repetir e, por isso, devem seguir as orientações recebidas.

Presença de doença intercorrente (por exemplo, nódulos mamários e infecção urinária) obteve relatos com referência positiva e negativa. Em todos os relatos, a doença resultou em mudança na terapêutica adotada, o que para algumas pessoas foi visto como fator positivo e, para a maioria, como negativo, levando à dificuldade no controle, adequação a nova terapêutica, maior desgaste físico e emocional. Outros relatos com referência negativa foram em relação ao descontrole glicêmico, interpretados como piora no estado de saúde geral. Uma das pessoas mostrou-se desanimada, pois refere seguir as orientações recebidas e, mesmo assim, esse descontrole acontece.

Outro relato foi relacionado à piora da visão, tendo referência negativa, pois a pessoa tinha conhecimento de que este sintoma significa piora do estado geral e possibilidade de cegueira, como havia acontecido com um familiar próximo, e não conseguiria viver com essa limitação.

Necessidade de orientação

Nesta subcategoria, com nove relatos positivos, as pessoas referiram ter recebido orientações de médicos e enfermeiros, dando-lhes condições de um cuidado melhor, já que não possuíam informações a respeito do diabetes; só imaginavam que não poderiam comer doce.

Para duas pessoas, as orientações foram dadas por familiares (filha e cônjuge) sobre os cuidados diários de higiene, técnica de aplicação de insulina, proporcionando condições de as pessoas se cuidarem, sabendo que poderão sempre contar com o familiar, que também é um profissional da área da saúde (auxiliar de enfermagem).

Controle alimentar

Esta subcategoria apresentou apenas um relato positivo e três negativos, referentes à diminuição da glicemia, devido ao seguimento da dieta recomendada. Essas pessoas sentiram-se pressionadas a controlar a alimentação devido ao mal-estar apresentado, à pressão dos profissionais e familiares e medo das conseqüências, caso não controlassem a alimentação.

A terceira categoria, práticas terapêuticas, apresentou uma frequência de trinta e cinco ocorrências: vinte e nove com referência positiva e seis com referência negativa. As subcategorias estão descritas a seguir.

Adesão à dieta para diabetes

Esta subcategoria apresentou vinte e um relatos: quinze com referência positiva e seis com referência negativa. As referências positivas se relacionaram a um controle próprio do diabetes, ou seja, quando sentem necessidade, essas pessoas seguem a dieta recomendada. Todas essas pessoas referiram ter recebido informação sobre a dieta, mas como gostam muito de doces, frituras, massas, referem só seguir as recomendações esporadicamente, para não sofrerem muito.

As referências negativas se relacionaram à obesidade e dificuldade em perder peso, e à incapacidade de seguir a dieta recomendada, mesmo tendo consciência da necessidade de segui-la.

Atividade física

Esta subcategoria, com seis relatos positivos, referiu-se ao início de caminhada, pois as pessoas iniciaram essa atividade após contato com um médico novo, que as orientou de forma a terem entendido a importância da atividade no controle do diabetes. Duas pessoas, envolvidas com atividades domésticas, consideram estar praticando uma atividade física e, se estão conseguindo desenvolvê-las, é porque estão bem de saúde.

Tratamento médico/medicamentoso

Esta subcategoria apresentou cinco relatos com referência positiva, entre os quais estão esquecimento de consulta médica e de adquirir medicamento no PSF. Tratava-se de pessoas se preparando para festas de final de ano e viagem a Aparecida do Norte e a empolgação com esses preparativos ocasionou o esquecimento. Uma pessoa referiu ter tomado o antidiabético duas vezes, tendo justificado essa atitude por não saber ler e ter confundido as caixinhas; relatou o fato como positivo, pois fez com que prestasse mais atenção aos medicamentos.

Participação em grupo de diabéticos

As três referências com relatos positivos foram unânimes em afirmar como aprenderam sobre o cuidado da doença nos grupos; a troca de experiência entre os participantes é muito gratificante, pois ajuda-os a entender melhor as diversas facetas do diabetes. Relataram orientações sobre tratamento, hipoglicemia, hiperglicemia, complicações crônicas, importância das consultas médicas e exames periódicos.

A quarta categoria, alterações das condições econômicas, apresentou vinte e dois relatos: nove com referência positiva e treze com referência negativa, e as subcategorias estão descritas a seguir.

Situações relacionadas ao emprego

Esta subcategoria apresentou onze relatos: cinco positivos e seis negativos. A perda do emprego pelo familiar foi vista como sendo positiva porque o mesmo trabalhava em outra cidade (marido, filho), o que gerava preocupação na pessoa, e o trabalho era

considerado “pesado”. Além disso, com o desemprego, o marido ficou submisso à esposa, que se sentiu mais importante na tomada de decisões. Houve relatos também positivos porque os filhos arrumaram emprego, melhorando a qualidade de vida, com maior facilidade na aquisição de bens necessários à sobrevivência, como também possibilidade de comprar alimentos recomendados, como carne e frutas.

Os seis relatos com referência negativa foram relacionados à maior dificuldade em adquirir principalmente alimentos e à piora na qualidade de vida da família, devidos ao desemprego. Aposentadoria recebeu três relatos com referência negativa, pois significou uma queda no poder aquisitivo, resultando em diminuição de viagens, passeios. Em um dos relatos, a aposentadoria fez com que a pessoa se sentisse inútil, dependente dos familiares, já que era o único a permanecer em casa, enquanto os outros trabalhavam.

Gastos com material/medicamentos

Esta subcategoria apresentou onze relatos, sendo quatro com referência positiva e sete com referência negativa. Aquisição de glicosímetro foi considerado positivo pela pessoa porque, com sua compra, não foi mais necessário sair de casa para verificar a glicemia, sentindo-se, assim, mais seguro ao poder utilizar o aparelho sempre que necessário. Houve um relato sobre falta de dinheiro para comprar medicamento com referência positiva, porque a pessoa referiu gasto maior ao programado com presentes de final de ano, mas sentindo-se satisfeita por ter comprado os presentes, mesmo faltando recursos para a compra dos medicamentos.

Já a aquisição de material e medicamento no PSF ou ambulatório apresentou sete relatos, sendo dois com referência positiva pois, não tendo que adquirir medicamentos por conta própria, as pessoas tiveram condições de empregar esse dinheiro numa alimentação mais saudável. Os cinco relatos com referência negativa se referiram à necessidade de comprar seringas com agulhas mais finas, pois as seringas fornecidas pelo PSF possuem agulhas muito grossas, o que faz com que as aplicações diárias sejam doloridas.

5.2.2 Comportamentos

Os 226 incidentes críticos relatados resultaram em 335 relatos de **comportamentos**, sendo 148 com referência positiva (44,2%) e 187 com referência negativa (55,8%).

Os comportamentos foram distribuídos nas quatro categorias já descritas: 162 (48,3%) para alterações na família/ amigos; 82 (24,5%) para alterações decorrentes da doença; 66 (19,7%) para práticas terapêuticas e 25 (7,5%) para alterações das condições econômicas.

Na tabela 6 estão demonstradas as frequências de cada categoria e respectivas subcategorias, quanto aos comportamentos extraídos dos incidentes críticos positivos e negativos, relatados pelas pessoas com diabetes tipo 2.

Tabela 6 Número de categorias e subcategorias de comportamentos extraídos dos incidentes críticos, com polaridade positiva e negativa, relatados pelas pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2. Passos - MG, 2005

Categorias / subcategorias	Positivas	Negativas	Total
Alterações na família / amigos			
• Recebeu apoio da família no cuidado diário	57	-	57
• Confraternizou com familiares / amigos	15	-	15
• Faltou apoio da família	-	39	39
• Houve briga, discussão com familiares	-	27	27
• Preocupou-se com familiares	-	24	24
Subtotal	72	90	162
Alterações decorrentes da doença			
• Apresentou alterações emocionais	09	53	62
• Necessitou de orientação	11	04	15
• Precisou internar	05	-	05
Subtotal	25	57	82
Práticas terapêuticas			
• Aderiu/interrompeu cuidados recomendados	20	13	33
• Aderiu/interrompeu dieta para diabetes	18	11	29
• Participa de grupos da comunidade	04	-	04
Subtotal	42	24	66
Alterações das condições econômicas			
• Alterou poder aquisitivo	-	07	07
• Teve despesa com material / medicamentos	09	09	18
Subtotal	09	16	25
TOTAL	148	187	335

Como pode ser observado na tabela 6, os comportamentos mais apresentados pelos participantes foram em relação a alterações na família/amigos, com uma frequência de

cento e sessenta e duas ocorrências, sendo setenta e duas com referência positiva e noventa com referência negativa.

Recebeu apoio da família no cuidado diário

Esta subcategoria apresentou cinquenta e sete relatos positivos e nenhum negativo. Os relatos estão voltados à satisfação do participante com a interação entre os familiares, no sentido de compreensão e adesão quanto às restrições dietéticas impostas pelo diabetes e nas caminhadas diárias, conversas, acompanhamento de familiar nas consultas médicas e programas de orientação, lembrança de familiar quanto aos horários de medicação, data dos retornos médicos e exames periódicos, incentivo ao descanso, massagens nos pés.

Confraternizou com familiares/amigos

Esta subcategoria apresentou quinze relatos positivos, referentes a almoços semanais em família, reuniões em festas e finais de ano, festa que os amigos fizeram para comemorar o aniversário, inclusive com doce e refrigerante diet, ampliação do círculo de amizades, com trocas de receitas culinárias entre as pessoas, motivando as mesmas a um cuidado adequado, para poderem desfrutar ainda mais esses encontros.

Faltou apoio da família

Esta subcategoria apresentou trinta e nove relatos, todos com referência negativa. Entre os relatos apresentados, está cansaço excessivo, referente à dupla jornada de trabalho e ao cuidado que os netos requerem, pois são desobedientes. Mas as pessoas, não querendo desagradar aos filhos, assumem essa tarefa. Todas essas ocorrências foram relatadas por mulheres. O fato de não incentivarem a dieta apresentou quatorze relatos; em se tratando de uma doença crônica como o diabetes, e sendo a dieta a parte mais infringida, para um controle eficaz é de suma importância o apoio da família, ajudando a pessoa a enfrentar com mais coragem o dia a dia.

Houve relatos de recusa de familiar em caminhar junto, e as pessoas disseram que, se um familiar incentivasse e caminhasse também, todos poderiam se beneficiar desta atitude, pois a atividade física traz benefício para todos e não somente para os diabéticos. Por não terem incentivo, as pessoas acabam desanimadas e não praticam atividade física,

que é tão importante no cuidado diário. Outros relatos se referiram à mágoa que sentem pelos familiares não ajudarem nas tentativas de pararem de fumar, e por não se importarem de deixar as pessoas sozinhas em casa por tempo prolongado.

Houve briga, discussão com familiares

Esta subcategoria apresentou vinte e sete relatos, todos com referência negativa. Discussão e briga com familiares apresentou vinte e três relatos. Tais contendas ocorreram, principalmente, com irmãos, por diversos motivos, mas também com cônjuges, filhos e netos, o que gerou um grande estresse na pessoa, tornando o cuidado insuficiente. O alcoolismo apresentou quatro relatos, e os familiares envolvidos foram filhos e cônjuges que, com comportamentos agressivos e até violentos, geram conflitos e estresse na família, aumentando o risco para descontrole glicêmico. Os familiares passaram ao consumo abusivo de álcool pela perda do emprego e separação de cônjuges.

Preocupou-se com familiares

Esta subcategoria apresentou vinte e quatro relatos com referência negativa, cujos motivos foram doença e internação de familiares, que geraram estresse e preocupação, interferindo no cuidado diário. As doenças ocorreram respectivamente em filhos, irmãos e cônjuges, mostrando a grande preocupação que uma doença pode causar na vida familiar. Outros relatos foram referentes à preocupação com filhos e cônjuges que trabalham longe, têm que se levantar muito cedo, viajam ou voltam tarde para casa e, também, à preocupação pela mudança de filhos para outras cidades, pois não é sempre que podem encontrar-se, o que faz com que a preocupação aumente, podendo levar a um descuido com o diabetes.

A segunda categoria de comportamentos, alterações decorrentes da doença, apresentou oitenta e dois relatos: vinte e cinco com referência positiva e cinquenta e sete com referência negativa. As subcategorias estão descritas na seqüência.

Apresentou alterações emocionais

Esta subcategoria apresentou sessenta e dois relatos, sendo nove com referência positiva e cinquenta e três com referência negativa. Os relatos positivos foram

representados por sentimento de medo de ficar só, já que os familiares saíam para trabalhar, medo de se auto-aplicar a insulina, levando a uma dependência de outros; medo de a doença evoluir e medo de surgirem conseqüentes problemas futuros.

Foram apresentados vinte e nove relatos negativos referentes a nervosismo e preocupação. Os motivos apresentados se referiram ao nervosismo e preocupação que várias situações desencadearam, como atraso na hora de chegada dos filhos ou pelos mesmos passarem a noite fora sem comunicarem, discussão com cunhados, cônjuges, internação e acidente com filho, gravidez de filhas, preocupação com aparecimento de nódulos mamários, internação de neto, perda de emprego de familiar.

Ainda em relação ao medo, houve também relatos negativos, representados pelo medo de usar insulina, de precisar se internar, de morrer e de perder o emprego.

Sentimentos de depressão e mal-estar foram relatados por quinze pessoas, e os motivos foram a sensação de inutilidade devido à aposentadoria, indisposição, traição do marido, filha que não consegue engravidar, impacto do diagnóstico de diabetes, todos gerando dificuldades no cuidado diário..

Necessitou de orientação

Esta subcategoria apresentou quinze relatos, sendo onze com referência positiva e quatro com referência negativa. Em relação aos relatos positivos, foram citados: aprendizagem com profissionais, acesso rápido a médicos e enfermeiras do PSF, que orientam sobre cuidados diários, uso correto da medicação, importância da atividade física periódica.

Os relatos negativos foram a respeito de repreensão feita por uma médica devido a um aumento da glicemia e necessidade de troca de medicação, pois as pessoas relataram medo da mudança na terapêutica, além de um relato sobre necessidade de controle no PSF; de acordo com a pessoa, ela precisa se deslocar de sua casa, pelo menos duas vezes por semana, para ir ao PSF, que fica cerca de cinco quarteirões, perdendo muito tempo nesse deslocamento, que acarreta cansaço e necessidade de adequação nas tarefas domésticas.

Precisou internar

Esta subcategoria apresentou cinco relatos positivos, referentes à necessidade de internação, interpretada como positivo pelo fato de a pessoa estar se sentindo muito mal e a internação ter trazido melhora nesse mal estar.

A terceira categoria, práticas terapêuticas, apresentou sessenta e seis relatos: quarenta e dois com referência positiva e vinte e quatro com referência negativa, sendo as subcategorias descritas a seguir.

Aderiu/interrompeu cuidados recomendados

Esta subcategoria apresentou trinta e três relatos, sendo vinte com referência positiva e treze com referência negativa. As referências positivas se relacionaram a início de caminhada, seguimento de dieta recomendada, uso correto da medicação, massagem nos pés e pernas, repouso após atividades físicas mais extenuantes. Dois relatos considerados positivos se referiram à necessidade de parar a caminhada justificada por um bom motivo, como tomar conta de netos.

Os relatos negativos foram interrupção da atividade física devido a doenças intercorrentes, dor nas pernas, mudança de familiar que caminhava junto e adoecimento de familiar, fazendo com que as pessoas sentissem necessidade de parar com uma atividade que consideravam prazerosa, prejudicando o cuidado.

Aderiu/interrompeu dieta para diabetes

Esta subcategoria apresentou vinte e nove relatos, sendo dezoito com referência positiva e onze com referência negativa. Houve relatos positivos de pessoas que se alimentaram em excesso ou escondido; outros relatos positivos se relacionaram ao fato de as pessoas sentirem que, mesmo excedendo na alimentação, conseguem fazer a dieta quando sentem necessidade, gerando um sentimento de satisfação por poderem controlar o diabetes. O fato de se alimentarem escondido dos familiares também não lhes parece errado, pois só com a dieta recomendada continuariam se sentindo famintas.

Alguns relatos também positivos se referiram ao abuso principalmente de frituras e ingestão de carnes gordas. Outros relatos considerados positivos foram que as pessoas sabem que o diabetes é uma doença crônica, e que sempre terão que seguir as orientações, e

o fato de seguirem essas orientações apenas esporadicamente dá-lhes a sensação de poderem controlar a doença, por isso só adotam estas práticas quando acham necessário.

Os relatos negativos tiveram as mesmas referências que os positivos, mas, na opinião de algumas pessoas, isso é visto sob aspecto negativo, pois sentem que não estão agindo da forma correta.

Participa de grupos da comunidade

Esta subcategoria apresentou quatro relatos positivos, por ampliarem círculo de amizades, motivarem-se para sair de casa, aprenderem trabalhos manuais e poderem interagir com outras pessoas, melhorando a auto-estima, gerando um sentimento de auto satisfação e alegria, facilitando o cuidado.

A quarta categoria, alterações das condições econômicas, apresentou vinte e cinco relatos: nove com referência positiva e dezesseis com referência negativa. As subcategorias também estão descritas a seguir.

Alterou poder aquisitivo

Esta subcategoria apresentou sete relatos com referência negativa, pois a perda do emprego pelo familiar levou à diminuição da renda familiar, interferindo no cuidado, já que as pessoas ficaram sem poder comprar determinados alimentos e medicamentos não fornecidos pelo PSF e/ou Programa.

Teve despesa com material/medicamentos

Esta subcategoria, referente à compra de material e medicamentos, apresentou nove relatos com referência positiva e nove com referência negativa. Os relatos referentes à compra de glicosímetro e de antidiabético oral foram apresentados como positivos porque as pessoas sentiram-se mais bem dispostas com o novo medicamento; os relatos referentes à necessidade de comprar seringas com agulhas mais finas que as fornecidas pelo PSF ou Programa, foram citados com referência positiva, pois as aplicações de insulina são menos dolorosas com agulhas mais finas, e com referência negativa, porque as pessoas consideraram que, se o PSF fornecesse seringas com agulhas mais finas, elas poderiam usar o dinheiro para a compra de frutas, por exemplo.

Outros relatos com referência negativa foram a necessidade de adquirir medicamentos em falta e materiais não fornecidos pelo PSF nem pelo Programa, ocasionando um aumento não previsto da despesa, levando a um cuidado deficiente com o diabetes.

5.2.3) Consequências

Os 226 incidentes críticos relatados resultaram em 389 **consequências**, sendo 163 com referência positiva (41,9%) e 226 com referência negativa (58,1%).

As consequências também foram distribuídas nas quatro categorias: 141 (36,2%) para alterações na família / amigos; 151 (38,8%) para alterações decorrentes da doença; 73 (18,8%) para práticas terapêuticas e 24 (6,2%) para alterações das condições econômicas. As distribuições de cada categoria encontram-se na tabela 7.

Tabela 7 Número de categorias e subcategorias de consequências extraídas dos incidentes críticos, com polaridade positiva e negativa, relatadas pelas pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2. Passos - MG, 2005

Categorias / subcategorias	Positivas	Negativas	Total
Alterações na família / amigos			
• Apoio familiar	51	36	87
• Problemas familiares	-	46	46
• Preocupação com filhos	-	08	08
Subtotal	51	90	141
Alterações decorrentes da doença			
• Alterações no estado de saúde	37	99	136
• Necessidade de orientação	15	-	15
Subtotal	52	99	151
Práticas terapêuticas			
• Adesão à dieta para diabetes	33	10	43
• Atividade física	18	12	30
Subtotal	51	22	73
Alteração das condições econômicas			
• Gastos com material / medicamentos	04	04	08
• Alterações no poder aquisitivo	05	11	16
Subtotal	09	15	24
TOTAL	163	226	389

A seguir, serão descritas as subcategorias referentes à categoria alterações na família/amigos, com uma frequência de cento e quarenta e um relatos, sendo cinquenta e um com referência positiva e noventa com referência negativa.

Apoio familiar

Esta subcategoria apresentou oitenta e sete relatos, sendo cinquenta e um com referência positiva e trinta e seis com referência negativa. Relatos de que os familiares aprenderam técnica de insulina tiveram referência positiva e negativa. Entre os relatos positivos, estão o bem estar que as pessoas sentiram pelo fato de serem os familiares que se dispuseram a aprender a técnica, para que essas pessoas não precisassem sair de casa, já que os próprios diabéticos não tinham coragem para realizar a auto aplicação.

Houve também referências positivas quanto ao comparecimento ao retorno médico, cujos motivos apresentados foram a lembrança de familiares, que não deixam as pessoas se esquecerem e, também, a conscientização da importância dos retornos periódicos às consultas médicas. Maior união da família apresentou oito relatos positivos. As pessoas referiram que, após o desenvolvimento do diabetes ou necessidade de internação, as famílias se tornaram mais unidas, mais coesas, ajudando-as a assumirem os cuidados necessários com o diabetes de uma forma menos sofrida.

Relatos de proteção e apoio da família apresentaram trinta referências positivas. Todos os relatos foram pertinentes a atitudes que os familiares tiveram, percebidas pelas pessoas como afeto, proteção, proporcionando-lhes bem-estar, com a certeza de serem queridas, aceitas e cuidadas pela família.

Em relação aos relatos negativos, os mesmos se referiram à sensação de trabalho excessivo que dão aos familiares, que se viram forçados a aprender a técnica de aplicação da insulina pela incapacidade das pessoas diabéticas se auto aplicarem.

Outros relatos com referência negativa demonstraram que a falta de apoio percebido pelas pessoas com diabetes resultou em consequências negativas, como nervosismo, tristeza, ansiedade, dificultando o cuidado adequado. Essa falta de apoio foi referente a discussões por causa da restrição alimentar, recusa de familiar em participar de grupos de orientação, discussão devido a início da insulino terapia, culpando a pessoa diabética pela mudança na terapêutica medicamentosa.

Outro relato negativo foi que a pessoa sentia-se vigiada o tempo todo pelos familiares, sem liberdade para ter uma vida normal.

Problemas familiares

Esta subcategoria apresentou quarenta e seis relatos, todos com referência negativa. Com vinte e oito relatos negativos, a falta de compreensão dos familiares foi referida quando as pessoas, por não aderirem à terapêutica dietética, ou quando, por não estarem se sentindo bem, se deitaram durante o dia ou atrasaram o jantar, enfim, não realizaram as tarefas costumeiras e os familiares acreditaram ser exagero, manha, preguiça, causando desapontamento nas pessoas e sensação de não serem compreendidas.

Discussão com familiares apresentou treze relatos, e todas as pessoas disseram que essas discussões geraram tensão muito grande, levando a um desgaste físico e emocional e, conseqüentemente, interferindo no cuidado diário. Houve relatos de alteração no quadro depressivo, com cinco referências, sendo que em um dos relatos o quadro depressivo melhorou e, em quatro, piorou, interferindo no cuidado.

Preocupação com filhos

Esta subcategoria apresentou oito relatos com referência negativa. Os motivos relatados foram a realização e fim de casamento de filhos, desemprego e doenças, dificultando o cuidado, devido ao aumento da preocupação com os filhos, levando as pessoas a priorizarem o cuidado com os mesmos.

A segunda categoria, alterações decorrentes da doença, apresentou cento e cinquenta e um relatos, sendo cinquenta e dois com referência positiva e noventa e nove com referência negativa, com as subcategorias descritas abaixo.

Alterações no estado de saúde

Esta subcategoria apresentou cento e trinta e seis relatos, sendo trinta e sete com referência positiva e noventa e nove com referência negativa. Os relatos positivos se relacionaram a alteração na glicemia, com obtenção de controle glicêmico e episódios de hipoglicemia, todos conseqüentes a situações positivas; esses mesmos motivos receberam

também referência negativa por doze pessoas. Outros relatos se referiram ao controle glicêmico, que apresentou onze relatos com referência positiva e nove com referência negativa. Entre os relatos positivos, as pessoas disseram que o controle glicêmico melhorou e, por isso, passaram a apresentar maior disposição para as tarefas, mais ânimo, confiança, enfim, mais disposição para se cuidarem e enfrentarem as situações que se lhes apresentaram.

Alteração no peso corporal recebeu referência positiva e negativa. Os relatos positivos foram pela diminuição do peso corporal e os negativos, foram de ganho de peso, devido principalmente à alimentação excessiva. Necessidade de internação também recebeu referência positiva e negativa. Nos relatos positivos, as pessoas disseram que a necessidade de internação não foi uma experiência agradável e, para que isto não ocorra novamente, decidiram adotar um estilo de vida mais saudável.

Os relatos considerados negativos foram conseqüentes a situações negativas, que as pessoas não conseguiram enfrentar, e acabaram tendo que se internar e, também, porque a internação foi necessária após anos de diagnóstico, sendo descrito como incapacidade de se cuidar de maneira adequada. Aumento de glicose e pressão arterial apresentou maior número de referências negativas, num total de cinquenta e quatro relatos. Os motivos apresentados com maior frequência foram conseqüentes à preocupação com filhos, discussões com familiares, doença intercorrente, afastamento de familiares, todos trazendo como conseqüência o aumento da glicose e/ou da pressão arterial.

Medo da piora da doença apresentou seis relatos com referência negativa, demonstrando que essas pessoas têm conhecimento da importância do controle adequado, mas, quando não conseguem enfrentar determinada situação negativa, esse medo aparece, podendo dificultar o cuidado diário.

Início de insulinoterapia apresentou quatro relatos com referência negativa, pois as pessoas encararam desta forma quando houve mudança no esquema terapêutico, do antidiabético para a insulina, sentindo que o quadro da doença piorou e que, por isso, precisaram usar a insulina.

Outros relatos negativos foram aumento do cansaço físico e parestesia nos dedos, com as pessoas tendo consciência que essas são manifestações de aumento da glicose, o

que fez com que a preocupação pela piora do estado geral aumentasse, dificultando, ainda mais, o cuidado, pois se sentiram incapazes de se autocuidarem.

Necessidade de orientação

Esta subcategoria apresentou quinze relatos com referência positiva. Os relatos apresentados se relacionaram à aprendizagem sobre hipoglicemia, nos quais as pessoas referiram se sentir mais seguras e confiantes no cuidado diário, pois aprenderam sobre causas, prevenção e tratamento da hipoglicemia, não tendo mais apresentado nenhum episódio após a orientação recebida.

Houve relatos de aprendizagem sobre complicações. As pessoas informaram que, sabendo das complicações que o diabetes pode trazer, a melhor maneira de evitá-las ou postergar seu desenvolvimento é prevenindo, e aprenderam isso nas reuniões de que participaram.

Para outras pessoas, o fato de aprenderem sobre as complicações causou desânimo e diminuição do desejo de se cuidarem. Outros relatos foram em relação à dieta, que não a seguiam corretamente por falta de esclarecimento sobre a mesma. A partir do momento em que obtiveram as informações, ficou mais fácil seguir as recomendações dietéticas.

Um relato foi sobre a auto-aplicação de insulina, considerada com referência positiva, por se sentir apto a se autocuidar, não dependendo de outras pessoas. Em um dos relatos, a pessoa sentiu-se pressionada à aprendizagem sobre auto-aplicação de insulina, devido à doença de sua irmã, que era a responsável pela aplicação. Outro relato positivo foi sobre a troca de medicação, devido a uma tentativa do médico para não iniciar a insulino terapia, pois a pessoa estava com dificuldade para controlar com o antidiabético usado há mais tempo.

A terceira categoria, práticas terapêuticas, apresentou setenta e três relatos: cinquenta e um com referência positiva e vinte e dois com referência negativa, sendo as subcategorias descritas a seguir.

Adesão à dieta para diabetes

Esta subcategoria apresentou trinta e três relatos positivos e dez negativos. Entre os relatos com referência positiva, está a adoção da dieta recomendada também pela família, melhoria na alimentação, encarado como positivo porque as pessoas se conscientizaram da importância do seguimento da dieta correta. Outros relatos se relacionaram ao não seguimento da dieta, sendo considerados positivos por algumas pessoas que disseram conseguir um controle satisfatório, mesmo sem aderir totalmente à dieta recomendada.

Entre os relatos negativos, estão o consumo de verduras plantadas em casa, uso de produtos diet e dieta rigorosa, vistos como negativos porque as pessoas enfrentaram situações negativas, encarando essas práticas como obrigação. Outros relatos negativos foram devido à dificuldade das pessoas seguirem a dieta, mesmo sabendo da importância disso, e não adesão à dieta pela família, dificultando o cuidado.

Atividade física

Esta subcategoria apresentou dezoito relatos com referência positiva e doze com referência negativa, num total de trinta referências. Nos relatos positivos, a atividade física foi considerada uma vitória sobre um descontrole glicêmico, com uma consciência maior do próprio comportamento para a obtenção do controle, levando inclusive à diminuição da dor e edema nas pernas. Houve também relatos de caminhadas esporádicas, sendo vistas como positivo pois consideram ser mais saudável caminhar às vezes do que não caminhar. Relatam não caminhar diariamente por falta de tempo ou preguiça.

Nos relatos negativos, as pessoas aderiram à atividade física mais como uma obrigação, não pela conscientização, relatando não terem percebido melhora no estado geral devido à caminhada. Dez relatos negativos foram devido à necessidade de parar com a caminhada, indicando que as pessoas sentiram falta dessa atividade, mas não conseguiram mantê-la, porque começaram a trabalhar, a cuidar de netos, de familiares e, também, por falta de companhia, o que pode prejudicar o cuidado diário.

A quarta categoria, alterações das condições econômicas, apresentou vinte e quatro relatos, sendo nove com referência positiva e quinze com referência negativa. As subcategorias estão descritas a seguir.

Gastos com material / medicamentos

Esta subcategoria apresentou quatro relatos com referência positiva e quatro com referência negativa. Entre os relatos positivos, está a compra de glicosímetro juntamente com familiar, com a pessoa passando a fazer o controle glicêmico em casa, proporcionando-lhe maior segurança e independência. Necessidade de compra de medicamento em falta no PSF foi considerado positivo porque a pessoa conseguiu comprá-lo por meio de economias que fez; houve relatos positivos pelo fato de adquirirem a medicação necessária no PSF, não tendo despesas com a mesma.

Os relatos negativos foram o fato de as pessoas não terem condições de comprar o medicamento necessário, pois a despesa foi maior que a prevista. Uma pessoa relatou a necessidade de pedir ao farmacêutico, que é seu amigo, prazo para pagamento do medicamento adquirido, sentindo-se envergonhada por isso.

Alterações no poder aquisitivo

Esta subcategoria apresentou dezesseis relatos, sendo cinco positivos e onze negativos. Nos relatos com referência positiva, as pessoas sentem-se agradecidas pelo fornecimento de cesta básica pela Igreja, mas preocupadas porque essa é uma atividade temporária, não sabendo o que fazer após o término do prazo estabelecido. Foram positivos também relatos de melhoria no poder aquisitivo por novos empregos de filhos e cônjuges, o que pode facilitar o cuidado, pela possibilidade de compra de alimentos diversificados.

A diminuição do poder aquisitivo foi considerada negativa, pois essas pessoas estão se privando de passeios e atividades recreativas devido a aposentadoria e perda do emprego, sendo motivo de geração de estresse e depressão, levando a uma diminuição do cuidado diário.

5.3) Características das pessoas do estudo com bom controle glicêmico

Sabe-se que são vários os fatores que influenciam a obtenção e manutenção de um controle glicêmico adequado. Como já citado, na entrevista para obtenção dos incidentes críticos, foi solicitado a cada pessoa que pensasse sobre os cuidados com o diabetes, e que

relatasse situações positivas e negativas ocorridas, envolvendo os familiares, os comportamentos e consequências advindas, relacionadas ao cuidado.

Entre as pessoas participantes deste estudo, 17 apresentaram bom controle glicêmico. O quadro 2 mostra algumas características sócio-demográficas e clínicas destas pessoas, o apoio familiar e a quantificação de cada incidente crítico relatado pelas pessoas com referência positiva e negativa.

Quadro 2 Características das 17 pessoas participantes no estudo que apresentaram bom controle glicêmico. Passos-MG, 2005

Pessoa	Sexo	Idade	IMC ¹	Anos de diagnóstico	Presença de complicação	Motivo de internação	Apoio familiar	
							IC +	IC -
1	Masc	55	22,54	2	Não	-	3	1
2	Fem	70	30,91	3	Não	-	4	1
3	Fem	50	22,27	10	Não	-	1	3
4	Fem	45	24,09	8	Não sabe	Hiperglicemia	2	1
5	Masc	56	24,74	2	Não	-	3	1
6	Masc	43	21,82	3	Não	Hiperglicemia	3	2
7	Fem	66	28,31	6	Não	-	2	1
8	Fem	57	33,79	1	Não	-	2	4
9	Fem	62	28,10	7	Não	-	2	1
10	Masc	59	27,65	9	Não	-	3	5
11	Fem	55	24,38	3	Não	-	2	0
12	Fem	58	27,84	20	Retinopatia	Hiperglicemia	3	2
13	Masc	52	26,72	1	Não	-	4	1
14	Fem	64	28,84	15	Não	-	3	1
15	Masc	62	29,60	2	Não	-	3	2
16	Fem	53	23,52	9	Não	-	2	1
17	Fem	40	26,39	8	Não	-	2	4

¹ IMC: Índice de Massa Corporal

Como demonstrado no quadro 2, dezessete pessoas apresentaram bom controle glicêmico; destas, treze relataram situações positivas em maior número que negativas, podendo indicar que o apoio familiar, para essas pessoas, é importante para manter um controle adequado do diabetes. Em contrapartida, quatro pessoas relataram situações negativas em maior número que positivas, podendo indicar que, apesar do pequeno apoio oferecido pelos familiares, elas conseguem conviver de maneira satisfatória com o diabetes.

Entre essas pessoas, onze são do sexo feminino e seis do masculino, idade média de 55,7 anos. Oito pessoas têm entre um a cinco anos de diagnóstico do diabetes, com média de 6,41 anos de diagnóstico.

Em relação ao índice de massa corporal, sete pessoas apresentaram-se com o peso dentro dos limites normais, e as restantes estão em sobrepeso ou obesas.

Quanto ao tratamento seguido, cinco pessoas referem seguir dieta e uso de antidiabético oral, quatro seguem dieta, atividade física e uso de insulina, três seguem tratamento não medicamentoso. As demais seguem a dieta e uso de insulina; dieta, atividade física e antidiabético oral; só antidiabético oral; só insulina; e dieta, atividade física, antidiabético oral e insulina.

5.4) Características das pessoas do estudo com mau controle glicêmico

Entre as pessoas participantes deste estudo, 20 apresentaram mau controle glicêmico. O quadro 3 mostra algumas características sócio-demográficas e clínicas destas pessoas, assim como o apoio familiar e a quantificação de cada incidente crítico relatado por elas com referência positiva e negativa.

Quadro 3 Características das pessoas participantes no estudo que apresentaram mau controle glicêmico. Passos-MG, 2005

Pessoa	Sexo	Idade	IMC ¹	Anos de diagnóstico	Presença de complicação	Motivo de internação	Apoio familiar	
							IC +	IC -
1	Fem	63	25,62	17	Não	-	2	6
2	Fem	52	23,59	3	Não	-	1	6
3	Fem	55	29,29	4	Não	Hiperglicemia	3	1
4	Fem	57	21,72	10	Retinopatia	Hiperglicemia	3	2
5	Fem	43	22,89	15	Não	Hiperglicemia	1	5
6	Fem	38	26,56	3	Não	-	2	5
7	Masc	56	23,88	6	Não	Hiperglicemia	3	2
8	Masc	67	23,47	11	Não	Hipoglicemia	4	1
9	Fem	43	26,98	4	Não	-	2	0
10	Fem	46	28,44	12	Nefropatia	Hiperglicemia	1	4
11	Fem	67	25,70	3	Não	-	2	1
12	Fem	65	22,27	3	Não	-	1	2
13	Fem	38	26,44	4	Não	-	1	5
14	Fem	69	30,09	8	Não	-	2	5
15	Masc	51	20,08	6	Não	Hiperglicemia	2	1
16	Masc	68	21,96	13	Cardiopatia	-	2	1
17	Masc	58	27,98	5	Retinopatia	Hiperglicemia	2	1
18	Fem	52	33,09	16	Não	-	2	5
19	Fem	63	31,89	18	Não	Hiper/hipoglic.	1	6
20	Fem	44	32,61	9	Não	-	0	4

¹ IMC: Índice de Massa Corporal

Em relação às vinte pessoas que apresentaram mau controle glicêmico, quinze são mulheres e cinco homens. Para esse grupo, a média de idade foi de 54,75 anos, e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus foi de 8,5 anos em média, com oito pessoas referindo 1 a 5 anos de diagnóstico.

Quanto ao apoio familiar recebido, nove pessoas referiram situações positivas em maior número que negativas, e onze relataram situações negativas em maior número que as positivas.

Percebe-se que o número de incidentes críticos com referência positiva foi semelhante entre as pessoas com bom e mau controle glicêmico, respectivamente, 44 e 37. Mas, em relação aos incidentes críticos com referência negativa, o número de relatos apresentados pelas pessoas com bom controle foi bastante inferior aos relatados pelas que apresentaram mau controle, respectivamente 31 e 63, podendo inferir que o apoio da família é importante no cuidado a essas pessoas.

Sobre o índice de massa corporal, oito pessoas apresentaram-se com o peso dentro do limite e as restantes estão em sobrepeso ou obesas.

Quanto ao tratamento seguido, quatro pessoas referem utilizar apenas insulina; quatro, seguir dieta e uso de insulina; três, dieta e antidiabético oral; duas, atividade física e uso de insulina; duas, utilizam apenas antidiabético oral e duas seguem dieta, atividade física e antidiabético oral. As demais referem atividade física e antidiabético oral; dieta, atividade física e uso de insulina; e uso de antidiabético oral e insulina. Ressalta-se que nenhuma delas segue tratamento não medicamentoso.

É importante ressaltar que, entre essas pessoas, nove já foram internadas principalmente por hiperglicemia, e quatro referem presença de complicação crônica devido ao diabetes. Entre as pessoas com bom controle glicêmico, uma referiu presença de complicação, uma não soube informar e três já estiveram internadas, devido à hiperglicemia.

6 DISCUSSÃO

A discussão será realizada na mesma sequência da apresentação dos resultados. Inicialmente, será discutida a caracterização da população do estudo em relação às variáveis sócio-demográficas, tempo de diagnóstico, tratamento realizado, presença de complicações, número e motivos de internações, índice de massa corporal e resultado da última glicemia de jejum.

A seguir, os incidentes críticos positivos e negativos, com a descrição dos elementos que os compõem, ou seja, situações, comportamentos e consequências.

6.1 Caracterização da população do estudo

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que 72,5% das pessoas do estudo são do sexo feminino. É interessante observar que estudos envolvendo pessoas com diabetes (FERRAZ, 1995; BICUDO, 1997; ROSSI; PACE, 2003; DAMASCENO, 2005; GILMER et al., 2005), também encontraram na caracterização da população, maior frequência de pessoas do sexo feminino, merecendo um estudo de gênero para a compreensão deste comportamento.

Estudo realizado por Feliciano (1997) sobre a demanda por doenças crônico-degenerativas em uma Unidade de Saúde no município de São Carlos – SP apontou que 87,1% das pessoas atendidas foram do sexo feminino. Este dado pode indicar que, de maneira geral, as mulheres procuram mais por assistência nos serviços de saúde do que os homens.

Este fato pode refletir um viés de demanda, pois os resultados de estudos de prevalência do diabetes tipo 2 (CENEPI, 1992; MALERBI; FRANCO, 1992) apontaram a mesma grandeza em homens e mulheres.

A literatura aponta que, para a população geral, o risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 aumenta após os 40 anos de idade, tendo uma elevação mais aguda na sexta década (TEIXEIRA; MACHADO, 1999; SBD, 2002; ZIMMERMAN; WALKER, 2002). Neste estudo, a média de idade das pessoas entrevistadas foi de 55,1 anos.

A idade pode ser uma das barreiras para adesão ao tratamento das doenças crônicas. Com o avanço da idade, ocorrem alterações cognitivas e funcionais, interferindo na

captação de informações, mobilidade física corporal, autocuidado (DAMASCENO, 2005; PACE et al., 2005) e uso correto de medicamentos.

É sabido que o apoio da família é um grande facilitador da adesão ao tratamento em casos de doença crônica, pois representa um fator importante no cuidado da pessoa. O fato de 66,7% da população desse estudo ser composta de pessoas casadas, pode representar um fator positivo, uma vez que pelo menos um membro da família poderá ser envolvido no cuidado.

O conhecimento das relações entre uma doença no adulto e relacionamento familiar tem levado alguns pesquisadores a desenvolverem ou modificarem intervenções focadas na pessoa, para incluírem no cuidado um familiar dessa pessoa, mais comumente o cônjuge (MARTIRE et al., 2004).

O estudo de Bicudo (1997), envolvendo pessoas diabéticas com mais de 40 anos de idade, identificou que a falta de adesão ao tratamento ou controle insuficiente do diabetes geralmente encontram-se associados a problemas de baixo suporte social familiar.

Quanto à escolaridade, trinta e nove pessoas (76,5%) referiram ensino fundamental incompleto e, destas, vinte e quatro referiram um a três anos de escolaridade. Ressalta-se que sete pessoas (13,7%) declararam nunca ter freqüentado a escola, dados semelhantes aos estudos de Motta (1998), Scapim (2004) e Damasceno (2005).

O desenvolvimento do diabetes independe da escolaridade, podendo acometer igualmente pessoas de todos os níveis socioeconômicos. Porém, de acordo com Rossi e Pace (2003), devido à complexidade das instruções e/ou informações que essas pessoas precisam obter, este é um dado preocupante, pois, à medida que aumenta a complexidade da terapêutica, o grau de controle metabólico tende a piorar, o que contribui para o agravamento do diabetes.

Estudo realizado entre pacientes com diabetes tipo 2, com a finalidade de descrever fatores que pudessem interferir no conhecimento, identificou que idade, sexo, anos de escolaridade, tempo de tratamento, função cognitiva e nível de depressão podem influenciar o conhecimento sobre o diabetes (MURATA et al., 2003).

A idade avançada, associada ao baixo nível educacional, reflete no comportamento da pessoa, podendo dificultar a adesão ao tratamento (OMS, 2003). Estes dados devem ser

considerados, pois as pessoas deste estudo apresentaram baixa escolaridade e média de 55,1 anos de idade, o que pode dificultar o entendimento das orientações recebidas.

Em relação à atividade remunerada, encontraram-se 52,9% de pessoas que não trabalham, o que pode ser atribuído ao fato dessa população ser composta por grande parte de mulheres, que continuam sendo vistas como “donas de casa”, condição também encontrada em estudos conduzidos por Bicudo (1997) e Damasceno (2005).

A pessoa que se mantém ativa pode obter satisfação pessoal, uma vez que a atividade empresta significado à existência, podendo ainda contribuir para a ocorrência de interação social significativa, favorecendo a saúde física e mental, contribuindo para a redução do estresse e da depressão (KINDER et al., 2002).

Outro fator que merece ser destacado é em relação à renda familiar dessa população, referida por 39,2% das pessoas sendo de um a dois salários mínimos. Este é um fato que deve ser considerado, pois sabe-se que a condição socioeconômica de uma população interfere na situação de saúde e doença da pessoa (SILVA et al., 1996).

O baixo nível socioeconômico dificulta o tratamento dietético adequado e o uso regular da medicação prescrita (SOUZA et al., 1997; DAVIS et al., 2005), como também o acesso aos materiais necessários.

Quanto ao tempo de diagnóstico do distúrbio, 45,1% das pessoas deste estudo encontram-se no primeiro período da doença. De acordo com Zimmerman e Walker (2002), a incidência de complicações crônicas depende da duração e do grau de controle da doença. Entretanto, deve-se considerar que é difícil determinar com exatidão a duração do diabetes tipo 2, pelo período assintomático do mesmo antes do diagnóstico, não sendo rara a presença de complicações quando se estabelece o diagnóstico do diabetes.

Em relação ao índice de massa corporal, conforme demonstrado na tabela 2, encontraram-se vinte e uma pessoas (41,2%) com o peso corporal dentro dos limites normais, e as restantes (58,8%) em sobrepeso ou obesas.

A relação entre obesidade e diabetes é conhecida há muito tempo, desde as mais antigas descrições sobre a doença. É desejável que a pessoa com diabetes tipo 2 esteja próxima de seu peso ideal pois, com a redução deste, observa-se diminuição da hiperglicemia, hiperlipidemia, hipertensão arterial e proteinúria (ALMEIDA, 1997; MILECH, 1998; ADA, 2002; 2005).

De acordo com a SBD (2000) e Ciock (2004), reduções de 5 a 10% do peso corporal estão associadas à melhora significativa nos níveis pressóricos e nos índices de controle metabólico, e reduzem a mortalidade relacionada ao diabetes.

Neste estudo, somente quatro pessoas referiram seguir tratamento não medicamentoso. Os profissionais de saúde poderiam incentivar outras pessoas a essa prática, por meio de ações educativas principalmente voltadas à atividade física e alimentação.

Guimarães (2001) refere que, como um dos principais objetivos do tratamento do diabetes é a obtenção de um controle metabólico adequado, os profissionais de saúde podem, às vezes, priorizar a utilização do tratamento medicamentoso, visando este controle.

Sabe-se que, em casos de diabetes tipo 2, o tratamento medicamentoso é iniciado, geralmente com antidiabético oral, quando a pessoa não consegue atingir os níveis glicêmicos desejados somente com dieta e atividade física. No presente estudo, 23,5% das pessoas utilizam antidiabético oral como forma de tratamento.

Estudo realizado pelo Diabetes Control Complications Trial (DCCT, 1993) mostrou que a pessoa bem orientada pode optar pelo tratamento adequado ao seu estilo de vida, modificando-o quando necessário, obtendo, assim, uma melhor qualidade de vida.

Motta (1998) encontrou em seu estudo com mulheres diabéticas tipo 2, a indicação do uso de antidiabético oral em 89,2% das participantes, desde o momento do diagnóstico.

Na escolha do tratamento, devem-se considerar a idade e sexo da pessoa, atividade física, padrões de alimentação, situação social, econômica e personalidade, fatores culturais e presença de complicações do próprio diabetes ou outras condições médicas (ADA, 2004; CIOCK, 2004), em associação entre a pessoa, família e equipe de saúde.

Quando questionadas sobre a presença de complicações devido ao diabetes, sete pessoas (13,7%) afirmaram ter desenvolvido alguma complicação, sendo que a relatada com mais frequência foi a diminuição da acuidade visual, seguida de queixas em membros inferiores.

Pedrosa (2003) refere que o diagnóstico tardio é um problema relevante, pois 50% das pessoas com diabetes tipo 2 desconhecem a doença e só a descobrem quando já apresentam complicações em variados estágios de evolução.

De acordo com a ADA (2005), as complicações crônicas surgem no decorrer da vida da pessoa com diabetes, sendo que seu desenvolvimento está estreitamente relacionado ao controle metabólico. No diabetes tipo 2, o diagnóstico frequentemente não é realizado até que complicações apareçam, e aproximadamente um terço de todas as pessoas com diabetes pode não ser diagnosticado.

Estudo realizado pelo UKPDS (1998) ressalta que a pessoa com diabetes, quando recebe apoio contínuo e seguimento adequado por equipe multiprofissional, consegue efetivamente reduzir a progressão das complicações crônicas.

Para as pessoas com diagnóstico recente, é importante a prevenção do aparecimento de complicações agudas e crônicas e o retardo da progressão da doença.

Outra indagação feita aos participantes foi sobre a necessidade de internação devido ao diabetes, obtendo-se dezesseis pessoas (31,4%) que responderam afirmativamente. O motivo referido com maior frequência foi hiperglicemia (81,2%) como causa isolada ou associada à hipoglicemia (12,5%) e hipertensão arterial (6,3%).

Em relação ao controle glicêmico, vinte pessoas (39,2%) apresentaram mau controle (tabela 4). De acordo com Ferreira e Chimoka (2004), a adesão ao tratamento do diabetes requer medidas de controle da doença por parte das pessoas, além da qualidade das informações dadas pelos profissionais da saúde. Ambos devem ocorrer em conjunto para a obtenção de um resultado satisfatório.

Holmström e Rosenqvist (2005) encontraram em seu estudo somente 34% de pessoas com bom controle. Para eles, esse pobre controle pode ser devido à instrução ineficaz, falta de adesão da pessoa e ausência de suporte. Os profissionais da saúde precisam reconhecer a importância da educação do paciente, apesar do baixo entendimento das orientações, recomendação feita também pela OMS (2003).

Mesmo sabendo que um controle glicêmico é essencial para o tratamento do diabetes, muitas pessoas não realizam nenhum tipo de auto-monitorização, seja por fatores psicológicos, sociais ou econômicos (BRASIL. MS, 2002).

Apenas conhecer o diabetes e ter “vontade” de mudar de vida não é suficiente. Portanto, urge adotar medidas mais diretas de modificação de padrões de comportamento relacionados aos hábitos de cuidar da saúde.

O grau e duração do mau controle glicêmico são grandes fatores de risco para complicações microvasculares. Com o controle glicêmico, os riscos de ocorrência da cetoacidose diabética ou do coma hiperglicêmico hiperosmolar não cetótico são marcadamente reduzidos, assim como os riscos de desenvolvimento ou progressão da retinopatia diabética, nefropatia e neuropatia (DCCT, 1993; UKPDS, 1998; ADA, 2002).

O fato de 45,1% das pessoas deste estudo encontrarem-se no primeiro período da doença e 39,2% terem apresentado mau controle glicêmico pode indicar a necessidade de orientação a essas pessoas de forma clara, simples e contínua, podendo facilitar a obtenção do controle glicêmico e postergar o desenvolvimento de complicações.

6.2 Análise dos incidentes críticos positivos e negativos segundo as situações, comportamentos e consequências

Para subsidiar a discussão dos relatos dos incidentes críticos, utilizou-se a classificação de Helgeson (2003), que considera três componentes do suporte social, conforme descrito na metodologia.

De acordo com a literatura, o suporte ou apoio emocional pode ter origem nos membros da família, amigos, grupos da comunidade ou profissionais. Independente da fonte, sempre é visto como útil. Pode referir-se à presença de uma pessoa disponível para ouvir, cuidar, preocupar-se, simpatizar, demonstrar confiança, afeição, amor, sendo considerado um importante recurso para o enfrentamento de uma situação de estresse, no caso de uma doença crônica como o diabetes mellitus (TOLJAMO; HENTINEN, 2001b; HELGESON, 2003).

Segundo Sonobe (2001), enquanto a pessoa com uma doença crônica trava uma luta tentando lidar melhor com o estresse, a família tem um papel importante apoiando ou não as mudanças que ocorrem com ela, seja evitando fontes desnecessárias de estresse ou ajudando-a no seu enfrentamento.

A presença de uma doença crônica na família afeta a saúde e bem estar de todos os seus membros, e pode reduzir a habilidade dessa família no enfrentamento de outras necessidades.

Para Bielemann (2003), a família é onde os membros interagem, trocam informações e, ao identificarem um problema de saúde, apóiam-se mutuamente e empenham-se na busca de soluções.

Neste estudo, os suportes emocional, instrumental e de informação às vezes se apresentam de forma explícita, outras vezes um interfere no outro. Por isso, optou-se em discutir cada uma das categorias para situações, comportamentos e conseqüências, de acordo com a classificação proposta por Helgeson (2003).

6.2.1 Incidentes críticos: elemento situações

As **situações**, que compreendem o primeiro elemento dos incidentes críticos, referem-se aos fatos ou circunstâncias que levaram a pessoa a manifestar determinados comportamentos.

As freqüências de relatos com referência positiva e negativa foram similares, aproximadamente 50% para cada um, freqüências diferentes das encontradas por outros autores, que ficaram em dois terços de relatos negativos e um terço de positivos (NOGUEIRA, 1988; HAYASHIDA, 1997; VALSECCHI, 1999; SONOBE, 2001).

As situações serão analisadas de acordo com cada categoria, seguindo a classificação de Helgeson (2003) para suporte social.

Alterações na família / amigos

Considerando o suporte emocional de acordo com Helgeson (2003), identificou-se que as situações apresentadas nesta categoria possuem um forte componente emocional. Relatos a respeito de preocupação com filhos, doença e morte na família, mudança de filhos com afastamento de netos e alcoolismo tiveram todos referência negativa.

A polaridade negativa atribuída às subcategorias – preocupação com filhos, doença/morte de familiares, composição familiar e alcoolismo – pode indicar os possíveis fatores que interferem no cuidado do diabetes, ou como a doença pode interferir na vida familiar.

O maior número de relatos negativos foi referente à preocupação com filhos, com 37 referências. Isto pode ser devido ao fato de que a população deste estudo tenha sido composta por 72,5% de mulheres. Esta preocupação encontra-se subentendida nas falas:

“teve uma vez, meu filho caçula chegou em casa mais de dez hora da noite, não tinha avisado nada que ia atrasar, daí, fiquei muito nervosa, não consegui nem jantar...” (participante 6).

“meu filho tá internado numa clínica, sabe, ele mexe com droga... tem 5 mês que não consigo controlar a diabete, ando muito preocupada com ele, nem fui ver ele, senão não vou agüentar” (participante 8).

De acordo com Motta (1998), as mulheres expressam particular preocupação com os filhos e familiares, principalmente em casos de adoecimento, por fazer parte do papel social da mulher, que toma para si a responsabilidade de cuidar e de manter a unidade familiar, apesar de sua doença e da limitação física que ela lhe possa provocar.

Em relação ao desenvolvimento de doença ou morte de familiares, Penna e Pinho (2002) relatam que sentimentos de sofrimento e perda sempre estão presentes entre pessoas diabéticas. Para Dias, Wanderley e Mendes (2002), a família tem um papel fundamental, que é enfrentar a doença, colocando-se a serviço do bem-estar do doente. Deve haver muita compreensão, controle da situação, ajuda mútua, combate aos medos e ao isolamento que a doença pode trazer.

Nota-se a importância do apoio familiar, reuniões/confraternizações com familiares pelo número de relatos com referência positiva, reforçando o papel da família no cuidado do diabetes.

A existência de comunicação e cooperação no meio familiar é fator importante no enfrentamento da condição crônica. O ambiente familiar é influenciado por toda a dinâmica do diabetes mellitus, e a pessoa com diabetes requer apoio de sua família, para que possa ajudá-la com relação à doença (BICUDO, 1997).

Para Bicudo (1997), o suporte social familiar junto à pessoa com diabetes pode favorecer ou impedir o alcance de um ótimo controle glicêmico. Os conflitos familiares, a união e a afetividade encontram-se associados à adesão do paciente ao tratamento e ao controle glicêmico.

O alcoolismo relatado por quatro pessoas com referência negativa reflete o quanto esse vício afeta a vida familiar, causando discussões, desavenças, estresse físico e emocional, podendo levar a um descuido com o diabetes. Sonobe (2001) relata que o alcoolismo constitui um grave problema de saúde pública tanto em nível nacional quanto

internacional. No Brasil, apesar de não se poder generalizar devido às diversidades geográficas, socioeconômicas e culturais, a prevalência encontrada para essa doença oscila entre 3 e 6%.

Wang e Fenske (1996) relatam que há muito já se sabe que a família e amigos influenciam de maneira positiva no seguimento do tratamento, dieta e participação em programas de exercícios.

Neste estudo, as pessoas relataram fatos com referência positiva quando, de alguma forma, sentiram-se apoiadas pelos familiares e, com referência negativa, quando esse apoio não foi percebido, como pode ser percebido pelas falas abaixo:

“minha neta começou a andar comigo, porque viu que sozinho eu não ia mesmo. Ela é alegre, vai contando o que acontece na escola, é muito bom” (participante 43).

“queria que meu marido fosse comigo no médico para o doutor falar pra ele do que posso comer, ele acha que é enjoamento meu... mas ele não vai” (participante 25).

De acordo com Camarano (2003), o fato de partilhar o espaço físico possibilita também o compartilhamento da renda, dos cuidados domésticos e médicos, o cuidado com as crianças, enfim, acredita-se que os arranjos familiares afetam e são afetados pelas próprias condições de vida.

A família, às vezes, não procura se informar em relação ao diagnóstico, conversar com pessoas que possam instruir e orientá-la, e também não se interessa em obter informações com o próprio médico do familiar, é ausente durante as consultas, não procura participar de grupos e palestras que possam contribuir para melhorar o bem estar do membro familiar acometido pelo diabetes (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002), não auxiliando no cuidado diário necessário.

A doença crônica deixa a pessoa carente de atenção e carinho, pois, na maioria das vezes, as reclamações de dores, cansaço e limitações são tão frequentes que os familiares não dão a devida atenção (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002). Relatos de apoio familiar e confraternização receberam referência positiva.

Apoio é o estar junto, o estar presente, o estar perto, mostrar que a pessoa não está sozinha para enfrentar as dificuldades e as necessidades impostas pela doença (FISHER et al., 1998; BIELEMANN, 2003; GALLANT, 2003).

Sales, Paiva e Anjos (2001), em estudo sobre funcionamento social de mulheres tratadas com câncer de mama, relatam que o apoio recebido por elas foi por meio de atenção, visitas, telefonemas. Essas mulheres buscaram e obtiveram apoio de familiares e amigos, o que contribuiu para uma melhor qualidade de vida.

Helgeson (2003) diz ainda que o apoio emocional refere-se a ter pessoas disponíveis para escutar, cuidar, amar, levando a pessoa a saber que não está sozinha para enfrentar seus temores e angústias.

A família que acompanha a pessoa com doença crônica, muitas vezes, muda seus hábitos no decorrer da doença, assumindo não só a doença dessa pessoa, mas também buscando oportunidade de melhorar a qualidade de vida de todos os membros familiares.

Isso inclui o incentivo à suspensão de hábitos não saudáveis, como o uso do cigarro. Sabe-se que um dos objetivos do tratamento do diabetes inclui a suspensão do fumo. Fisher et al. (1998) relatam que o que parece ser resultado de comportamento do paciente é, freqüentemente, produto de esforços em comum entre a pessoa e companheiro (a). Por outro lado, o (a) companheiro (a) também pode arruinar a busca por um comportamento saudável da pessoa, se não apoiá-la em suas decisões.

Este fato ficou evidente em relatos com referência negativa, pois as pessoas estavam tentando parar de fumar e os familiares não estavam incentivando-as, como na fala abaixo:

“fumo tem mais de 20 anos, e agora comecei com uma tosse enjoada, então quero parar, o doutor falou que preciso, mas a patroa vive querendo que eu fume com ela, fica difícil resistir, né?” (participante 14).

Alterações decorrentes da doença

No que se refere às alterações decorrentes da doença, identificou-se o suporte emocional permeando as falas dos relatos apresentados. Entre as falas, houve relatos positivos de queixas em membros inferiores e internação, e relatos negativos de alteração no estado de saúde, mudança na terapêutica adotada, aumento da glicemia e pressão arterial e piora da acuidade visual. Uso de insulina recebeu referência positiva e negativa.

Sabe-se que o diabetes tipo 2 tem início insidioso, com sintomas inespecíficos, que muitas vezes retardam o diagnóstico podendo, nessa ocasião, já ter ocorrido alterações que levam a complicações, tais como a neuropatia e doença vascular periférica (HARRIS et al., 1992; ZIMMERMAN; WALKER, 2002).

Entre os relatos positivos, houve queixas de dor e edema em membros inferiores. Dias, Wanderley e Mendes (2002) relatam que toda pessoa com doença crônica vai se tornando profundo conhecedor de suas dores e limitações e, portanto, percebe quando alguma coisa está errada ou diferente do que vinha sentindo, como pode ser percebido no relato abaixo:

“... daí comecei com dor nas perna, sei que minha glicose subiu, enquanto não tomei o remédio certinho não melhorei” (participante 39).

Observa-se que situações normalmente relatadas pelas pessoas com referência negativa, como uso de insulina e necessidade de internação, neste estudo receberam referência positiva. O uso da insulina foi encarado como uma mudança necessária no tratamento medicamentoso, podendo inferir que essas pessoas aceitaram essa mudança por terem sido orientadas de forma clara e entendido os benefícios que poderiam obter.

Estudo realizado por Freemantle et al. (2005) com diabéticos tipo 2 sobre uso da insulinoterapia, mostrou uma aversão acentuada dos participantes ao seu uso, sendo que cerca de 10% deles optou em não alterar o tratamento.

Já Toljamo e Hentinen (2001a), em estudo sobre adesão ao autocuidado e controle glicêmico de pessoas com diabetes tipo 2, encontraram que o tratamento com insulina geralmente é realizado de acordo com as orientações de médicos e enfermeiros, mas outros aspectos do auto-cuidado, como atividade física, são negligenciados.

A necessidade de internação com referência positiva pode indicar, além da oportunidade de aprendizagem como referido pelas pessoas, com conseqüente decisão de se cuidarem para que isso não acontecesse novamente, um problema de ordem econômica e social, devendo ser pesquisado em profundidade em um próximo estudo. Entretanto, pode ser que, durante as hospitalizações, essas pessoas tenham sido atendidas em suas necessidades de atenção, de carinho, de contato humano, tendo em vista relatos apresentados de solidão e tristeza por ficarem sozinhas por muito tempo manifestados por algumas pessoas.

Entre os relatos negativos, foram referidos aumento da glicemia e pressão arterial e piora da acuidade visual.

Em estudos realizados (DCCT, 1993; UKPDS, 1998), a manutenção de parâmetros glicêmicos e de níveis pressóricos próximos da normalidade pode reduzir a incidência e a gravidade das complicações neuropáticas, micro e macrovasculares. O controle glicêmico é apontado como fator fundamental na etiologia das complicações do diabetes.

Quanto à piora da acuidade visual, com relato negativo, a pessoa sabia que poderia perder a visão, pois havia acontecido o mesmo com um familiar também diabético, como relatado a seguir:

“minhas vistas pioraram de uma hora pra outra, a médica até me encaminhou para um especialista... não quero ficar cega, como minha tia que também era diabética” (participante 4).

Uma das complicações mais graves do diabetes é a retinopatia, podendo ser considerada a causa mais freqüente de cegueira em adultos de 20 a 40 anos. No diabetes tipo 2, cerca de 60% das pessoas já desenvolveram algum grau de retinopatia após 20 anos do distúrbio (HARRIS et al., 1992; EXPERT COMMITTEE, 2003). A pessoa com diabetes deve ser incentivada à realização do exame anual de fundo de olho.

Em relação ao controle alimentar, três pessoas apresentaram relatos com referência negativa, por se sentirem pressionadas a controlar a alimentação. Mesmo com a diminuição da glicemia, auxiliada pelo seguimento da dieta, os relatos tiveram referência negativa, podendo inferir uma falta de conscientização em relação à terapia alimentar, pois referem seguir a dieta por se sentirem pressionadas, como algo imposto a elas, e não conscientizadas dos benefícios que podem obter com esta adesão.

A pessoa com diabetes deve ser continuamente estimulada a adotar hábitos de vida saudáveis, o que inclui a educação alimentar, pois não é possível um bom controle sem uma alimentação adequada (SBD, 2000). Neste sentido, o apoio da família é fundamental para a pessoa se adaptar com menos sofrimento às mudanças necessárias.

Uma pessoa do estudo, mesmo seguindo as recomendações recebidas, mostrou-se desanimada devido ao descontrole do diabetes, como relatado abaixo:

“não sei mais o que tenho de fazer. Tou tomando o remédio certinho, não abuso da comida, e não consigo abaixar o açúcar” (participante 33).

Tanto a pessoa como a família precisam estar cientes de que na evolução do diabetes podem ocorrer descontroles, apesar do esforço no seguimento das recomendações. Estudo realizado por Hörnsten, Sandström e Lundman (2004) mostrou que as opiniões dos participantes em relação às conseqüências do diabetes incluíram a necessidade de cuidados próprios, danos corporais, mudanças dramáticas no estilo de vida. O desenvolvimento e curso da doença incluíram amputações, perda da visão, falência renal e morte, levando as pessoas a apresentarem sentimento de impotência para enfrentarem a doença.

Toljamo e Hentinen (2001a) relatam que a adesão aos cuidados nem sempre garante nível glicêmico bom, pois outros fatores podem afetar a glicemia, como tempo do diabetes, idade e presença de outras doenças.

Mais uma vez, a inclusão da família nas orientações e cuidados necessários é imprescindível, para que a pessoa diabética sinta que não está enfrentando sozinha sua doença.

Nesta categoria encontrou-se também o suporte de informação, que envolve a provisão de informações ou orientações. A necessidade de orientação obteve nove relatos com referência positiva, pois as pessoas informaram que não sabiam nada sobre a doença, apenas que não podiam comer doce.

De acordo com Guimarães (2001), as orientações fornecidas à pessoa no diagnóstico de uma doença crônico-degenerativa, como o diabetes mellitus, e considerando o grande número de informações, muitas vezes, constituem dificuldade para a pessoa compreender e dar a devida importância a todas as orientações recebidas.

Para Wong et al. (2005), os profissionais da saúde têm um papel chave quanto ao incentivo para o autocuidado, facilitando a mudança no estilo de vida, dando sustentação psicológica e social e, nesse processo, a família deve ser envolvida no fortalecimento da sustentação física e emocional, auxiliando no cuidado.

Além disso, um maior conhecimento do diabetes está associado a um controle glicêmico melhor (COLLERAN; STARR; BURGE, 2003), contribuindo também para uma qualidade de vida melhor.

Outro fator que deve ser considerado relaciona-se à baixa escolaridade das pessoas deste estudo. Para Pace et al. (2002; 2005), a baixa escolaridade é vista como dificultador ao acesso às informações e menor oportunidade de aprendizagem quanto aos cuidados com

a saúde, especialmente se for considerado que, em casos de diabetes, as próprias pessoas e os familiares desenvolvem grande parte de seus cuidados.

Desta forma, como 76,5% das pessoas referiram ensino fundamental incompleto e 13,7% das pessoas são analfabetas, as orientações devem ser dadas de maneira clara e bem simples, respeitando a limitação dessas pessoas, facilitando o envolvimento com seus próprios cuidados.

Práticas terapêuticas

Quanto às práticas terapêuticas, pôde-se identificar, por meio dos relatos apresentados, o componente emocional, com relatos de adesão à dieta e atividade física, dificuldade em perder peso, esquecimento de consulta ou de buscar medicamento no PSF.

O tratamento do diabetes tipo 2 inclui dieta, prática de atividade física, educação continuada e, quando necessário, uso de medicamentos.

A literatura enfatiza o uso da dieta e da atividade física regular como medidas essenciais para o controle glicêmico e prevenção de complicações (DCCT, 1993; ARAÚJO, 1997; ZIMMERMAN; WALKER, 2002), mesmo em vigência de tratamento medicamentoso. Por outro lado, verifica-se a dificuldade de adesão a tratamentos que impliquem mudança de comportamento.

Neste estudo, houve 15 relatos com referência positiva em relação à adesão à terapia alimentar, porém as pessoas referiram seguir a dieta quando sentem necessidade, para não sofrerem muito, podendo-se inferir que essas pessoas não foram orientadas de forma clara, ou não aceitaram as orientações por se sentirem capazes de decidir o que, quanto e como devem se alimentar, como no relato abaixo:

“sigo a dieta que a doutora mandou, sim, mas não é todo dia. Sinto quando o açúcar sobe, daí faço a dieta que ela deu. É muito sacrifício comer assim todo dia, ainda mais quando meu marido traz torresmo, como outro dia, eu adoro, daí comi até me encher. Depois dei uma manerada, né?” (participante 37).

Aráuz et al. (2001) mostraram, em seu estudo, que as pessoas associam o diabetes com açúcar, sofrimento, mas não com herança e sobrepeso. A maior parte das pessoas modificavam o tratamento dietético prescrito, pois vegetais e carne não faziam parte da dieta básica.

De acordo com Rossi e Pace (2003), a adesão ao regime alimentar é um dos aspectos mais difíceis de serem seguidos, pois afeta práticas individuais e estilo de vida de pessoas que mantiveram hábitos alimentares inadequados por longos períodos.

A dificuldade nas mudanças necessárias em relação aos hábitos alimentares fica clara na fala abaixo:

“... e já tô com 63 anos, a vida toda inteira comi gordura, não consigo mudar. Meu pai morreu com 82 ano e só comia comida feita com banha de porco, e nunca teve nada” (participante 33).

Entre os relatos negativos quanto à terapia alimentar, estão dificuldade de perder peso, obesidade e incapacidade de seguir a dieta recomendada.

Neste sentido, a ADA (2004) recomenda que devem ser consideradas as predileções e preferências étnicas e culturais, e que a pessoa com diabetes seja envolvida no processo de tomada de decisões em relação à sua dieta.

Devido à complexidade nos temas de nutrição, é recomendado também que um nutricionista, com experiência na implementação da terapia nutricional no âmbito da educação e conduta do diabetes, faça parte do grupo de profissionais na orientação ao diabético (ADA, 2004).

Quando o Programa de Assistência ao Diabético da cidade de Passos-MG foi iniciado, em 1993, um nutricionista fazia parte da equipe, tendo um papel atuante nas orientações fornecidas. Por motivos particulares, este profissional pediu afastamento em 2001 e não foi contratado outro. As orientações quanto à terapia nutricional são fornecidas, atualmente, pelos médicos que atuam no Programa e pelas enfermeiras das equipes de PSF.

Como grande parte do cuidado diário é realizada pela pessoa e sua família, torna-se necessário que todos estejam orientados adequadamente e assumam as responsabilidades pelo cuidado (PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003).

Alguns relatos se referiram a esquecimentos de consultas, de aquisição de medicamento no PSF e, também, a uso repetido da mesma medicação por não saber ler, como demonstrado abaixo:

“ah! Teve uma vez que eu tomei o diabinese duas veiz, sabe, eu num sei lê e confundi as caixinha, mais num aconteceu nada de grave comigo, e também, foi uma veiz só que aconteceu isso” (participante 48).

O Programa de Assistência ao Diabético fornece os medicamentos mensalmente, mediante receita médica atual; portanto, se a pessoa não comparece à consulta agendada, não tem acesso a uma nova receita, podendo prejudicar o cuidado com o diabetes, visto que não lhe será fornecida a medicação em uso.

As pessoas com doenças crônicas denotam grande preocupação e cuidados pelos familiares. Para um bom desempenho, entre outros cuidados, pode-se deixar, em local visível, data e horário da próxima consulta e/ou exame, fixar de forma clara nome e horário do medicamento, marcando com algum símbolo cada um para que, em caso de necessidade, a pessoa possa estar apta a se cuidar (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002).

Lorenz et al. (1996) relatam que esquecimentos ocorrem com frequência e, por isso, tanto a pessoa quanto sua família devem ser orientadas sobre a importância de adotarem medidas para que esses esquecimentos ocorram o menos frequentemente possível, diminuindo a possibilidade de interferirem no controle adequado.

Em relação à prática de atividade física, houve relatos com referência positiva, em que as pessoas referiram ter iniciado a caminhada após orientações recebidas de um novo médico, que as convenceu da importância de tal prática, configurando o suporte de informação também nesta categoria.

A realização de atividade física com regularidade tende a controlar a glicemia, pois ocorre aumento do consumo de glicose pelo organismo, ao mesmo tempo em que há melhor utilização da insulina endógena e exógena. Conseqüentemente, a prática regular da atividade física pode levar à redução da dose diária da medicação (COLBERG, 2003).

Ainda de acordo com esse autor, às vezes a atividade física é desgastante, havendo necessidade de persistência e motivação, sendo que a pessoa precisa estar devidamente orientada para a não-ocorrência da hipoglicemia, resultante da captação excessiva de glicose durante a atividade física.

Duas pessoas consideraram realizar atividade física por meio do trabalho doméstico, e sentir-se bem em desenvolvê-lo. Deve-se esclarecer a essas pessoas que atividades domésticas não são consideradas atividade física, havendo necessidade de maior orientação e esclarecimento sobre este tópico do cuidado.

O suporte de informação esteve presente também nos relatos referentes à participação em grupos de orientação, referidos por pessoas deste estudo com referência positiva.

Uma das maneiras que pode auxiliar a pessoa na aceitação da doença crônica é a participação em grupos de orientação. Gonzalez (1993, p. 93) relata a importância da participação da pessoa diabética em grupos de orientação, pois se “*sentem mais gente, além de aprender o que é diabetes e, também, conviver e trocar experiências, estreitar laços de amizade; isto faz com que não se sintam um doente isolado no mundo*”.

Em relação a esse assunto, Maia e Araújo (2002) relatam que o contato com outras pessoas diabéticas é benéfico, pois fornece uma visão do diabetes como algo comum em nossas vidas. Nesses grupos, não há somente aquisição de conhecimentos, mas educação das pessoas diabéticas e suas famílias, o que implica profunda reflexão crítica e discussão dos aspectos a serem debatidos nos campos intelectual e afetivo, numa forma mais humana de falar de diabetes.

Leva ainda a uma maior conscientização da importância do controle glicêmico, proporciona mais confiança, mais segurança e tranquilidade aos familiares e às pessoas com diabetes.

Alterações das condições econômicas

Nesta categoria, encontrou-se o suporte instrumental, que se refere a empréstimo de dinheiro, aquisição de materiais ou medicamentos que envolvem gastos necessários ao cuidado com o diabetes.

Como já relatado, a renda familiar para 30,2% das pessoas desse estudo está entre um a dois salários mínimos, sendo que 27,5% das pessoas referem ser aposentadas e 52,9% não trabalham. Scapim (2004) encontrou, em estudo sobre o perfil de diabéticos com úlcera nos pés, 90% de aposentados.

Essa situação, que se relaciona às condições sócio-econômicas, pode dificultar a aquisição de medicamentos e materiais básicos para o cuidado (MALERBI; FRANCO, 1992; SCAPIM, 2004).

O desemprego, relatado por seis pessoas com referência negativa, pode dificultar ainda mais o cuidado adequado, tendo em vista a diminuição numa renda familiar já baixa, podendo ser geradora de estresse, percebido na fala abaixo:

“...agora que meu filho também tá desempregado, tá todos morando aqui. Parei de comprar fruta, que gosto tanto, porque num dá pra todo mundo comer; como eu posso comer e não dá pros neto?” (participante 27).

Aposentadoria também recebeu referência negativa, pois significou diminuição nas atividades de lazer, tão importantes no cuidado de uma doença crônica como o diabetes.

Aquisição de glicosímetro, de medicamentos no PSF e emprego de familiares foram relatados com referência positiva, pois possibilitaram melhor controle da glicemia e possibilidade de uma alimentação também melhor.

Houve um relato com referência positiva em que a pessoa não conseguiu comprar o medicamento porque havia comprado presentes de final de ano, ficando sem condições de adquirir o medicamento. Esta situação pode representar falta de orientação e esclarecimento quanto à necessidade e importância do medicamento no controle adequado do diabetes, assim como uma desatenção com o cuidado.

Gilmer et al. (2005) relatam que pessoas adultas com diabetes apresentam significativo aumento da necessidade de cuidados com a saúde. Este aumento dos custos relaciona-se a vários fatores, que incluem custos mais elevados para pacientes ambulatoriais, gastos com variados medicamentos, taxas mais altas de hospitalização e permanência maior, em caso de hospitalização.

Desta forma, os participantes deste estudo podem ser prejudicados quando não encontram o medicamento utilizado no PSF e não dispõem de recursos financeiros para adquiri-los, devido principalmente à baixa renda familiar referida.

6.2.2 Incidentes críticos: elemento comportamentos

Os **comportamentos** referem-se às condutas apresentadas pela pessoa devido às circunstâncias, e também serão discutidos de acordo com cada categoria, seguindo a classificação de Helgeson (2003) para suporte social.

Alterações na família / amigos

Como descrito anteriormente, um dos componentes do suporte emocional refere-se à presença de pessoas próximas disponíveis para ouvir, apoiar, preocupar-se. Nesta categoria, pode ser identificado o suporte emocional por meio dos relatos positivos dos participantes, com referências ao apoio recebido dos familiares na compreensão das restrições impostas, acompanhamento em consultas, reuniões, conforme alguns relatos apresentados:

“...e minha patroa falou que queria emagrecer e era pra mim andar junto com ela, mas ela já é magra, sabe, eu sei que ela faz assim pra mim caminhar, é pra me ajudar, e não eu ajudar ela” (participante 15).

“...e, quando cheguei em casa, eles tinha preparado uma festa de aniversário... compraram até guaraná diet, e ninguém tomou cerveja... fiquei tão feliz que pensei que a vida é boa mesmo, cê não acha?” (participante 39).

A família que apóia a pessoa com diabetes se preocupa não só com os cuidados clínicos dessa pessoa, mas também com seu bem estar social, físico e emocional, procurando proporcionar momentos de alegria e lazer, de acordo com suas possibilidades. A expressão de sentimentos é essencial para ajudar a pessoa e fortalecê-la psicologicamente no enfrentamento do diabetes (DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002).

Porém, houve relatos negativos de falta de apoio familiar no cuidado diário, discussões e preocupação com familiares.

Como já mencionado, a população deste estudo constituiu-se principalmente de mulheres. O cuidado de membros dependentes da família, por exemplo, crianças, é tratado como um assunto com fortes características de gênero. Em geral, as mulheres são consideradas como tradicionais cuidadoras, e cuidar de netos, por exemplo, é visto como uma extensão do trabalho doméstico (CAMARANO, 2003).

Muitas mulheres, mesmo quando não estão em condições físicas e psicológicas de assumirem esta tarefa, pela presença de uma doença crônica como o diabetes, não se recusam a assumi-la, pois consideram que os filhos podem necessitar de sua ajuda para o cuidado dos netos, como pode ser percebido no relato de uma participante:

“...daí, pra ela (a filha) poder trabalhar, eu tomo conta do neto, mas tem dia que quase não agüento, ele é muito arteiro... ontem mesmo, quando vi, ele tava em cima da mesa, dei um pulo e segurei ele, mas na hora minha pressão subiu, tenho certeza, porque senti uma pontada forte na nuca” (participante 32).

Culturalmente, é a mulher, principalmente a dona de casa, quem tem maior participação e responsabilidade quando a questão se refere à saúde e doença. Geralmente é ela quem avalia as condições de saúde, como também, toma iniciativas de procurar os recursos que a comunidade oferece (CAMARANO, 2003).

Para Algera et al. (2004), pessoas com doenças crônicas que vivem com um companheiro tendem a requerer mais cuidados domiciliares e, em se tratando de homens, os mesmos parecem ter mais dificuldade em empregar o cuidado domiciliar, necessitando que lhes sejam dados mais atenção e incentivos para um cuidado adequado.

Desta forma, o apoio familiar pode favorecer a adoção de hábitos saudáveis, como o abandono do hábito de fumar sendo que, neste estudo, os quatro relatos referentes a essas tentativas foram feitos por homens, que se ressentiam pelo fato dos familiares não os apoiarem nessa tentativa.

Estudo realizado por Gamba et al. (2004) a respeito de amputações em membros inferiores causadas pelo diabetes, encontrou associação entre a amputação e o hábito de fumar, daí a importância da família no sentido de incentivar a pessoa a abandonar este hábito.

Relatos de preocupação com familiares devido a doenças, internações e distância do trabalho receberam referência negativa, como pode ser percebido nas falas a seguir:

“meu filho precisou internar pra operar da vesícula, e ele só tem 11 anos, depois deu pneumonia, fiquei quase 1 mês com ele no hospital, quase morri de preocupação” (participante 15).

“meu marido trabalhava fora, só vem nos fim de semana; fico preocupada, num sei se ele tá comendo direito, o trabalho dele é pesado, precisa comer bem, preferia que ele tivesse por perto” (participante 2).

Para Albiero (2002), os membros familiares organizam-se em sua estrutura para formar uma rede de apoio familiar, para cuidar e ser cuidado. Um membro é eleito para cuidar do familiar, geralmente mãe, filha ou esposa, requerendo um esforço muito grande do cuidador, que muitas vezes abre mão de seus projetos pessoais para cuidar do outro.

Para as mulheres desse estudo, ao trabalho doméstico e acúmulo de diversas atividades, soma-se o trabalho ininterrupto de controle do diabetes, havendo possibilidade de estresse causado pela duração da doença, dado semelhante ao encontrado por Bicudo

(1997) que relata que, apesar dessa sobrecarga, as mulheres parecem sempre se encontrar mais atentas aos problemas de saúde que os homens.

Motta (1998) ressalta que dificuldades econômicas, ocupação não remunerada (como trabalho doméstico) e o papel social da mulher de meia idade, com elevado nível de tensão psicossocial, associado à violência doméstica, perdas reais ou risco de perdas, são fatores que podem interferir negativamente no cuidado diário necessário. O relato abaixo deixa claro este problema:

“depois que ele (o marido) perdeu o emprego, deu de beber e às vezes fica até agressivo. Outro dia minha filha quebrou um prato, ele foi e bateu na cara dela, meu filho teve que entrar no meio... fiquei tão nervosa, minhas vistas escureceram, tive vontade de sair de casa, de morrer, é muito sofrimento” (participante 50).

Alterações decorrentes da doença

Nesta categoria, novamente os relatos apresentaram o componente emocional, manifestado por sentimentos de solidão e depressão, medo em relação à evolução do diabetes e à necessidade de usar insulina, nervosismo.

A referência a alterações emocionais recebeu 53 relatos negativos, sendo essas alterações decorrentes de medo de internar, de usar insulina, de morrer; nervosismo pelo atraso na chegada de filhos, por discussões com familiares; sentimentos de depressão, entre outros.

A tomada de consciência de que a doença é definitiva e que a rotina de tratamento é necessária em seu dia-a-dia, pode gerar um estado de depressão que se instala insidiosamente. Além disso, por se tratar de um distúrbio de longa duração, muitas pessoas com diabetes tipo 2 conhecem outras que morreram devido a complicações decorrentes do mesmo, o que pode ser um fator gerador de estresse, sendo importante a presença do suporte emocional no enfrentamento dessas alterações.

Holmström e Rosenqvist (2005) concluíram que o viver ano após ano com uma doença crônica não significa necessariamente aprendizagem, compreensão e como suportar a carga da doença e do tratamento. Os enganos sobre o diabetes e o tratamento são comuns e numerosos, apesar do controle constante e acesso aos cuidados; muitas pessoas seguem as orientações e tratamento da forma correta sem, entretanto, saberem o porquê de executar tantas rotinas ou qual o benefício delas.

Estudo realizado com adolescentes diabéticos (SKINNER; HAMPSON, 2001) concluiu que nem o conhecimento sobre a seriedade da doença nem sobre a prevenção das complicações foram preditivos de autocontrole e bem estar.

De acordo com Keil (2004), ainda não se sabe por que algumas pessoas conseguem enfrentar com sucesso situações de estresse, como é o caso da necessidade de cuidado diário no diabetes, e outras não conseguem, e se entregam a um estado depressivo.

Em estudo realizado por Motta (1998) com um grupo de mulheres diabéticas, as manifestações de sentimentos de depressão, nervosismo e choque foram freqüentes, indicando a necessidade de compreensão e apoio pelos profissionais de saúde e familiares.

Estes sentimentos podem ser percebidos nos seguintes relatos:

“desde que essa doença apareceu, parece que minha vida acabou. Minha tia morreu sem as duas pernas por causa da diabete, não quero pra mim esse fim” (participante 18).

“teve uma vez que ela (filha que estuda à noite) atrasou, fiquei tão nervosa, meio doida, enquanto ela não chegou não sosseguei. Isso faz mal pra gente, ela viu o estado que fiquei e disse que nunca mais ia se atrasar” (participante 3).

Ainda de acordo com Motta (1998), outras manifestações, como esquecimento e crises de choro, podem ocorrer quando a pessoa tenta instintivamente se adaptar ao que está passando, por meio das reservas adaptativas que tem. Esses sentimentos também foram manifestados pelas pessoas participantes deste estudo.

Estima-se que 10 a 30% das pessoas com diabetes têm depressão, e que a mesma está associada a um controle glicêmico pobre, risco aumentado de complicações, qualidade de vida diminuída, incapacidade aumentada, uso e custos aumentados no cuidado da saúde (AADE, 2002; EGEDE; NIETERT; ZHENG, 2005).

Além disso, Kinder et al. (2002) relatam que evidências recentes sugerem que a sintomatologia depressiva é um fator de risco para doenças coronarianas nas pessoas com diabetes.

De acordo com Cohen e Kanter (2004), o estresse psicológico provocado pela presença de doença crônica pode afetar o controle glicêmico de duas formas distintas: pelos comportamentos de adesão ao auto cuidado, que tendem a ser menores nessas pessoas, e pelas alterações diretas nas funções neuroendócrinas, em especial as relacionadas ao metabolismo da glicose.

Para Di Matteo (2004), o apoio social familiar pode beneficiar a saúde, protegendo contra o estresse, influenciando no estado afetivo e/ou na mudança de comportamento, como também na habilidade de se ajustar e viver com uma doença crônica.

O medo de utilizar a insulina como forma de tratamento manifestado de forma negativa por quatro pessoas deste estudo pode ser compreensível, pois as mesmas consideraram que a insulina só é utilizada em último caso, quando o diabetes está totalmente fora de controle, fato referido por um dos participantes deste estudo:

“morro de medo de ter de usar insulina, minha mãe morreu depois que usou insulina, foi só começar e ela morreu” (participante 12).

Freemantle et al. (2005) relatam que a aceitação do uso da insulino terapia é influenciada pela idade, pois as pessoas mais velhas aceitam-na como uma opção de tratamento e as mais novas só a aceitam como última opção de tratamento.

A insulino terapia torna-se necessária quando a atividade física e dieta, aliadas ao antidiabético oral, falham no controle do diabetes tipo 2. Quando usada apropriadamente e com cooperação da pessoa, há grande chance de se obter o controle adequado do diabetes, podendo também ser utilizada concomitantemente com antidiabético oral (DAVIDSON, 2005).

Para Aikens e Lutzmam (2002), há uma série de fatores psicossociais associados a um aumento do risco de complicações do diabetes e que estão relacionados à permanência no lar e à perda do contato social, destacando-se a depressão, abuso do álcool e atitudes negativas com relação aos cuidados necessários. De acordo com os autores, estas condições dificultam a mudança de comportamento favorável ao autocuidado e a aceitação de orientações preventivas.

Toljamo e Hentinen (2001a) e Reynolds e Perrin (2004) enfatizam que o apoio familiar é crucial, principalmente às pessoas com doenças crônicas, pois é um desafio a ser enfrentado pela vida toda, e que requer planejamento e tomada de decisão. Nesse processo, é bom ser capaz de poder demonstrar emoções e sentimentos com alguém, ou receber auxílio concreto na vida diária.

Pessoas socialmente isoladas não têm habilidades para iniciar atividades que reduzam este isolamento, podendo ocorrer sentimentos de depressão, dependência, baixo

amor próprio, e a família pode cansar-se de tentar apoiar (TILDEN; WEINERT, 1987; AADE, 2002).

Outros relatos, referentes à hospitalização, foram interpretados com referência positiva, pois, com a mesma, as pessoas relataram ter se sentido melhor do mal estar que estavam sentindo.

Um evento comum na vida das pessoas com diabetes é a necessidade de internação hospitalar. O diabetes mellitus, como diagnóstico primário de internação hospitalar, aparece como a sexta causa mais freqüente, e representa cerca de 30% das pessoas que internam em Unidade Coronariana (SBD, 2000).

Com cuidado diário adequado, as hospitalizações podem ocorrer com menor freqüência, diminuindo custos para a pessoa, família e sociedade.

O enfermeiro tem um papel importante na orientação à pessoa com diabetes, podendo, em casos de hospitalização, aproveitar os horários de visitas para orientar e esclarecer dúvidas da pessoa e familiares, inserindo-os na responsabilidade pelo cuidado.

Nesta categoria, encontrou-se mais uma vez o suporte de informação, com relatos de aprendizagem e acesso rápido aos profissionais, e também necessidade de se deslocar ao PSF para controle da glicemia.

Em estudo realizado por Bicudo (1997), apoio sob a forma de conselhos e zelo fornecidos pelos familiares e profissionais foram bastante citados, sendo percebidos como úteis pelas pessoas.

Helgeson et al. (2001), avaliando os efeitos a longo prazo de intervenção educacional a um grupo de mulheres com câncer de mama, concluíram que os benefícios psicológicos que essa forma de intervenção pode trazer são muitos, como aumento da auto-estima, melhora na auto-imagem corporal, o que facilita o diálogo entre familiares, melhorando a qualidade de vida.

Motta (1998) sustenta que os profissionais de saúde devem ter muita habilidade, paciência e compreensão para ajudar as pessoas no processo de aceitação da doença. Além das orientações e informações, também devem dar às pessoas a chance de expressar seus sentimentos e dirimir dúvidas, tão comuns em se tratando de uma doença crônica.

De acordo com Zanetti (2002), cuidar da pessoa com diabetes exige paciência e, sobretudo, flexibilidade para encontrar qual é o momento mais adequado para fornecer as

informações de que ela precisa. Muitas vezes, se esquece de que a vida tem momentos de incertezas, medos, inseguranças, e que é difícil, nesses momentos, manter o tratamento com regularidade e disciplina.

Deve-se considerar que as orientações, tanto para as pessoas com diabetes quanto para seus familiares, são importantes para a adesão ao tratamento. Scapim (2004) ressalta que o conhecimento dos fatores de risco que dificultam o controle e as mudanças de comportamento são essenciais para que as pessoas consigam se adaptar a essas mudanças.

Penna e Pinho (2002) referem-se à autonomia do profissional, ao pensar que detém o saber e o poder; passa para a pessoa exatamente o que e como deve ser feito, sem considerar as características individuais, sem participação da pessoa, o que pode interferir de forma negativa na adesão ao tratamento, prejudicando o cuidado.

A compreensão do entendimento dos profissionais de uma pessoa com diabetes não deve se restringir apenas ao diabetes em si, mas também ao entendimento da vida da pessoa, a compreensão das necessidades individuais que a pessoa diabética suporta para desenvolver o conhecimento, as habilidades e a compreensão para tratar eficazmente de sua doença (SKINNER; HAMPSON, 2001; HOLMSTRÖM; ROSENQVIST, 2005).

Para Silva (1998), pessoas empenhadas numa interação face a face, estabelecem e mantêm uma relação definida por percepções mútuas. Comunicar é partilhar com alguém um certo conteúdo, envolvendo relação, contexto e percepção.

Práticas terapêuticas

Nesta categoria pôde ser identificado novamente o suporte emocional permeando as falas dos participantes, com relatos sobre início e interrupção de caminhada, adesão esporádica à dieta e participação em grupos da comunidade.

Sabe-se que, em casos de diabetes tipo 2, um programa regular de atividade física, associado a uma dieta saudável, pode significar o controle da doença sem o uso de medicamentos ou, então, a diminuição na dosagem dos mesmos.

Zimmerman e Walker (2002) enfatizam que o fato de a pessoa exercitar-se com regularidade, melhora tanto a saúde física quanto a mental, auxilia a perda de peso, aumenta o tônus muscular e, para as mulheres, a atividade física auxilia ainda a conservar a

massa óssea, prevenindo a osteoporose. Este é um fato que deve ser considerado, pois 72,5% das pessoas que participaram deste estudo são mulheres.

As recomendações da ADA (2004) quanto à atividade física e diabetes, colocam que a pessoa com diabetes precisa ser preparada para a realização dos exercícios, porque a aceitação de realizá-los é tão importante quanto o próprio exercício. Além disso, a adesão ao autocuidado é melhor adquirida com a realização da prática da atividade física, levando-se em consideração as limitações de cada pessoa.

Estudo conduzido por Holmström e Rosenqvist (2005) sobre enganos acerca da doença e do tratamento que as pessoas com diabetes tipo 2 apresentam, mostrou que algumas pessoas não consideravam o tipo 2 como o “diabetes real”, somente o tipo 1 e, também, não entendiam como a composição dos alimentos podia afetar os valores da glicose sanguínea.

Ainda de acordo com esses autores, mesmo as pessoas constatando níveis glicêmicos mais baixos em dias de exercícios físicos, algumas não se sentiram motivadas a continuar com tal prática, pois não reconheciam, de imediato, os benefícios sobre o corpo. A orientação e incentivo constantes podem levar as pessoas a não interromperem a atividade física, mesmo sem perceber os benefícios de imediato.

Neste estudo, as pessoas que interromperam a caminhada e referiram este fato como positivo, relataram como motivo a necessidade de cuidar de netos. Outras pessoas relataram a interrupção da caminhada com referência negativa. O enfermeiro deve esclarecer que, em casos de doença, como relatado pelas pessoas deste estudo, às vezes a interrupção da caminhada torna-se necessária, mas que poderão retornar assim que se sentirem melhor e as condições físicas permitirem.

Em relação à dieta, houve relatos, considerados positivos por algumas pessoas e negativos por outras, de alimentação em excesso ou escondido dos familiares, e seguimento esporádico da alimentação recomendada.

A pessoa diabética só aceitará a restrição dietética se for capaz de perceber as possibilidades de risco ou efeitos indesejáveis que implicariam não assumir esta restrição. Se souber dos riscos, mas não se considerar suscetível a eles, dificilmente aderirá ao tratamento, pois não valoriza seus benefícios (GARCIA; SUÁREZ, 1999).

É importante ressaltar que os alimentos dietéticos não podem e não devem ser ingeridos aleatoriamente. Os refrigerantes e gelatinas dietéticas têm valor calórico próximo de zero, mas alguns produtos dietéticos industrializados, como chocolate e sorvete, não contribuem para o controle glicêmico nem para a perda de peso, e seu uso não deve ser encorajado (CIOCK, 2004).

A reorganização do cardápio alimentar é uma grande dificuldade, pois tem que se respeitar o prazer que o alimento traz para a pessoa e a satisfação emocional associada aos hábitos sociais e familiares (ZANETTI, 2002; CIOCK, 2004).

Neste estudo, algumas pessoas relataram se alimentar escondido, por sentirem fome apenas com a dieta recomendada. Essas pessoas, juntamente com os familiares, devem ser orientadas em relação a um cardápio que as satisfaça, considerando as necessidades calóricas, a realidade financeira e hábitos de alimentação.

Estudo de caso conduzido por Santos et al. (2005) com uma mulher diabética mostrou que, nas falas da mesma, denota-se uma sensação de frustração, pois ela se ressentia de não poder desfrutar do prazer da alimentação produzida por ela mesma, e de não poder comer aquilo de que ela gosta, como e quando ela quisesse. Talvez esse sentimento de frustração seja um dos motivos que induzem as pessoas a transgredir as orientações em relação à alimentação.

Houve ainda quatro relatos com referência positiva em relação à participação em grupos da comunidade, como grupo de bordados, de acordo com o relato:

“comecei a ir no ambulatório perto de casa, sabe, eles começaram ensinar ponto cruz. Minha nora desanimou e parou, daí chamei a vizinha e toda semana vamos junto, conheci um tanto de gente, me sinto bem lá, dou muitas risadas, além de aprender a bordar” (participante 50).

Algumas pessoas e também famílias, tendem a isolar do convívio social a pessoa diabética. Uma das maneiras de afastar esse isolamento social é a participação em grupos da comunidade, sendo essa uma das estratégias de controle do estresse.

O modo de lidar com o diabetes e o estresse a ele associado diverge de uma pessoa para outra. Em geral, a pessoa deve ser incentivada a sair de casa, entrar para um grupo de apoio, iniciar um novo hobby, ocupar-se com algum trabalho voluntário, matricular-se em algum curso que a interesse (SKINNER; HAMPSON, 2001), enfim, deve tentar encontrar

maneiras saudáveis de lidar com sentimentos de solidão, baixa auto-estima e outras emoções desconfortáveis que só dificultam o controle do diabetes.

Alterações das condições econômicas

Como anteriormente citado, o suporte instrumental refere-se aos gastos e/ou alterações financeiras das pessoas, tendo sido identificado nesta categoria.

Houve relatos negativos de diminuição na renda familiar e necessidade de adquirir medicamentos não fornecidos pelo Programa, ocasionando aumento não previsto nas despesas.

As pessoas com diabetes devem receber cuidado médico contínuo de alta qualidade, para assegurar que mantenham o regime de tratamento adequado ou, quando necessário, para trocar o plano de tratamento para controlar o diabetes de forma efetiva.

Nos casos de diabetes tipo 2, o tratamento medicamentoso é geralmente iniciado quando os níveis glicêmicos desejáveis não são atingidos apenas com dieta e atividade física.

Em relação à perda do emprego, as pessoas apresentaram sete relatos com referência negativa, pois ocasionou diminuição da renda familiar, interferindo no cuidado, já que as pessoas ficaram sem poder comprar determinados alimentos e medicamentos não fornecidos pelo PSF e/ou Programa.

Um aspecto que merece atenção está relacionado à perda do emprego. De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), são condições mínimas para a qualidade de vida as satisfações de necessidades mais elementares, como alimentação, trabalho, acesso a moradia, dentre outros. Já a exclusão social, violência e desemprego seriam a negação da qualidade de vida, podendo interferir no cuidado diário; o relato abaixo demonstra essa realidade:

“quando ele (marido) perdeu o emprego, só o mais velho (filho) tava trabalhando, daí eu tomava o remédio dia sim, dia não, porque no Programa ficou um tempo sem ter o remédio” (participante 22).

O Programa de Assistência ao Diabético da cidade de Passos-MG fornece mensalmente, mediante prescrição médica atual, insulina e seringas às pessoas que a

utilizam, mas algumas relatam que as agulhas são grossas, provocando dor na aplicação diária e, por isso, preferem adquirir seringas com agulhas mais finas.

“prefiro comprar as seringas, porque as agulhas são mais finas. Para quem precisa se picar todos os dias, agulha grossa dói muito” (participante 10).

Estudos conduzidos por Scain, Oliveira e Franzen (1987) e Pozzan et al. (1994) mostraram que o gasto mensal com medicamentos e materiais necessários, pode chegar a 70% do salário mínimo, sendo incompatível com o orçamento da população brasileira.

Para Selby et al. (1997), a pessoa com diabetes tem um gasto anual excessivo, tanto pelo próprio tratamento do diabetes, como também com internações, especialistas e tratamento das complicações.

Em relação aos antidiabéticos orais, são fornecidos no Programa acima citado, os do grupo das sulfoniluréias, glibenclamida e, esporadicamente, metformina.

Os médicos do Programa devem adequar as necessidades de medicação com os medicamentos disponíveis, para que essas pessoas não precisem ter despesas com a compra de medicamentos não fornecidos, o que pode prejudicar o controle do diabetes, considerando-se a renda familiar referida por 39,2% das pessoas deste estudo em torno de um a dois salários mínimos.

Atualmente, encontra-se disponível no mercado uma gama enorme de antidiabéticos orais. Quando a pessoa não consegue um controle glicêmico adequado com o uso de um determinado medicamento, pode-se trocá-lo, acrescentar um ou até dois agentes orais na lista inicial. Em alguns casos, faz-se necessário o uso da insulina.

6.2.3 Incidentes críticos: elemento conseqüências

As **conseqüências** referem-se aos resultados dos comportamentos de uma pessoa devido às circunstâncias e, assim como as situações e os comportamentos, serão discutidas de acordo com cada categoria, seguindo a classificação de Helgeson (2003) para suporte social.

Alterações na família / amigos

Identificou-se que, nesta categoria, as conseqüências relatadas pelos participantes tiveram relação com o componente emocional, com referências positivas em relação à

maior união, apoio e proteção da família, e relatos com referência negativa, como sensação de trabalho que dão às famílias, falta de apoio, discussões, problemas e preocupações com familiares.

Entre os relatos com referência positiva, estão a aprendizagem da técnica de aplicação de insulina por familiares. Além do bem estar relatado, quando um membro da família se dispõe a aprender sobre aplicação da insulina, deduz-se que ele pode se dispor também a aprender sobre outros aspectos do diabetes, facilitando o cuidado da pessoa diabética, como na fala a seguir:

“minha filha resolveu aprender aplicar insulina assim que comecei a tomar ela, e aprendeu tão bem, que nem dói” (participante 5).

De acordo com Toljamo e Hentinen (2001b) e Gallant (2003), a pessoa cronicamente doente que recebe apoio emocional é melhor motivada na adesão às recomendações de saúde. Apoio específico à doença, como na aplicação de insulina, dieta, atividade física, é mais significativo que apoio social geral.

Estudo conduzido por Kenealy et al. (2004) mostrou que a falta de adesão ao tratamento e desinteresse diminuem, quando há participação ativa da família no cuidado, podendo levar a pessoa com diabetes a alcançar o controle metabólico com menor estresse e de forma duradoura.

Um aspecto importante a ser levantado sobre o suporte social e, em especial, o suporte familiar, é que as relações pessoais são basicamente saudáveis. Há casos em que os relacionamentos são, ao mesmo tempo, fonte de suporte e estresse. Por exemplo, maridos com diabetes expressam frequentemente conflitos com suas esposas por alterações nos comportamentos de automonitoração; a convicção do cônjuge na importância do controle glicêmico muitas vezes é um melhor preditor de resultado que a convicção da própria pessoa com diabetes (FISHER et al., 1998).

Neste estudo, pôde ser identificado, por meio das falas das pessoas, como é bom quando o cônjuge incentiva, por exemplo, uma caminhada, permanece junto por mais tempo e adere ao plano alimentar.

Em outros relatos, as pessoas se sentem vigiadas o tempo todo, querem parar de fumar, mas os familiares fumam perto e oferecem cigarro, enfim, não participam e não incentivam o cuidado diário.

Para muitas famílias, a doença é considerada uma vergonha, sendo motivo de conflitos, isolando a pessoa do convívio social, afastando-a num momento que deveria ser de acolhimento. Em determinadas famílias, a debilidade física não é aceita, levando a pessoa a sentir-se um peso para a família (KENEALY et al., 2004), como demonstrado em alguns relatos sobre a sensação de trabalho excessivo que dão aos familiares, podendo levar a uma negligência com o cuidado necessário. O relato de uma participante no estudo demonstra esta preocupação:

“parece que não sirvo pra nada, né, nem consigo aprender aplicar insulina então, minha cunhada que mora comigo, viu que eu saía todo dia de manhã cedo pra ir no PSF e foi algumas vezes comigo e aprendeu. Coitada, tanto trabalho por causa de mim...” (participante 9).

A pessoa diabética que controla sua doença, interpreta o suporte familiar como demonstração de amor e estímulo, pois sua família teme pela sua morte. Já a pessoa que não se preocupa com o controle do diabetes, pode interpretar a preocupação dos familiares como vigilância excessiva e medo do trabalho que possa vir a dar (BICUDO, 1997), como relatado por uma pessoa participante, que se sentia vigiada o tempo todo pela família.

Santana (2002) enfatiza que é a rede social e familiar que passa a lembrar sobre o comparecimento aos especialistas, ajuda na rotina de dietas, aceitação da terapia medicamentosa e tudo que diz respeito aos cuidados com a saúde, fatos relatados com referência positiva por algumas pessoas deste estudo.

Estudo realizado por Biffi (1998) sobre a perspectiva do casal na reabilitação da mulher com câncer de mama, mostrou que a falta de habilidade que alguns maridos têm para oferecer suporte às esposas, pode ser uma indicação da própria inabilidade em lidar com situações emocionais difíceis, e não propriamente falta de desejo de oferecer suporte.

A falta de interesse dos familiares em participar de consultas e grupos de orientação, relatados por algumas pessoas deste estudo, pode demonstrar essa inabilidade em oferecer apoio. Às vezes, o medo ou incapacidade desses familiares de aceitarem a presença do diabetes no meio familiar é que faz com que mantenham certa distância das orientações, provocando nas pessoas com diabetes o sentimento de desamparo e solidão.

Mais uma vez, problemas familiares receberam, em todos os relatos, referência negativa, podendo inferir que a incompreensão e discussão com familiares, assim como

preocupação com filhos, podem criar barreiras para a adesão aos cuidados, pois levam a um descontrole físico e emocional, dificultando um cuidado adequado.

Em casos de doenças crônicas como o diabetes, as pessoas tendem a se isolar, aumentando a ansiedade, o sentido de negativismo em relação à doença, o que pode levar muitas vezes a pessoa à depressão (DESSEN; BRAZ, 2000; DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002), facilitando o descontrole glicêmico.

Alterações decorrentes da doença

Nesta categoria foi identificado o suporte emocional permeando os relatos dos participantes. Houve maior número de relatos com referência negativa, em decorrência de necessidade de internação, uso de insulina, aumento da glicose, da pressão arterial e do peso, entre outros. Foi identificado também o suporte de informação, com necessidade de orientação.

Alguns relatos considerados positivos foram referentes à obtenção do controle glicêmico. Estudos realizados (UKPDS, 1998; CLARKE et al., 2005) demonstraram que, para as pessoas com diabetes, o controle intensivo da glicose e/ou da pressão arterial melhora a qualidade de vida, associa-se a taxas mais baixas de complicações reduzindo, assim, o número de eventos fatais.

Uma complicação bastante comum do diabetes é a hipertensão arterial e, entre pessoas com diabetes, a prevalência é pelo menos duas vezes maior do que na população geral. De acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (BRASIL. MS, 2002), no diabetes tipo 2 a hipertensão se associa à síndrome de resistência à insulina e ao alto risco cardiovascular.

Hu et al. (2005) ressaltam que um controle mais rigoroso do diabetes é apropriado para reduzir a mortalidade por doença cardiovascular e taxas totais de mortalidade. Por isso, o tratamento não farmacológico, com dieta apropriada e prática regular de atividade física deve ser incentivado, para reduzir a resistência à insulina. Como já demonstrado, tratamento não medicamentoso foi referido por apenas quatro pessoas deste estudo.

O controle do nível glicêmico é outro desafio que as pessoas com diabetes enfrentam. Para o DCCT (1993), existe clara recomendação para que as pessoas diabéticas

mantenham seus níveis de glicose sanguínea o mais próximo possível dos níveis normais, evitando ou retardando, dessa maneira, as complicações a longo prazo.

Neste estudo, houve relatos negativos de medo do descontrole e de dificuldade para manter o controle, como demonstrado no relato abaixo:

“ e agora, com quase 10 anos de diabete, precisei internar tem 3 meses, tá difícil controlar, tô até tomando insulina, comendo como o doutor mandou e nada. Acho que tou ficando burra, ou a diabete que piorou mesmo” (participante 44).

Motta (1998) relata que, grande parte das mulheres que participaram de seu estudo, deixaram transparecer sentimentos de perda da auto-estima, tendência ao isolamento e renúncia ao prazer de comer, que é reforçado pelas orientações restritivas dos profissionais da saúde e perda da capacidade para o trabalho.

Um fator que deve ser considerado é em relação ao uso de insulina. É consenso internacional que aproximadamente 25% das pessoas com diabetes tipo 2 requerem utilização de insulina para seu controle metabólico. No Brasil, essa proporção é da ordem de 8%, provavelmente evidenciando o despreparo dos médicos na indicação de seu uso para os diabéticos tipo 2 (BRASIL. MS, 1996).

Neste estudo, o uso de insulina foi referido por algumas pessoas de forma negativa, por entenderem que a mudança na terapêutica foi devido à piora no estado geral. As pessoas precisam ser conscientizadas de que a insulina é uma modalidade terapêutica, e que poderá facilitar o controle da doença.

A auto-aplicação é essencial para a pessoa adquirir autonomia em seu tratamento, não precisando depender de outras pessoas. Além disso, reduz o custo de seu tratamento. A família também deve ser incluída nesse cuidado, pois, em caso de necessidade, estará apta a aplicar a insulina.

Relatos de aumento do cansaço e parestesia nos dedos apresentaram referência negativa. As pessoas com diabetes podem apresentar mudanças físicas durante a vida, tais como diminuição da acuidade visual, da destreza manual, da mobilidade, da audição. Essas mudanças requerem adaptação ou nova aprendizagem de habilidades previamente aprendidas de autocuidado (AADE, 2002), e a família deve ser inserida nessa aprendizagem, proporcionando apoio e segurança à pessoa.

Dentro desta categoria houve relatos positivos de suporte de informação, referentes à aprendizagem sobre hipoglicemia e relatos positivos e negativos em relação à aprendizagem sobre complicações, troca de medicação, pressão para aprender técnica de insulina.

De acordo com recomendações da SBD (2000), a medida da glicose capilar deve ser feita sempre que houver suspeita clínica de hipoglicemia. Muitas pessoas atribuem alguns sintomas inespecíficos como fome, mal-estar e nervosismo, à presença de hipoglicemia e ingerem alimentos doces e calóricos. Com orientação adequada, a pessoa pode aprender a reconhecer quando há hipoglicemia real, e tomar os cuidados, evitando flutuações frequentes nos níveis glicêmicos.

Estudo realizado por Holmström e Rosenqvist (2005) mostrou que a maior parte das pessoas participantes fazia a monitoração da glicose sanguínea em casa, entretanto poucos souberam relatar os benefícios que poderiam obter com esta prática. Uma idéia comum era que a doença seria controlada apenas pelo fato da pessoa começar a testar sua glicemia em casa.

De acordo com Bastos e Trad (1998), os profissionais de saúde podem e devem integrar a rede de apoio social das pessoas, sendo especialmente útil em casos de doenças crônicas, quando há necessidade de muitas informações para se conseguir e manter um controle adequado.

Para Garcia e Suárez (1999), toda pessoa com doença crônica deve ser capaz de aceitar sua enfermidade, participar ativa e responsavelmente de seu plano terapêutico, saber fazer os ajustes necessários no dia-a-dia, saber identificar os sinais de alarme de alguma complicação aguda.

De acordo com Wong et al. (2005), é essencial que a pessoa com diabetes seja vista como uma participante ativa em seu cuidado, incentivando-a a ser responsável por sua própria saúde.

Conforme relatório elaborado pela OMS (2003), é imprescindível que as pessoas desenvolvam com os profissionais da saúde um bom relacionamento, e que esse vínculo se mantenha com o passar do tempo. Os profissionais devem garantir que as pessoas recebam informação e instruções adequadas para poderem gerenciar sua doença crônica.

Para isso, é preciso que as pessoas estejam inseridas em um ambiente onde se sintam à vontade para fazer perguntas, porque a qualidade da comunicação entre a pessoa e o profissional influencia os resultados para a saúde em uma variedade de condições crônicas, inclusive o diabetes.

Pessoas com diabetes devem receber cuidado médico de uma equipe multiprofissional. Essa equipe deve incluir médico, enfermeiro, farmacêutico e profissionais de saúde mental, todos com experiência e interesse especial por diabetes (ADA, 2005).

Um fator importante para a adaptação à doença crônica é a participação em grupos de orientação. A participação nesses grupos propicia às pessoas uma identificação e integração, o que pode auxiliar no entendimento e aceitação da doença (TEIXEIRA; MACHADO, 1999; TOLJAMO; HENTINEN, 2001a). A família também deve ser incentivada a participar desses grupos.

Para Grossi (1999), a participação em atividades grupais, como grupos de orientação ao diabético envolvendo os familiares para a discussão dos aspectos positivos do tratamento, bem como das dificuldades encontradas, é uma estratégia importante no manejo do diabetes.

Práticas terapêuticas

O suporte emocional se refere à presença de pessoas disponíveis para fazer companhia, ouvir, permanecer junto, tendo sido identificado nesta categoria.

Como foi citado anteriormente, um dos aspectos mais difíceis de serem seguidos no tratamento do diabetes é em relação à dieta.

Muitas vezes, a expressão “fazer dieta” tem um caráter restritivo, proibitivo, que pode interferir negativamente na adesão à alimentação adequada. Principalmente para as mulheres, que precisam não só deixar de comer o que não podem, mas resistir a esses alimentos, pois normalmente são elas que lidam e preparam as refeições.

Quando a família divide as responsabilidades com a pessoa que tem diabetes, o estresse emocional provocado pela doença crônica diminui, pois a pessoa sente que tem alguém ao seu lado. Vários autores referem que o ideal é que a dieta seja seguida por toda a família, não somente pela pessoa diabética (BICUDO, 1997; TOLJAMO; HENTINEN,

2001b; KENEALY et al., 2004). Neste estudo, a adesão ao plano alimentar pelos familiares recebeu referência positiva, concordando com os autores citados.

A dificuldade que algumas pessoas enfrentam na obtenção do adequado controle metabólico, gera nelas e em seus familiares um processo de sofrimento intenso, podendo adotar comportamentos de negação, raiva, desesperança, manifestados pelos participantes deste estudo por meio de relatos de dificuldade em seguir a dieta, mesmo sabendo da sua importância.

Diante dos diversos fatores que afetam o tratamento do diabetes, é preciso concentrar esforços na construção do desejo de mudança, enfatizando os benefícios advindos das medidas preventivas (LORENZ et al., 1996).

Um aspecto importante no cuidado do diabetes é a atividade física, sendo necessário que a família e também os profissionais incentivem a pessoa a algum tipo de atividade física que lhe seja prazerosa, podendo ser benéfico para toda a família participar dela e todos poderão sair ganhando. Neste estudo, a atividade física recebeu referências positivas e negativas.

Estudos realizados com pessoas diabéticas (BICUDO, 1997; ROSSI; PACE, 2003) mostraram que não há uma adesão completa à atividade física. Um dos motivos pode estar associado à dor nos membros inferiores, queixa muito comum entre essas pessoas. Por isso, as pessoas e suas famílias precisam ser conscientizadas da importância da atividade física periódica, e que essa prática pode auxiliar na redução da dor e edema nos membros inferiores, além de facilitar a obtenção do controle glicêmico.

Em alguns relatos deste estudo pôde-se perceber a atividade física como uma obrigação:

“o médico falou, a enfermeira falou, minha mulher falou na minha cabeça que eu precisava andar. Faz 2 meses que estou andando, só domingo que não vou, mas ainda não percebi nenhuma melhora” (participante 4).

“não gosto, mas tenho de andar, né, senão a filha briga comigo” (participante 1).

A atividade física deve ser acompanhada de prazer, que resulta em satisfação pessoal, devendo-se considerar a motivação e autodeterminação da pessoa nessa prática.

Neste sentido, tanto a família como os profissionais de saúde têm um papel importante na conscientização da pessoa para adesão à atividade física.

Alterações das condições econômicas

Nesta categoria, identificou-se o suporte instrumental, que se refere aos gastos com materiais e medicamentos, ajuda financeira, alteração salarial.

Para Bielemann (2003), tanto a família quanto os amigos são importantes fontes de apoio. São consideradas formas de apoio o pagamento de despesas e contribuição financeira. Entretanto, uma pessoa apresentou o relato com referência negativa, por se sentir envergonhada em pedir prazo ao farmacêutico para pagamento da medicação adquirida.

Já a obtenção de emprego foi relatada com referência positiva. Para Feldman e Steptoe (2003), a pessoa que trabalha e está satisfeita com seu trabalho, apresenta um sentido de ter controle maior sobre a vida, podendo influenciar a saúde e bem estar, como na fala a seguir:

“quando consegui o emprego, me senti muito bem, passei a comprar frutas e verdura, que meu marido não comprava porque não gosta de salada” (participante 16).

A perda do emprego pode levar à depressão. Sintomas psicossomáticos persistentes de depressão interferem na saúde física, impedindo a pessoa de procurar tratamento, dificultando a adesão aos cuidados recomendados e hábitos de vida saudáveis (EGEDE; NIETERT; ZHENG, 2005).

Neste estudo, houve relatos negativos de perda de emprego, proporcionando estresse, interferindo no cuidado diário, pois dificultou a compra de medicamentos não fornecidos pelo PSF e alimentos recomendados.

A preocupação financeira e a perda do lugar simbólico na família podem desestruturar a mesma, em especial quando a pessoa diabética é provedora das necessidades familiares. Às vezes a família, sozinha, não tem condições de enfrentar essa situação, precisando recorrer ao apoio de profissionais, de amigos e pessoas da comunidade (FRIEDEMANN, 1989; DIAS; WANDERLEY; MENDES, 2002), e até ao fornecimento de cesta básica pela Igreja, como no relato:

“a igreja tá dando cesta básica prá nós, mas é só por um tempo, até conseguir um emprego, daí eles ajuda outra família... aí não sei como vai ser...” (participante 25).

Para Hjelm et al. (2005), dois fatores influenciam a saúde: um é a habilidade de ser ativo do ser humano, e outro é o fato de ter um emprego e, assim, ser economicamente independente.

Para se ter sucesso no cuidado do diabetes, é necessário que haja um envolvimento harmonioso e contínuo da pessoa, família, comunidade e profissionais da saúde, na busca por atingir o equilíbrio biológico, psíquico e social da pessoa, facilitando o cuidado adequado.

Pela análise dos relatos obtidos, verificou-se que cada pessoa e cada família reage de forma diferente diante dos vários aspectos referentes ao cuidado com uma doença crônica como o diabetes. Pode-se perceber ainda a complexidade que envolve o cuidado diário com o diabetes, cada pessoa apresentando relatos tão diversos, sob pontos de vista diferentes, nos quais uma mesma situação é relatada com referência positiva por alguns, e com referência negativa por outros.

De acordo com a OMS (2003), no tratamento de uma doença crônica, como é o caso do diabetes, devem ser considerados o paciente e seus familiares, os grupos de apoio da comunidade e a equipe de saúde. Enquanto é possível obter resultados favoráveis para problemas agudos com um único prestador de serviço, somente se podem alcançar resultados positivos para as condições crônicas quando as pessoas e suas famílias, grupos de apoio da comunidade e equipe de saúde estiverem informados, motivados, capacitados e trabalharem em parceria.

A família desenvolve mecanismos próprios de enfrentamento que podem variar de acordo com as crenças culturalmente instaladas, assim como pela oferta e disponibilidade de recursos sócio-sanitários (BASTOS; TRAD, 1998; AADE, 2002; HJELM et al., 2005).

As pessoas, familiares, grupos de apoio e equipe de saúde constituem o nível micro de atenção à saúde, responsável pela maior parte do cuidado à pessoa com diabetes.

A administração de uma doença crônica é melhor realizada em famílias com boa organização, baixo conflito entre cônjuges e entre familiares, baixo problema econômico, coesão alta (KEIL, 2004).

De acordo com recomendações da OMS (2003), as pessoas e suas famílias precisam estar informadas sobre a doença crônica, incluindo seu ciclo, complicações esperadas e estratégias eficazes para prevenir complicações e administrar os sintomas.

Neste estudo, os dados mostraram que as pessoas relacionaram as ligações com familiares e amigos como fonte de suporte positivo, pelo bem-estar que lhes proporcionaram, ajudando-as de diferentes maneiras, seja aceitando as limitações dietéticas, permanecendo junto por mais tempo, visitando, reunindo-se periodicamente, aderindo à atividade física.

Por outro lado, situações conflitantes, como brigas e discussões na família tiveram referência negativa, evidenciando como a harmonia familiar é importante para essas pessoas. Doenças, preocupações com familiares e perda de emprego também foram referidos de forma negativa.

Pelos resultados obtidos, percebe-se que a família tem um papel primordial no cuidado da pessoa com diabetes, pois todos os membros familiares sofrem consequências pelas demandas que a doença traz e pelos recursos disponíveis para administrar a situação, o que pode gerar mudanças na dinâmica familiar e nos papéis que cada membro da família desempenha.

O controle de uma doença crônica como o diabetes é sempre muito difícil, por exigir mudanças de comportamentos que visam à adequação do modo de vida da pessoa à doença. A demanda para adesão aos comportamentos de saúde é um grande desafio para as pessoas com diabetes mellitus, havendo geralmente uma enorme distância entre o conhecimento e a ação das pessoas (WONG et al., 2005).

Em relação às restrições dietéticas, por exemplo, parte normalmente mais infringida pelas pessoas, deve ser ressaltado o que se pode comer, ao invés de só lembrar do que não pode, respeitando-se os hábitos alimentares de cada um (CIOCK, 2004). Como já apresentado, as pessoas deste estudo relataram seguir a alimentação recomendada quando “percebem” aumento da glicemia pois, assim, não sofrem muito.

Incertezas sobre a doença ou confusão sobre o que está acontecendo com respeito à doença e tratamento, estão associadas com maior descarga de ansiedade (HELGESON; SNYDER; SELTMAN, 2004), facilitando um descontrole do diabetes.

A imagem que o diabetes proporciona à pessoa relaciona-se a experiências vividas. Muitas pessoas com diabetes tipo 2 têm parentes diabéticos, e este conhecimento influencia a própria visão da doença (HÖRNSTEN; SANDSTRÖM; LUNDMAN, 2004).

As pessoas com doença crônica, como é o caso do diabetes, não devem apenas pensar no controle da doença ou em manterem-se vivas, mas devem procurar viver de maneira normal.

6.3 Características das pessoas com bom controle glicêmico

Atingir e manter o controle glicêmico é essencial para se postergar o desenvolvimento das complicações do diabetes. Sem dúvida, o apoio da família é imprescindível, merecendo um estudo mais aprofundado, com delineamento apropriado, que demonstre com mais clareza como esse apoio pode afetar o controle glicêmico.

Como demonstrado no quadro 2, onze mulheres apresentaram bom controle glicêmico, podendo significar que as mulheres freqüentam mais usualmente os serviços de saúde, seguem mais fielmente as orientações recebidas e se preocupam mais com a saúde.

Estudo realizado por Hjelm et al. (2005) com pessoas diabéticas, mostrou que as mulheres são mais cuidadosas e têm mais consciência dos riscos do diabetes e, por isso, aceitam melhor os cuidados com a saúde.

Para Motta (1998), a questão do gênero e o papel social da mulher estão entre os principais diferenciais no controle da doença. Segundo essa autora, os homens tendem a receber apoio de suas esposas e filhas, enquanto que as mulheres enfermas têm que priorizar os cuidados com os cônjuges, filhos e netos, e valer-se por si mesmas.

Grossi (1999) relata que se deve considerar que é a pessoa diabética e seus familiares que direcionam a terapêutica a longo prazo, e que eventos de descompensação aguda ou crônica são geralmente resultantes da falta de adesão ao autocontrole, déficit de conhecimento relacionado ao diabetes e comportamentos inadequados de autocuidado.

Rodríguez-Morán e Guerrero-Romero (1997) e Keil (2004) reforçam que, em virtude do diabetes requerer cuidados diários independentes dos profissionais de saúde, é necessário que toda pessoa com diabetes perceba sua própria conduta como parte da responsabilidade no controle da doença, e que seus familiares dêem o apoio adequado para se atingir e manter um controle adequado.

Assim, os profissionais de saúde devem encontrar estratégias de valorização do conhecimento da pessoa com diabetes e sua família, encorajando-as e incentivando-as a uma participação ativa no cuidado, fazendo-as perceber que são tão ou mais responsáveis que os próprios profissionais no cuidado diário do diabetes.

A habilidade de cada pessoa enfrentar situações adversas tem um papel importante na eficácia das intervenções. Ainda não se sabe ao certo porque algumas pessoas conseguem enfrentar com sucesso situações de estresse, como é o caso de uma doença crônica, e outras não o conseguem (KEIL, 2004).

Ferraz (1995) estudou a relação entre modos de enfrentamento e controle metabólico, e identificou entre as pessoas participantes do estudo diferentes modos de enfrentamento, e que a busca de informação como meio de enfrentar o problema nem sempre é utilizada por todas as pessoas, as quais podem usar formas indiretas de enfrentamento, tais como minimização de emoção.

Nesse sentido, Cohen e Kanter (2004) ressaltam que o estresse psicológico pode afetar comportamentos de autocuidado que são essenciais para o controle dos níveis de glicose sanguínea e prevenção de complicações. Relatam ainda que tanto a adesão ao autocuidado quanto o estresse psicológico estão firmemente relacionados às estratégias de enfrentamento pessoais usadas para superar essas situações.

Por isso, aceitar o conhecimento da pessoa e sua família, orientar de forma que ela entenda em casos de conhecimento equivocado, valorizar suas experiências, são formas de incentivar a pessoa e família a assumirem a responsabilidade maior pelo cuidado.

6.4 Características das pessoas com mau controle glicêmico

No presente estudo, a maior parte das pessoas que apresentaram mau controle glicêmico é composta de homens, dados que coincidem com estudo de Bicudo (1997), que também encontrou maior número de homens com mau controle que mulheres e, entre as pessoas com bom controle, as mulheres eram maioria.

As complicações crônicas são passíveis de desenvolvimento ao longo do tempo da doença, e se constituem em um sério problema de saúde pública, pois são altamente incapacitantes para a realização de tarefas diárias, comprometem a qualidade de vida, além

de seu tratamento ser extremamente oneroso para a pessoa, a família e o sistema de saúde (GROSSI, 1999; ADA, 2004).

Como pôde ser observado, as pessoas do estudo que apresentaram mau controle glicêmico, têm maior tempo de diagnóstico de diabetes, maior número de internações decorrentes da descompensação e desenvolvimento de maior número de complicações.

Além disso, as dificuldades na obtenção do controle adequado geram nas pessoas e seus familiares um processo de sofrimento intenso que pode ser observado através de comportamentos de negação, depressão, raiva, acomodação, culpa, dependência, impotência e desesperança (SMELTZER; BARE, 2000). Tratar das emoções que cercam uma doença crônica é um processo lento, que começa com as adaptações necessárias e conduz à integração.

Sabe-se que todos esses fatores influenciam para se conseguir e manter um controle adequado. Portanto, não se pode afirmar que somente o apoio da família ou a sua falta, seja o responsável pelo controle glicêmico dessas pessoas, mas, sem dúvida, é um fator importante que deve ser considerado no cuidado diário.

Dias, Wanderley e Mendes (2002) relatam que, às vezes, a família sozinha não tem condições de enfrentar a presença de doença crônica em um de seus membros. Precisam do apoio dos profissionais da saúde, especialmente no que se relaciona às necessidades de educação em saúde, bem como de suporte e colaboração de outras pessoas da comunidade.

As pessoas devem estar motivadas para mudar seus comportamentos e manter estilos de vida saudáveis, aderir a tratamentos de longo prazo e autogerenciar sua condição crônica com habilidades comportamentais (OMS, 2003).

De acordo com Wong et al. (2005), pode-se obter resultados positivos quando as pessoas são envolvidas ativamente em seu próprio cuidado, juntamente com o apoio da família, o que proporciona estabelecimento de vínculo e interação com os profissionais de saúde. Um plano terapêutico no qual são respeitados o estilo de vida da pessoa, motivação, conhecimento e recursos sociais também é benéfico.

Aceitar e compreender comportamentos da pessoa diabética é condição essencial para o estabelecimento do vínculo necessário para a adesão ao auto-controle, como também para dar liberdade à pessoa e sua família de fazer opções no plano terapêutico, para mudanças efetivas de comportamento (GROSSI, 1999).

Como já visto, Santana (2002) relata que, quando se tem maior oportunidade de compartilhar sentimentos e emoções, há uma melhora na função imunológica. Em consequência, as pessoas sem um apoio adequado podem sofrer mais estresse do que as que desenvolvem mais laços sociais. Naturalmente, o medo perante o desconhecido e o perigoso reduz-se quando se fazem presentes as figuras familiares.

De acordo com Dias, Wanderley e Mendes (2002), deve haver muita compreensão e controle da situação, uma ajuda mútua, combate aos medos, ao isolamento e ao estigma que envolve muitas doenças e, desta forma, o cuidado poderá ser facilitado.

7 CONCLUSÕES

7.1 Caracterização da população

A população do estudo caracterizou-se em pessoas predominantemente do sexo feminino (72,5%), idade média de 55,1 anos, casadas (66,7%), escolaridade de um a três anos (47,1%), não exercem atividade remunerada (52,9%), renda familiar em entre um e dois salários mínimos (39,2%), tempo de duração do diabetes entre um a cinco anos (45,1%), utilizando como forma de tratamento antidiabético oral e dieta (23,5%) e insulina e dieta (11,8%), sendo que 13,7% referem presença de complicação, 31,4% já precisaram internar e 39,2% apresentaram mau controle glicêmico.

Essas características mostram uma população vulnerável para o desenvolvimento de complicações crônicas do diabetes, quer seja pela idade, baixa escolaridade, tempo de duração do tempo do diabetes, mau controle glicêmico.

Em relação ao tratamento, recebiam antidiabético oral e insulina, traduzindo a complexidade do regime terapêutico, dificultando ainda mais a adesão ao tratamento, o que leva a inferir a necessidade do apoio familiar no cuidado do diabetes.

7.2 Relatos dos incidentes críticos

Por meio dos relatos, identificaram-se ocorrências significativas da vida cotidiana sendo influenciadas pelo diabetes. Obteve-se um total de 226 relatos apresentados pelos participantes. Cada relato corresponde a uma situação. Dessa forma, obtiveram-se 226 situações, que originaram 342 comportamentos e 418 conseqüências. Houve, em média, 4,43 relatos de incidentes críticos para cada pessoa, sendo distribuídos em quatro categorias principais: alterações na família/amigos, alterações decorrentes da doença, práticas terapêuticas e alterações das condições econômicas.

7.2.1 Incidente crítico: elemento situações

Em relação ao elemento **situações**, houve 226 relatos, sendo 109 (48,2%) com referência positiva e 117 (51,8%) com referência negativa. Entre os relatos de situações positivas, destaca-se apoio familiar, adesão à atividade física, confraternização com familiares e amigos, ocorrências inesperadas, como nascimento de netos, necessidade de

orientação, participação em grupos de diabéticos. Entre os relatos negativos, destaca-se preocupação com filhos, doença e morte de familiares, alcoolismo. Alguns relatos receberam tanto referência positiva quanto negativa, como alteração no estado de saúde, adesão à dieta para diabetes, situações relacionadas ao emprego e despesa com materiais ou medicamentos.

6.2.2 Incidente crítico: elemento comportamentos⁷

Em relação ao elemento **comportamentos**, houve 335 relatos, sendo 148 (44,2%) com referência positiva e 187 (55,8%) com referência negativa. Em relação aos comportamentos positivos, destaca-se apoio da família no cuidado diário. Em relação aos comportamentos negativos, destaca-se falta de apoio da família, brigas e discussões com familiares e alteração no poder aquisitivo. Alguns relatos receberam tanto referência positiva quanto negativa, como alterações emocionais, necessidade de orientação, adesão a cuidados recomendados e à dieta para diabetes e despesa com materiais ou medicamentos.

7.2.3 Incidente crítico: elemento consequências

Em relação ao elemento **consequências**, houve 389 relatos, sendo 160 (41,1%) com referência positiva e 229 (58,9%) com referência negativa. Em relação às consequências positivas, destaca-se mais uma vez o apoio da família. Entre as negativas, destacam-se problemas familiares, falta de apoio da família. Alguns relatos receberam tanto referência positiva quanto negativa, como alteração no estado de saúde, adesão à dieta e atividade física, alteração no controle, entre outros.

7.3 Características das pessoas com bom controle glicêmico

Entre as pessoas participantes deste estudo, 17 apresentaram bom controle glicêmico. Destas, onze são mulheres, idade média de 55,7 anos, 47% com um a cinco anos de diagnóstico, sete com peso dentro dos limites normais. Quanto ao tratamento seguido, cinco pessoas referem seguir dieta e uso de antidiabético oral, quatro seguem dieta, atividade física e uso de insulina, três seguem tratamento não medicamentoso. As demais seguem a dieta e uso de insulina; dieta, atividade física e antidiabético oral; só antidiabético

oral; só insulina; e dieta, atividade física, antidiabético oral e insulina. Uma pessoa referiu presença de complicação, uma não soube informar, e três já estiveram internadas devido à hiperglicemia. Em relação ao apoio familiar referido, treze pessoas relataram situações positivas em maior frequência que situações negativas.

7.3 Características das pessoas com mau controle glicêmico

Entre as pessoas participantes deste estudo, 20 apresentaram controle glicêmico ruim. Destas, quinze são mulheres, idade média de 54,75 anos, 40% com um a cinco anos de diagnóstico, oito com peso dentro dos limites normais. Quanto ao tratamento seguido, quatro pessoas referem utilizar apenas insulina, quatro referem seguir dieta e uso de insulina, três seguem dieta e antidiabético oral, duas atividade física e uso de insulina, duas utilizam apenas antidiabético oral e duas seguem dieta, atividade física e antidiabético oral. As demais referem atividade física e antidiabético oral; dieta, atividade física e uso de insulina; e uso de antidiabético oral e insulina. Ressalta-se que nenhuma dessas pessoas segue tratamento não medicamentoso. Entre essas pessoas, nove já foram internadas principalmente por hiperglicemia e quatro referem presença de complicação crônica devido ao diabetes. Em relação ao apoio familiar recebido, nove referiram situações positivas em maior número que negativas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos resultados obtidos, os participantes referiram ter recebido dos familiares apoio, carinho, compreensão e estímulo, mas também referiram incompreensão, desarmonia, brigas e discussões com familiares.

É importante enfatizar que situações relatadas pelas pessoas com referência positiva, levam a comportamentos e consequências positivas, e situações com referência negativa, levam a comportamentos e consequências também negativas. Esses relatos refletem o pensamento das pessoas participantes neste estudo, cabendo ao pesquisador relatá-los sob este ponto de vista, sem julgá-los como corretos ou incorretos.

O apoio social familiar parece exercer uma importante influência no cuidado à pessoa com diabetes. Apesar de no presente estudo não ser possível examinar a relação existente entre o controle glicêmico e apoio familiar, por meio dos quadros 2 e 3, pode-se inferir uma tendência entre as pessoas com bom controle glicêmico e apoio familiar, fato que direciona ao desenvolvimento de outro estudo, com delineamento para esta investigação.

Este estudo possibilita ainda inferir que a doença crônica pode influenciar o cuidado familiar de diferentes formas, e também a família pode ser influenciada, dependendo do comportamento da mesma e da forma como entende a doença, evidenciando a complexidade do envolvimento familiar no cuidado à pessoa com diabetes mellitus.

Quando a família aceita a presença da doença crônica e adere aos cuidados, à medida que cada membro muda, afeta o comportamento do outro, favorecendo, conseqüentemente, a mudança de comportamento da pessoa com diabetes.

Um aspecto muito importante no cuidado é a participação e o envolvimento da família no cuidado da pessoa portadora de doença crônica. A pessoa diabética e seus familiares precisam estar motivados para aceitar possíveis limitações nas atividades diárias impostas pelo diabetes, e a enfrentar essas limitações.

Para a OMS (2003), é essencial que a família esteja engajada no cuidado, juntamente com a pessoa diabética. Os profissionais da saúde precisam estar atentos, e inserir a família no cuidado, considerando os hábitos, crenças e conhecimento prévio da pessoa e sua família.

O comportamento da pessoa no dia-a-dia, em relação à adesão a esquemas terapêuticos, prática de atividades físicas, alimentação balanceada, sono regular, interação com serviços de saúde e abandono do tabagismo, influencia a saúde em proporções muito maiores do que intervenções médicas isoladas. Infelizmente, o comportamento da pessoa e também da família, que poderia prevenir ou melhorar o gerenciamento da várias condições crônicas, é freqüentemente menosprezado no sistema de saúde atual (OMS, 2003).

As crenças e atitudes das pessoas sobre a seriedade do diabetes são dadas, de certa forma, por suas experiências, que podem incluir o viver com diabetes, convivência com um familiar diabético, conselhos recebidos de amigos e conhecidos (AADE, 2002).

Pretende-se, com este estudo, fortalecer um programa de educação envolvendo a Prefeitura de Passos-MG e a Faculdade de Enfermagem, objetivando uma assistência de forma integral, em que a família será convidada a participar de grupos de discussão e orientação sobre o diabetes, levando-se em consideração as necessidades de aprendizagem de cada um, e onde serão respeitados o conhecimento, os hábitos de vida e as crenças dos participantes.

Para tanto, torna-se necessário conhecer o perfil da população que se quer atingir, o que foi conseguido por meio da caracterização das pessoas participantes deste estudo.

Além disso, é importante que, antes de iniciar uma orientação específica sobre o diabetes, se conheçam os padrões individuais de resposta da pessoa diabética e seu cuidador, normalmente um membro da família, em relação aos sentimentos, angústias, anseios e necessidades para, em conjunto, traçar estratégias a curto, médio e longo prazo, para se alcançar o controle metabólico (SANTOS et al., 2005).

O enfermeiro tem papel importante na orientação necessária à pessoa com diabetes e sua família, e precisa ter em mente que algumas pessoas preferem aprender lendo, outras ouvindo, outras numa combinação das duas formas. Em uma situação de grupo, pode-se fornecer inúmeras opções, podendo acomodar uma variedade de estilos diferentes de aprendizagem.

É essencial, ainda, que a pessoa com diabetes tenha um papel ativo em seu cuidado, havendo uma aproximação maior entre a pessoa, sua família e profissionais membros da equipe de saúde (OMS, 2003; ADA, 2005).

De acordo com recomendações da AADE (2002), construir um programa educacional em torno de objetivos auto-selecionados, pode ajudar a manter o interesse dos participantes no mesmo, fornecendo conhecimento e habilidades necessárias para o alcance dos objetivos propostos.

É importante ressaltar que, atualmente, o Programa de Assistência ao Diabético de Passos-MG conta somente com dois médicos endocrinologistas e uma auxiliar de enfermagem, não havendo a participação de outros profissionais da equipe de saúde.

Vale dizer que a Instituição de Ensino, à qual a Faculdade de Enfermagem está vinculada, conta também com os cursos de Nutrição, Educação Física e Serviço Social, havendo possibilidade de inserir estes profissionais no programa de educação a ser proposto.

A atuação de uma equipe multiprofissional, desenvolvendo métodos criativos na orientação dos cuidados básicos, estimulando a pessoa com diabetes e sua família para a prática diária do tratamento, trabalhando principalmente com a educação continuada, visando a aumentar, gradativamente, a mudança de hábitos, pode levar a uma melhor qualidade de vida das pessoas envolvidas.

Desta forma, acredita-se que poderá haver uma grande adesão por parte das pessoas e das famílias, o que poderá prevenir ou retardar as complicações do diabetes.

Citando Dias, Wanderley e Mendes (2002, p. 87), no cuidado da pessoa com diabetes deve existir, acima de tudo, *“um ingrediente tão ou mais importante de todos: o amor. Ter amor pelo que faz, pelo próximo, é o remédio mais eficiente na prevenção e recuperação de possíveis seqüelas”*.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIKENS, J.E.; LUTZMAM, P.J. Aspectos psicossociais das complicações do pé diabético. In: LEVIN; O'NEAL. **O pé diabético**. 6 ed. Rio de Janeiro: Dilivros Editora, 2002. p. 711-20.
- ALBIERO, C.E. **A função de cuidar na assistência domiciliar:** deles ou delas? Disponível em http://www.sibrad.com.br/2002/anais/trab_26.doc. Acesso em 19 nov. 2003.
- ALGERA, M.; FRANCKE, A.L.; KERKSTRA, A.; VAN DER ZEE, J. Home care needs of patients with long-term conditions: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 46, n. 4, p. 417-29, 2004.
- ALMEIDA, H.G.G. (Coord.) **Diabetes mellitus:** uma abordagem simplificada para profissionais de saúde. São Paulo: Atheneu, 1997. 95 p.
- AMERICAN ASSOCIATION of DIABETES EDUCATORS. Individualization of diabetes self-management education. **The Diabetes Educator**, v. 28, n. 5, p. 741-9, sep./oct. 2002.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical practice recommendations 2002. **Diabetes Care**, v. 25. Suppl. 1, january 2002.
- _____. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 27. Suppl. 1, january 2004.
- _____. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 28. Suppl. 1, p. S304-S42, january 2005.
- ANDRADE, G.R.B. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-34, 2002.
- ARAÚJO, L.M. Novas opções no tratamento do diabetes mellitus não insulino dependente. **Diabetes & Metabolism**, São Paulo, n. 1, p. 4-9, 1997.
- ARÁUZ, A.G.; SÁNCHEZ, G; PADILLA, G.; FERNÁNDEZ, M.; ROSELLÓ, M; GUSMÁN, S. Intervención educativa sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 9, n. 3, p. 145-53, 2001.
- BARBOSA, R.B.; BARCELÓ, A.; MACHADO, C.A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de *diabetes mellitus* no Brasil: relatório preliminar. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 10, n. 5, p. 5-30, nov. 2001.
- BASTOS, A.C. de S.; TRAD, L.A.B. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 3, n. 1, p. 106-15, 1998.

- BICUDO, S.D.S. **Diabetes mellitus tipo II e suporte social familiar:** suas relações com o controle da doença. 1997. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo.
- BIELEMANN, V.L.M. A família no cuidado do ser humano com câncer e sentindo a experiência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n.2, p. 133-37, mar./abr. 2003.
- BIFFI, R.G. **O suporte social do parceiro sexual na reabilitação da mulher com câncer de mama:** a perspectiva do casal. 1998. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus. Guia básico para diagnóstico e tratamento.** Brasília, Ministério da Saúde, 1996.
- _____. **Informe da Atenção Básica. Diabetes e a Reorganização da Atenção.** Brasília, ano 2, n.6, p.1, fev. 2001.
- _____. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
- BUB, L.I.R. (coorden.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis (SC): Ed. da UFSC, 1994. 196 p. (Série enfermagem – REPENSUL).
- CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**, v. 17, n. 4, p. 35-63, 2003.
- CARVALHO, V.T.; CASSIANI, S.H. de B. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 523-9, jul./ago. 2002.
- CENEPI. Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 1, n. 3, p. 45-73, 1992.
- CIOCK, S. **Entendendo de nutrição em diabetes.** Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna, 2004. 149 p.
- CLARKE, P.M. et al. Cost-utility analyses of intensive blood glucose and tight blood pressure control in type 2 diabetes. **Diabetologia**, v. 48, p. 875-90, 2005.
- COHEN, M.; KANTER, Y. Relation between sense of coherence and glycemic control in type 1 and type 2 diabetes. **Behav. Med.**, v. 29, n. 4, p. 175-83, 2004.
- COLBERG, S.R. **Atividade física e diabetes.** Tradução Maria de Lourdes Giannini. São Paulo: Manole, 2003.

- COLLERAN, K.M.; STARR, B.; BURGE, M.R. Putting diabetes to the test: analyzing glycemic control base don patients' diabetes knowledge. **Diabetes Care**, v. 26, n. 7, p. 2220-1, 2003.
- COMITÉ de EDUCACIÓN – DOTA. Normas para el desarrollo de programas de educación sobre la diabetes en Américas. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 10, n. 5, p. 349-53, 2001.
- COSTA, A.A.; ALMEIDA NETO, J.S de. **Manual de diabetes. Alimentação, medicamentos, exercícios**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 1998.
- DAMASCENO, L.A.N. **Diretrizes para a atuação do fisioterapeuta na prevenção do pé diabético**. 2005. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- DAVIDSON, M.B. **Diabetes mellitus. Diagnóstico e tratamento**. 4 ed. Tradução Raymundo Martagão Gesteira. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- _____. Starting insulin therapy in type 2 diabetic patients: does it really matter how? **Diabetes Care**, v. 28, n. 2, p. 494-95, february 2005.
- DAVIS, W.A.; KNUIMAN, M.W.; HENDRIE, D.M.A.; DAVIS, T.M.E. Determinants of diabetes-attributable non-blood glucose-lowering medications costs in type 2 diabetes: The Fremantle Diabetes Study. **Diabetes Care**, v. 28, n. 2, p. 329-36, february 2005.
- DCCT. Research Group Diabetes Control and Complications Trial. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progressions of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **N. Engl. J. Med.**, v. 329, p. 977-86, 1993..
- DEAN, A.G. et al. EpiInfo version 6: a word processing database, and statistics program for public health on IBM – compatible microcomputer. Atlanta, Georgia, 2001.
- DELA COLETA, J.A. A técnica dos incidentes críticos. **Arq. Bras. Psic. Aplicada**, v. 26, n. 2, p. 35-8, abr./jun. 1974.
- DELA COLETA, J.A. A análise do trabalho e a determinação de critérios em psicologia aplicada. **Arq. Bras. Psic. Aplicada**, v. 26, n. 2, p. 71-82, 1972.
- DELA COLETA, J.A.; DELA COLETA, M.F. **A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação**. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. 130 p.
- DES ROSIER, M.B.; CATANZARO, M.; PILLER, J. Living with chronic illness: social support and the well spouse perspective. **Rehabilitation Nursing**, v. 17, n. 2, p. 88-91, mar./apr. 1992.

- DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic. Teor. e Pesq.**, v. 16, n. 3, p. 1-18 set./dez. 2000.
- DIAS, E.L.F.; WANDERLEY, J.S.; MENDES, R.T. (orgs.) **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. 141 p.
- DI MATTEO, M.R. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta analysis. **Health Psychology**, v. 23, n. 2, p. 207-18, march 2004.
- DUNNINGHAM, W. Aspectos psicossociais do diabetes mellitus e da polineuropatia diabética. **Arq. Bras. Medicina**, v. 71, n. 3, p. 101-03, mai./jun. 1997.
- EGEDE, L.E.; NIETERT, P.J.; ZHENG, D. Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. **Diabetes Care**, v. 28, n. 6, p. 1339-45, june 2005
- ELSÉN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Santa Catarina: UFSC, 1994.
- ENGELGAU, M.M.; NARAYAN, K.M.; HERMAN, W.H. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 23, p. 1563-80, 2000.
- ESTRELA, M.T.; ESTRELA, A.A. **A técnica dos incidentes críticos no ensino**. 2 ed. Lisboa, Estampa, 1994. 155 p.
- EXPERT COMMITTEE on the DIAGNOSIS and CLASSIFICATION of DIABETES MELLITUS: Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 26, p. 3160-7, 2003.
- FELDMAN, P.J.; STEPTOE, A. Psychosocial and socioeconomic factors associated with glycated hemoglobin in nondiabetic middle-aged men and women. **Health Psychology**, v. 22, n. 4, p. 398-405, july 2003.
- FELICIANO, A.B. **Demanda por doenças crônico-degenerativas entre adultos matriculados em uma Unidade Básica de Saúde em São Carlos – SP**. 1997. 157 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FERRAZ, A.E.P. **Modos de enfrentar problemas e sua relação com o componente emocional e controle metabólico das pessoas com diabetes mellitus**. 1995. 217 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FERREIRA, E.A.P.; CHIMOKA, F.A.B. Estratégias de enfrentamento utilizadas por portadores de diabetes tipo 2. **Diabetes Clínica**, São Paulo, v. 4, p. 279-86, 2004.

- FISHER, L.; CHESLA, C.A.; BARTZ, R.J.; GILLISS, C.; SKAFF, M.A.; SABOGAL, F.; KANTER, R.A.; LUTZ, C.P. The family and type 2 diabetes: a framework for intervention. **The Diabetes Educator**, v. 24, n. 5, p. 599-607, sep./oct. 1998.
- FLANAGAN, J.C. A técnica do incidente crítico. **Arq. Bras. Psic. Aplicada**, v. 25, n. 2, p. 99-141, abr./jun. 1973.
- FRANCO, L.J. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Diabetes Clínica**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 217-18, mai./jun. 2004. p. 217-18.
- FREEMANTLE, N. et al. Availability of inhaled insulin promotes greater perceived acceptance of insulin therapy in patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 28, n. 2, p. 427-28, february 2005.
- FRIEDEMANN, M.L. **Manual for effective community health nursing practice**. Califórnia, Wadsworth Health Science, 1983. 301 p.
- _____. The concept of family nursing. **Journal of Advanced Nursing**, n. 14, p. 211-16, 1989.
- GALBRAITH, M.E. What kind of social support do cancer patients get from nurses? **Cancer Nursing**, v. 18, n. 5, p. 362-67, 1995.
- GALERA, S.A.F. **Avaliação construtivista de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que tem um portador de esquizofrenia entre seus membros**. 2002. 164 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- GALLANT, M.P. The influence of social support on chronic illness self-manegement: a review and diretions for research. **Health Educ. and Behavior**, v. 30, n. 2, p. 170-95, apr. 2003.
- GAMBA, M.A.; GOTLIEB, S.L.D.; BERGAMASCHI, D.P.; VIANNA, L.A.C. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 44-8, junho 2004.
- GARCIA, R.; SUÁREZ, R. La educación em diabetes. Algunas reflexiones para la práctica. **Rev. Asociación Latinoamericana de Diabetes**, v. 7, n. 3, p. 170-77, 1999.
- GILMER, T.P.; O'CONNOR, P.J.; WILLIAM, A.; CRAIN, A.L.; WHITEBIRB, R.R.; HANSON, A.M.; SOLBERG, L.I. Predictors of health care costs in adults with diabetes. **Diabetes Care**, v. 28, n. 1, p. 59-64, january 2005.
- GLASGOW, R.E.; EAKIN, E.G. Issues ind diabetes self-management. In: SHUMAKER, S.A. et al. **The handbook of health behavior change**. 2 ed. New York: Springer Publishing Company, 1998. p. 435-61.

- GONZALEZ, J.S. et al. Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. **Health Psychology**, v. 23, n. 4, p. 413-18, july 2004.
- GONZALEZ, L.A.M. **A doença veio para ficar. Estudo etnográfico da vivência do ser diabético**. 1993. 176 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- GROSSI, S.A.A. Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus. **Diabetes Clínica**, São Paulo, v. 1, p. 37-9, 1999.
- GUIMARÃES, F.P. de M. **Indivíduos com diabetes melito tipo 2: perfil e prática adotada em relação ao tratamento não medicamentoso**. 2001. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- HARRIS, M.I.; KLEIN, R.; WELBORN, T.A.; KNUIMAN, M.W. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis. **Diabetes Care**, v. 15, n. 7, p. 815-19, july 1992.
- HAYASHIDA, M. **Laboratório de enfermagem como subsistema tecnológico organizacional: análise de utilização segundo sua finalidade**. 1997. 169 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- HELGESON, V.S. Social support and quality of life. **Quality of Life Research**, v. 12, p. 25-31, 2003. Suppl. 1.
- HELGESON, V.S.; COHEN, S.; SCHULZ, R.; YASKO, J. Long-term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer. **Health Psychology**, v. 20, n. 5, p. 387-92, september 2001.
- HELGESON, V.S.; SNYDER, P.; SELTMAN, H. Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. **Health Psychology**, v. 23, n. 1, p. 3-15, 2004.
- HJELM, K.G.; BARD, K.; NYBERG, P.; APELQVIST, J. Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin. **Journal of Advanced Nursing**, v. 50, n. 1, p. 47-59, april 2005.
- HOLMSTRÖM, I.M.; ROSENQVIST, U. Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. **Journal of Advanced Nursing**, v. 49, n. 2, p. 146-54, 2005.
- HÖRNSTEN, A.; SANDSTRÖM, H.; LUNDMAN, B. Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. **Journal of Advanced Nursing**, v. 47, n. 2, p. 174-82, 2004.

- HU, G.; JOUSILAHTI, P.; QIAO, Q.; KATOH, S.; TUOMILEHTO, J. Sex differences in cardiovascular and total mortality among diabetic and non-diabetic individuals with or without history of myocardial infarction. **Diabetologia**, v. 48, p. 856-61, 2005.
- JOHNSON, S.L.; TABAEI, B.P.; HERMAN, W.H. The efficacy and cost of alternative strategies for systematic screening for type 2 diabetes in the U.S. population 45-74 years of age. **Diabetes Care**, v. 28, n. 2, p. 307-11, february 2005.
- KEIL, R.M.K. Coping and stress: a conceptual analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 45, n. 6, p. 659-65, 2004.
- KENEALY, T.; ARROLL, B.; KENEALY H.; DOCHERTY, B.; SCOTT, D.; SCRAGG, R.; SIMMONS, D. Diabetes care: practice nurse roles, attitudes and concerns. **Journal of Advanced Nursing**, v. 48, n. 1, p. 68-75, 2004.
- KINDER, L.S.; KAMARCK, T.W.; BAUM, A.; ORCHARD, T.J. Depressive symptomatology and coronary heart disease in type 1 diabetes mellitus: a study of possible mechanisms. **Health Psychology**, v. 21, n. 6, p. 542-52, november 2002.
- KING, H.; AUBERT, R.E.; HERMAN, W.H. Global burden of diabetes, 1995-2025. **Diabetes Care**, v. 21, n. 9, p. 1414-31, 1998.
- KOZAK, G.P.; CAMPBELL, D.R.; FRYKBERG, R.G.; HABERSHAW, G.M. **Tratamento do pé diabético**. 2 ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1996. 320 p.
- KROHNE, H.W.; SLANGEN, K.E. Influence of social support on adaptation to surgery. **Health Psychology**, v. 24, n. 1, p. 101-05, january 2005.
- LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo: HUCITEC ABRASCO, 1998. 284 p.
- LO, R. Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM. **Journal of Advanced Nursing**, v. 30, n. 5, p. 418-24, 1999.
- LORENZ, R.A.; BUBB, J.; DAVIS, D.; JACOBSON, A. Changing behavior. Practical lessons from DCCT. **Diabetes Care**, v. 19, n. 6, p. 648-52, jun. 1996.
- LUBKIN, I.M.; LARSEN, P.D. **Chronic illness. Impact and interventions**. 5 ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2002. 609 p.
- LUCE, M.; PADILHA, M.J.; ALMEIDA, R.L.V.; SILVA, M.O. O preparo para o autocuidado do cliente diabético e familiares. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 137-52, agosto 1991.
- MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, v. 15, n. 11, p. 1509-16, november 1992.

- MAIA, F.F.R.; ARAÚJO, L.R. Projeto “Diabetes Weekend” – proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, v. 46, n. 5, p. 566-73, 2002.
- MARQUES, S. **O idoso após acidente vascular cerebral: consequências para a família**. 2004. 171 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MARTIRE, L.M.; LUSTIG, A.P.; SCHULZ, R.; MILLER, G.F.; HELGESON, V.S. Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. **Health Psychology**, v. 23, n. 6, p. 599-611, november 2004.
- MENDES, P.B.M.T. Quem é o cuidador? In: DIAS, E.L.F.; WANDERLEY, I.S.; MENDES, R.T. (Coord.). **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. cap. 2, p. 17-32.
- MILECH, A. Perspectivas no tratamento do diabetes mellitus. **Diabetes & Metabolism**, São Paulo, n. 4, p. 170-171, 1998.
- MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M. de A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MOTTA, D.G. da. **A educação participante no controle metabólico e qualidade de vida de mulheres com diabetes mellitus tipo 2**. 1998. 243 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.
- MURATA, G.H.; SHAH, J.H.; ADAM, K.D.; WENDEL, C.S.; BOKHARI, S.U.; SOLVAS, P.A. Factors affecting diabetes knowledge in type 2 diabetic veterans. **Diabetologia**, v. 46, p. 1176-78, 2003.
- NATIONAL DIABETES EDUCATION PROGRAM. **Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes**. NIH Publication, n. 98. march 1999.
- NOGUEIRA, M.S. **Incidentes críticos na passagem de plantão**. 1988. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- OLIVEIRA, O. de. Ação educativa de enfermagem no controle do diabetes. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 13. Número Especial, Parte I, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003. 105 p. Relatório Mundial.
- PACE, A.E.; FOSS, M.C.; OCHOA-VIGO, K.; HAYASHIDA, M. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 55, n. 5, p. 514-21, set./out. 2002.

- PACE, A.E.; 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, p. 312-19, maio/junho 2003.
- PACE, A.E.; OCHOA-VIGO, K.; CALIRI, M.H.L.; FERNANDES, A.P.M. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. 2005. **Mimeografado**.
- PADILHA, M.J.C.S.; CARVALHO, M.T.C.; SILVA, M.O.; PINTO, V.T. Visita domiciliar. Uma alternativa assistencial. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 83-90, maio 1994.
- PEDROSA, H.C. Pé diabético: uma complicação multifacetada. **Endocrinologia e Diabetes**, v. 4, n. 3, p. 17-21, jul. 2003.
- PENNA, C.M. de M.; PINHO, L.M.O. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 1, p. 7-12, jan./fev. 2002.
- POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Tradução Regina Machado Garcez. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- POZZAN, R.; CUNHA, E.F.; PORTELA, E.S.; BARBOSA, K.C.M.; CUNHA, M.S.R.; SOUZA, C.M.V.; PEREIRA, C.B.M.; GOMES, M.B. Experiência com um programa de educação para pacientes diabéticos com baixo nível sócio-econômico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 241-9, jul./set. 1994.
- REYNOLDS, J.S.; PERRIN, N.A. Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. **Health Psychology**, v. 23, n. 4, p. 425-30, july 2004.
- RODRIGUEZ-MORÁN, M.; GUERRERO-ROMERO, J.F. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. **Salud pública Méx**, v. 39, n. 1, p. 44-7, jan./fev. 1997.
- ROSE, L.E. Caring for caregivers: perceptions of social support. **J. of Psychosocial Nursing**, v. 35, n. 2, p. 17-24, febr. 1997.
- ROSSI, V.E.C.; PACE, A.E. Perfil das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas no Programa de Assistência ao Diabético de Passos – MG. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 104-09, mar./abr. 2003.
- RUBINI, C.J. **Grupos de adolescentes numa instituição escolar**: uma experiência de trabalho e estudo de seus resultados. 1980. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- SALES, C.A.C.C.; PAIVA, D.; ANJOS, A.C.Y. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Rev. Brasil. Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 263-72, 2001.

- SALVARANI, M.C.C. **O paciente cirúrgico e suas expectativas de comunicação com a enfermeira**. 1991. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SANTANA, M. da G. (Coord.) **Rede de saberes em diabetes e saúde: um exercício de interdisciplinaridade**. Pelotas: Edição Independente, 2002. 173 p.
- SANTOS, E.C.B. dos; ZANETTI, M.L.; OTERO, L.M.; SANTOS, M.A. dos. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 397-406, maio/junho 2005.
- SANTOS, I.F. **Riscos biológicos: análise e proposta de prevenção no Hospital das Clínicas de Marília-SP**. 2002. 156 f. v. 1. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- SANTOS, M.V.G.; GADEA, I.M.; ROSSO, H. Educación Del niño y adolescente diabético. Experiencia de la Asociación de Diabéticos Del Uruguay. Período 1997-2002. **Rev. de la Asociación Latinoameric. de Diabetes**. Buenos Aires, v. 11, n. 1, p. 24-32, marzo 2003.
- SCAIN, S.F.; OLIVEIRA, C.H.; FRANZEN, E. Aspectos de assistência de enfermagem ambulatorial no custo do tratamento de diabetes. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 149-67, julho 1987.
- SCAPIM, E.P. **Perfil dos pacientes com diabetes mellitus que possuem úlcera no pé, atendidos em unidade ambulatorial da cidade de Marília-SP**. 2004. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SELBY, J.V.; RAY, G.T.; ZHANG, D.; COLBY, C.J. Excess costs of medical care for patients with diabetes in a managed care population. **Diabetes Care**, v. 20, p. 1396-402, sep. 1997.
- SHAW, C. A framework for the study of coping, illness behavior and outcomes. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 5, p. 1246-55, may 1999.
- SHAW, M.C.; HALLIDAY, P.H. The family, crisis and chronic illness: an evolutionary model. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, p. 537-43, 1992.
- SILVA, L.F.; GUEDES, M.V.C.; SOUZA, A.C.C. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 40-7, jan./mar. 2002.
- SILVA, L.F.; SOUZA, L.J.E.X.; FREITAS, M.C. de; QUEIROZ, M.V.O.; GUEDES, M.V.C. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y.F.; FRANCO, M.C. (Coord.). **Saúde e doença. Uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa Livros, 1996. p. 75-96.

- SILVA, M.da G. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal – a percepção do cliente. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 27-31, janeiro 1998.
- SKINNER, T.C.; HAMPSON, S.E. Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control. A prospective study in adolescence. **Diabetes Care**, v. 24, n. 5, p. 828-33, 2001.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica. Avaliação e conduta de pacientes com diabetes mellitus**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro de conceitos e condutas para o diabetes mellitus**. São Paulo, 1997.
- _____. **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus. Tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. São Paulo, maio 2000.
- _____. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. Rio de Janeiro, 2002. 72 p.
- SONOBE, H.M. **Conflitos da família no processo de reabilitação do laringectomizado**. 2001. 118 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- SOUZA, T.T.; SANTINI, L.; WADA, S.A.; VASCO, C.F.; KIMURA, M. Qualidade de vida da pessoa diabética. **Rev. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 160-64, abr. 1997.
- STUART, M.E. An analysis of the concept of family. In: WALL, A.L.; FAWCETT, E. **Family theory development in nursing: state of the science and art**. Philadelphia: FA Davis, 1991. p. 31-42.
- SYMISTER, P.; FRIEND, R. The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. **Health Psychology**, v. 22, n. 2, p. 123-9, march 2003.
- TAVARES, D.M. dos S. **Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro**. 1997. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- TEIXEIRA, L.; MACHADO, A.C. Diabetes mellitus - novos critérios de classificação e diagnóstico. In: VILLAR, L. (Coord.). **Endocrinologia Clínica**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 353-362.
- TILDEN, V.P.; WEINERT, C. Social support and the chronically ill individual. **Nursing Clinics of North America**, v. 22, n. 3, p. 613-20, sep. 1987.

- TOLJAMO, M.; HENTINEN, M. Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. **Journal of Advanced Nursing**, v. 34, n. 6, p. 780-86, june 2001a.
- TOLJAMO, M.; HENTINEN, M. Adherence to self-care and social support. **Journal of Clinical Nursing**, n. 10, p. 618-27, 2001b.
- UCHINO, B.N.; CACIOPPO, J.T.; KIECOLT-GLASER, J.K. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. **Psychological Bulletin**, n.119, p. 488-531, 1996.
- UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. **BMJ**, n. 317, p. 703-13, 1998.
- VALSECCHI, E.A.S.S. **Fundamentos de enfermagem: incidentes críticos relacionados ao estágio supervisionado**. 1999. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- WANG, C.; FENSKE, M.M. Self-care of adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. **The Diabetes Educator**, v. 22, n. 5, p. 465-70, 1996.
- WITT, A. **Pesquisa de enfermagem**. São Paulo: LTr, 1980.
- WONG, F.K.W.; MOK, M.P.H.; CHAN, T.; TSANG, M.W. Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled trial. **Journal of Advanced Nursing**, v. 50, n. 4, p. 391-402, may 2005.
- WORTMAN, C.B. Social support and the cancer patient. **Cancer**, v. 15, n. 53, p. 2339-60, may 1984.
- WRIGHT, L.M.; LEAHEY, E.A. **Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002. 327 p.
- YOUNGBLOOD, N.M.; HINES, J. The influence of the family perception of the disability and rehabilitation outcomes. **Rehabilitation Nursing**, v. 17, n. 6, p. 323-26, nov./dec. 1993.
- ZANETTI, M.L. **O cuidado com a pessoa diabética no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos**. 2002. 91 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- ZIMMERMAN, B.R.; WALKER, E.A. **Guia completo sobre diabetes da American Diabetes Association**. Rio de Janeiro: Anima, 2002. 608 p.

APÊNDICE 1

SUPORTE SOCIAL FAMILIAR NO CUIDADO DE PESSOAS ADULTAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

MOTIVO DA MATRÍCULA NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO

Nome:

Nº de Registro:

Endereço:

Nº:

Bairro:

Telefone:

1) Sexo:

1- masculino

2- feminino

2) Idade (em anos completos): _____ anos

3) Motivo da matrícula no Programa de Assistência ao Diabético:

1- diabetes mellitus tipo 1

2- diabetes mellitus tipo 2

3- outro distúrbio endócrino. Especificar: _____

APÊNDICE 2

SUPORTE SOCIAL FAMILIAR NO CUIDADO DE PESSOAS ADULTAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

TERMO REFERENTE AO CONTATO TELEFÔNICO PRÉVIO PARA PERMISSÃO DA VISITA DOMICILIAR

Bom dia (boa tarde). Meu nome é Vilma Elenice Contatto Rossi, sou enfermeira, professora da Faculdade de Enfermagem de Passos. Estou realizando uma pesquisa com a participação de pessoas adultas que foram cadastradas no Programa de Assistência ao Diabético no ano de 2003.

O objetivo desta pesquisa é verificar as situações ocorridas envolvendo o (a) senhor (a) e seus familiares, que poderiam auxiliar ou prejudicar o tratamento e controle do diabetes.

Fiz uma solicitação por escrito ao Secretário Municipal de Saúde para consultar os prontuários das pessoas cadastradas no Programa de Assistência ao Diabético, onde consegui seu nome, endereço e número de telefone.

Gostaria de pedir permissão para fazer uma visita à sua casa, no dia e horário que lhe for conveniente.

Nesta visita, apresentarei por escrito o objetivo da pesquisa, em que consistirá sua participação e, caso concorde em colaborar, será realizada uma entrevista por mim, onde responderá a algumas questões.

Poderia, por favor, confirmar seu endereço?

Para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir, meu telefone para contato é 3529.8030. Até logo, obrigada pela atenção.

APÊNDICE 3

SUPORTE SOCIAL FAMILIAR NO CUIDADO DE PESSOAS ADULTAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Nome:

Telefone:

Endereço:

Nº:

Bairro:

1) Sexo:

1- masculino

2- feminino

2) Idade (em anos completos): _____ anos

3) Estado civil:

1- solteiro (a)

2- com companheiro (a)

3- sem companheiro (a)

4- viúvo (a)

4) Escolaridade: _____ anos de estudo

5) O (a) senhor (a) trabalha?

1- sim. Ocupação: _____

2- não

3- aposentado (a)

6) Renda familiar aproximada (em salários mínimos): _____ SM

7) Há quanto tempo, aproximadamente, tem diabetes? _____ anos

8) Índice de massa corporal:

1- dentro do limite

2- sobrepeso

3- obeso (a)

IMC (SBD, 2000; ADA, 2002):

Peso: _____, _____ (kg)

Altura: _____ (m²)

IMC: _____

9) Como está sendo realizado o tratamento do diabetes?

- 1- só dieta
- 2- só atividade física
- 3- só antidiabético oral
- 4- só insulina
- 5- dieta e atividade física
- 6- dieta e antidiabético oral
- 7- dieta e insulina
- 8- antidiabético oral e atividade física
- 9- dieta, atividade física e antidiabético oral
- 10- dieta, atividade física e insulina
- 11- dieta, antidiabético oral e insulina
- 12- antidiabético oral e insulina
- 13- outro. Especificar _____

10) Apresenta alguma complicação relacionada ao diabetes?

- 1- sim. Especificar: () retinopatia
() nefropatia
() neuropatia
() problema cardíaco
() hipertensão arterial
() outro (s): _____
- 2- não
- 3- não sabe

11) Já esteve internado devido ao diabetes?

- 1- sim. Número de vezes: _____
Motivo (s): _____
Última internação: _____
- 2- não

12) Última glicemia realizada:

data: _____

resultado: _____

- 1- bom controle
- 2- aceitável
- 3- mau controle

APÊNDICE 4

SUPORTE SOCIAL FAMILIAR NO CUIDADO DE PESSOAS ADULTAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

FORMULÁRIO PARA OBTENÇÃO DOS INCIDENTES CRÍTICOS

Data: ____ de ____ de ____

Entrevistado: _____

Duração da entrevista: Início: _____; Término: _____

Gostaria que o (a) senhor (a) pensasse em sua família, nas pessoas que fazem parte dela. Agora me diga quais são essas pessoas e que relações de parentesco existem entre vocês.

Sabemos que, para o controle adequado do diabetes, a pessoa precisa ter cuidados diários, como seguimento da dieta, uso de medicamentos na dose e horário corretos, exames periódicos, atividades físicas, comparecimento aos retornos.

1- Assim, gostaria que se lembrasse de situações relacionadas ao (à) senhor (a) e às pessoas de sua família, que aconteceram nos últimos doze meses, e que o (a) senhor (a) considera que ajudaram no cuidado do diabetes. Conte-me quais as situações, quais as pessoas envolvidas, o que elas fizeram, e o que resultou disso.

2- Agora, tente se lembrar de situações relacionadas ao (à) senhor (a) e às pessoas de sua família, que aconteceram nos últimos doze meses, e que o (a) senhor (a) considera que prejudicaram o cuidado do diabetes. Conte-me quais as situações, quais as pessoas envolvidas, o que elas fizeram, e o que resultou disso.

APÊNDICE 5

Passos, 15 de Abril de 2004.

Ilmo. Sr.

Dr. Demis José Delfraro

Secretário da Saúde do Município de Passos

Prezado Senhor,

Vimos por meio deste encaminhar o projeto de pesquisa da tese de Doutorado intitulada “Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2”, a ser desenvolvida por mim, enfermeira Vilma Elenice Contatto Rossi, RG 11.428.210 (SSP-SP), doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, sob orientação da Profa. Dra. Ana Emilia Pace.

Solicito autorização para realizar o projeto de pesquisa junto às pessoas adultas portadoras de diabetes mellitus tipo 2, matriculadas no Programa de Assistência ao Diabético durante o ano de 2003.

Este estudo tem por objetivo identificar e analisar os incidentes críticos positivos e negativos relatados em relação ao suporte social familiar, que possam estar influenciando no controle glicêmico adequado.

Vale ressaltar que será garantido às pessoas do estudo o anonimato e sigilo das respostas, e esclarecidos os objetivos do mesmo.

Agradecendo desde já sua colaboração e compreensão, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Enfa. Profa. Vilma Elenice Contatto Rossi
Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem

Profa. Dra. Ana Emilia Pace
Orientadora do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem

APÊNDICE 6

Passos, 31 de Maio de 2004.

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Cláudia Benedita dos Santos

MD Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Prezada Senhora,

Vimos por meio deste encaminhar o projeto de pesquisa da tese de Doutorado intitulada “Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2”, a ser desenvolvido por mim, enfermeira Vilma Elenice Contatto Rossi, RG 11.428.210 (SSP-SP), doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, sob orientação da Profa. Dra. Ana Emilia Pace.

Este estudo tem por objetivo identificar e analisar os incidentes críticos positivos e negativos relatados em relação ao suporte social familiar, que possam estar influenciando no controle metabólico adequado.

Vale ressaltar que será garantido às pessoas do estudo o anonimato e sigilo das respostas, e esclarecido os objetivos do mesmo.

Agradecendo desde já sua colaboração e compreensão, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Enfa. Profa. Vilma Elenice Contatto Rossi
Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem

Profa. Dra. Ana Emilia Pace
Orientadora do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem

APÊNDICE 7

SUPORTE SOCIAL FAMILIAR NO CUIDADO DE PESSOAS ADULTAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO NA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Prezado (a) Senhor (a)

Para o tratamento e controle adequados do diabetes, é importante a pessoa ter conhecimento para poder evitar ou retardar o aparecimento das complicações devido ao mau controle. Muitas vezes, o tratamento e controle podem ser facilitados quando existe o apoio da família.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada “Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2”.

O objetivo desta pesquisa é identificar e analisar os eventos positivos e negativos relatados pela pessoa em relação ao envolvimento da família no tratamento e controle do diabetes.

Desta forma, gostaríamos de pedir sua colaboração em participar de uma entrevista, que será realizada pela pesquisadora. As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e os dados registrados, em nenhum momento, serão divulgados com a sua identificação.

Ressaltamos que o (a) senhor (a) terá assegurado seus direitos de: se recusar a participar da pesquisa podendo, inclusive, retirar-se dela em qualquer etapa, sem que isso traga prejuízo à sua pessoa; poderá também solicitar informações durante toda a fase da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma; sua participação será voluntária, não terá gastos ou danos e também não terá direito a qualquer remuneração.

Desde já agradecemos sua colaboração e participação.

Enfa. Profa. Vilma Elenice Contatto Rossi
COREN – MG 29769
Telefone para contato: (35) 3529.8030
Rua Sabará, 164 – Centro – Passos – MG

Declaro estar ciente do propósito desta pesquisa, e concordo em participar da mesma.

Nome: _____ Nº RG: _____

Assinatura: _____

Passos, _____ de _____ de 2004.