



Revista Latino-Americana de Enfermagem

ISSN: 0104-1169

rlae@eerp.usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Barbosa dos Santos, Ellen Cristina; Zanetti, Maria Lúcia; Miyar Otero, Liudmila; dos Santos, Manoel Antônio

O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador

Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 13, núm. 3, mayo-junio, 2005, pp. 397-406

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421844015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O CUIDADO SOB A ÓTICA DO PACIENTE DIABÉTICO E DE SEU PRINCIPAL CUIDADOR

Ellen Cristina Barbosa dos Santos¹

Maria Lúcia Zanetti²

Liudmila Miyar Otero³

Manoel Antônio dos Santos⁴

Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):397-406.

Este estudo de caso tem por objetivo descrever como o paciente diabético e seu principal cuidador percebem as dificuldades para o controle do diabetes. Os dados foram coletados por meio de registro audiogravado e submetidos à análise temática de conteúdo, no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos, em abril de 2003. Os temas que emergiram da análise foram: transgressão alimentar, problemas com a medicação e influências interpessoais. Esses temas reportam-se às influências interpessoais familiares e do grupo de iguais, que estão alicerçadas em um conjunto de crenças e valores que interferem na motivação e na capacidade de os pacientes enfrentarem a sua doença. Com base nos resultados, recomenda-se conhecer os padrões de resposta do paciente e de seu principal cuidador, em relação aos seus sentimentos, conflitos e necessidades, estabelecendo um vínculo efetivo que proporcione condições para, em conjunto, traçarem-se estratégias direcionadas a alcançar o controle metabólico.

DESCRITORES: diabetes mellitus; enfermagem; cuidadores

CARE ACCORDING TO DIABETES PATIENTS AND THEIR MAIN CAREGIVERS

This case study aims to describe how diabetes patients and their main caregivers perceive the difficulties faced to control the disease. Data were collected through audio records made at the Nursing Education Center for Adults and Elderly in April 2003 and submitted to thematic content analysis. The following themes emerged from the analysis: dietary transgressions, medication-related problems and interpersonal influences. These themes are interconnected with interpersonal influence from family members and the peer group, which are based on a set of beliefs and values that interfere in the patients' motivation and capacity to face the disease. The results reveal the need to get to know the patients' and caregivers' pattern of answers related to feelings, conflicts and needs, so as to establish an effective link that offers conditions to develop collaborative strategies to achieve metabolic control.

DESCRIPTORS: diabetes mellitus; nursing; caregivers

EL CUIDADO BAJO LA ÓPTICA DEL PACIENTE DIABÉTICO Y DE SU CUIDADOR PRINCIPAL

Este estudio de caso tiene como objetivo describir como el paciente diabético y su cuidador principal perciben las dificultades para el control de la diabetes. Los datos fueron colectados mediante grabaciones en audio en el Centro Educativo de Enfermería para Adultos y Ancianos, en abril de 2003. Los registros fueron sometidos al análisis de contenido temático. Los temas que surgieron del análisis fueron: trasgresión de la alimentación, problemas con el tratamiento medicamentoso e influencias interpersonales. Estos temas nos remiten a las influencias interpersonales familiares y del grupo de iguales, que están fundamentadas en un conjunto de creencias y valores que interfieren en la motivación y en la capacidad de los pacientes para enfrentar su enfermedad. Con base en los resultados, recomendamos conocer los estándares de respuesta del paciente y de su cuidador principal, con relación a sus sentimientos, conflictos y necesidades, estableciendo un vínculo efectivo que proporcione condiciones para, en conjunto, trazar estrategias dirigidas a alcanzar el control metabólico.

DESCRIPTORES: diabetes mellitus; enfermería; cuidadores

¹ Bolsista do Programa PET/CAPES, Aluna do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; ² Orientador do projeto, Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: zanetti@eerp.usp.br; ³ Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; ⁴ Professor Doutor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

Apesar de, no século passado, ter sido inquestionável o avanço científico na área de diabetes, a qualidade do cuidado ao paciente diabético é, ainda hoje, pobre⁽¹⁾.

Nessa direção, vários autores preconizam que, para qualificar o cuidado ao paciente diabético, há necessidade de buscar estratégias efetivas mediante uma abordagem integral, envolvendo os elementos fisiopatológicos, psicossociais, educacionais e de reorganização da atenção à saúde⁽¹⁻⁴⁾.

No entanto, ao considerar o diabetes mellitus uma condição crônica de saúde, a adesão do paciente ao seu tratamento só será possível se ele participar efetivamente dele, mediante a obtenção de informações e treinamento apropriados junto aos profissionais de saúde⁽⁵⁻⁶⁾. O tratamento também dependerá muito da motivação pessoal, aceitação da doença e apoio familiar. Outras variáveis que intervêm na adesão são o tipo e as características da doença, evidenciados pela própria condição do paciente e pelo progresso de sua doença⁽⁷⁾.

Na prática, freqüentemente, observa-se que não só o paciente diabético sente as consequências de estar doente; sua família também pode, de um certo modo, *adoecer* junto com ele. Como em toda doença crônica, as transformações geradas pelo diagnóstico de diabetes mellitus também são inevitáveis aos membros da família. Inicialmente, os familiares de pacientes diabéticos reagem com angústia e desespero perante a sensação de terem pouco controle sobre suas vidas e sobre a vida do paciente diabético. Conforme o progresso do tratamento, tanto o paciente quanto a sua família enfrentam situações de incerteza e descrença - contra as quais podem reagir recorrendo a mecanismos de negação do sofrimento, - intercalados por momentos de aceitação, perseverança, otimismo e esperança. As fases pelas quais passam tanto o paciente como a família incluem um contexto amplo, não somente relacionado à evolução do quadro patológico, ou seja, elas contemplam, também, aspectos psicológicos, emocionais, sociais, culturais, espirituais e afetivos⁽⁸⁻⁹⁾.

Cabe, ainda, ressaltar o caráter assintomático do diabetes mellitus. Diante desse fator, motivar os pacientes diabéticos com níveis glicêmicos alterados quando eles não apresentam, ainda,

nenhum sinal ou sintoma da doença, é um dos desafios que o profissional de saúde tem que enfrentar no cuidado a essa clientela. Assim, as estratégias educacionais devem atender os aspectos emocionais e sociais, isto é, o sistema de valores e crenças que orientam as atitudes e ações dessas pessoas e suas famílias em relação à própria saúde^(2,10).

O processo educativo deve resgatar as experiências e os conhecimentos que o diabético já possui, colaborando na construção de seu próprio conhecimento, aliado aos educadores⁽¹¹⁾.

Alguns sistemas, como instituições, associações, grupos na comunidade, entre outros, oferecem apoio aos pacientes diabéticos. Também a família é um sistema de apoio relevante. Entretanto, os familiares geralmente não têm recebido, por parte do sistema de saúde, a atenção de que necessitam, nem vislumbram meios em que possam buscar apoios e alternativas de inclusão no tratamento de seu ente querido, o que, freqüentemente, acarreta um total alheamento⁽⁸⁾.

Tendo em vista que a organização familiar influencia fortemente o comportamento de saúde de seus membros e que o estado de saúde de cada indivíduo também influencia o modo como a unidade familiar funciona, infere-se que a família é uma instituição central que pode ajudar ou não a pessoa diabética a manejar a doença e alcançar as metas do seu tratamento⁽¹²⁾.

Portanto, a participação familiar no processo educativo contribui para o seguimento do tratamento, na medida em que serve como fonte de apoio emocional nos momentos em que o diabético se sente impotente diante dos desafios advindos da doença. Considerando-se que a informação é um meio eficaz de minimizar os sentimentos de incerteza, medo, dor e desconforto inerentes ao diagnóstico de uma condição mórbida para a qual não se tem a perspectiva da cura, mas tão somente do controle clínico, qual é a melhor postura a ser adotada pela família?

Partindo de tais reflexões, o presente estudo tem por objetivo descrever como o paciente diabético e o seu principal cuidador percebem as dificuldades diárias para o controle do diabetes mellitus, visando contribuir com subsídios para o planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral a essa população, que levem em conta suas dimensões psicológicas. Neste estudo, denominamos principal cuidador à pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados e apoio ao paciente diabético⁽⁸⁾.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar o presente estudo, utilizamos os conceitos de evolução de doença crônica propostos por Carter (1995), o qual estabelece três fases: a fase de crise, a fase crônica e, em certas doenças potencialmente fatais, a fase terminal⁽¹³⁾. O período pré-diagnóstico é a principal característica da primeira fase (**fase de crise**) - o indivíduo apresenta alguns sintomas da doença e percebe, com a família, que *algo está errado*, mas ainda não tem a dimensão da complexidade do problema. A fase de crise prossegue com o período de confirmação do diagnóstico e o início do tratamento.

A segunda fase (**fase crônica**) estende-se desde o diagnóstico inicial até o longo período de ajustamento - é a fase do "conviver com a doença". A mudança de hábitos exigida pelo tratamento não atinge apenas a vida do paciente, mas tem efeitos profundos na dinâmica familiar, o que faz com que tanto o paciente quanto a família busquem significados para a doença e se organizem frente à nova situação instaurada.

Pode-se dizer, também, que o período seguinte - de acomodação à doença e seus efeitos no dia-a-dia do paciente - é crítico também para pais, irmãos e cônjuges, já que, constantemente, é colocada diante deles a perspectiva concreta de agravamento do quadro clínico do paciente e até mesmo de sua morte em decorrência de complicações resultantes de um quadro não controlado. Ingressa-se, então, no **período terminal**, considerado a última fase, que inclui o período pré-terminal da doença, marcado pela percepção da inevitabilidade da morte, que afeta e abala toda a estrutura familiar, e prossegue-se com o período de luto e a retomada da vida após a perda.

Neste estudo, enfocaremos a fase denominada **fase crônica**, considerando que o diabetes mellitus é uma condição crônica de saúde, que requer mudança no estilo de vida do paciente para obtenção de um bom controle metabólico, levando a profundas transformações na vida do paciente e na dinâmica da família frente à nova situação apresentada.

MATERIAL E MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo de natureza descritiva e exploratória.

Seu desenho atende aos pré-requisitos de um estudo de caso, que permite contemplar a riqueza, diversidade e complexidade dos dados. Por *estudo de caso* entende-se aquele que seja intensivo e que leve em consideração, principalmente, a compreensão do assunto investigado como um todo.

O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa qualitativa útil para investigar situações singulares e salientar peculiaridades que merecem ser focalizadas por se destacarem em determinado contexto, geralmente mais amplo. Um caso pode ser definido como uma unidade bem delimitada - pessoa, grupo, programa ou instituição, estudada com profundidade. No presente estudo, o caso foi constituído pela ótica do paciente e do principal cuidador, sobre as necessidades de cuidado do paciente diabético, colocando-se em relevo a história da construção dos significados atribuídos pelos entrevistados à doença e seu tratamento.

O estudo de caso procura explicação sistemática para os fatos que ocorrem no contexto social e que, geralmente, se relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Este tipo de estudo justifica-se porque sua abordagem é mais apropriada para responder à questão que formulamos aos entrevistados: Como o paciente diabético e seu cuidador principal percebem as dificuldades diárias para controlar o diabetes?

Segundo a literatura, questões do tipo "*como*" e "*por que*" são mais passíveis de serem respondidas por meio dos estudos de caso⁽¹⁴⁾. Dentro da temática investigada, o estudo de caso focalizará as inter-relações existentes no cotidiano familiar, procurando descrever a realidade vivenciada pelos informantes, de maneira fiel, profunda e completa, atentando-se para a riqueza de descrições. As conclusões decorrentes não são passíveis de generalizações da mesma maneira como ocorrem em outros tipos de estudo, ou seja, não são necessariamente válidas para qualquer população, em qualquer tempo ou momento histórico. O interesse recai na singularidade com que foi vivenciada a experiência. Por outro lado, é claro que a profundidade com que se explora essa unidade permite a comparação com outras situações análogas.

Local e período de estudo

Os pesquisadores realizaram o estudo no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos, em abril de 2003.

Seleção da amostra

A escolha da amostra deu-se por conveniência, sendo constituída por uma paciente diabética e sua filha, que freqüentavam o referido centro. A paciente escolhida apresentava dificuldades para obtenção de um bom controle metabólico. Para efetuar a seleção, primeiramente se obteve a lista dos pacientes atendidos no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos; posteriormente, os autores convidaram os membros da equipe para colaborar na seleção da paciente e na etapa de coleta de dados, resguardando-se os requisitos de privacidade e conforto físico das participantes.

Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados: roteiro de entrevista semi-estruturado, gravador (áudio) e fitas K-7, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos

Para um conhecimento sistemático da realidade do principal cuidador e do paciente, é indispensável desvendar suas condições, vivências e modos de vida. A identificação desses fatores psicossociais permite ao profissional trabalhar com base nas reais necessidades dos pacientes, respeitando suas possibilidades e seus limites.

Pode-se dizer que a entrevista semi-estruturada, pelo seu caráter flexível, na medida em que não apresenta uma padronização de pergunta e resposta, oferece a possibilidade de o sujeito alcançar maior liberdade e espontaneidade para falar sobre sua história pessoal e familiar⁽¹⁴⁾.

Assim, justifica-se a opção pela entrevista, pois possibilita flexibilidade, profundidade, reiteração e reflexão na abordagem dos dados. A estrutura básica do roteiro de entrevista foi subdividida em duas partes: a primeira constou de dados de identificação pessoal e aspectos relacionados ao tratamento, e a segunda, das seguintes questões disparadoras: (1) *como a senhora percebe as dificuldades diárias para o controle do diabetes?* - para a paciente, e (2) *como você percebe as dificuldades diárias de sua mãe para o controle do diabetes?* - para a filha.

Coleta de dados

Após entrarem em contato com a paciente diabética escolhida e sua filha (principal cuidador), os autores explicaram a ambas a natureza e objetivos do trabalho, para o qual se solicitava sua anuência e colaboração, pontuando que o propósito do estudo era compreender os aspectos psicossociais implicados no tratamento da doença, especialmente o papel das relações familiares. A indicação da filha foi da própria paciente, uma vez que, na dinâmica das relações familiares, ela despontava como o membro mais significativo, como principal cuidador.

As participantes foram esclarecidas a respeito de seus direitos, sendo assegurada a preservação de seu anonimato e o sigilo de seus depoimentos. Também foi explicitado que o fato de não aceitar participar do trabalho não acarretaria nenhum prejuízo ao seu atendimento institucional. Solicitou-se, ainda, permissão para gravação em áudio da entrevista.

A entrevista foi aplicada individualmente, em situação face-a-face, em ambiente preservado, com condições adequadas de conforto. Utilizou-se como guia para a entrevista um roteiro semi-estruturado. A entrevista foi audiogravada, teve duração média de 30 minutos, e ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes.

O projeto recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, de acordo com a resolução nº 196/96 que regulamenta a *"pesquisa envolvendo seres humanos"*.

Análise dos dados

Para a análise dos dados, procedeu-se à ordenação das falas, após a transcrição integral das fitas e da leitura exaustiva do material empírico. A seguir, selecionaram-se partes do material, buscando-se as idéias relevantes que constituem as unidades de significado, as quais os pesquisadores codificaram e organizaram em subtemas, relacionando-os aos temas. Seguem-se, abaixo, exemplos do procedimento adotado para a construção dos códigos (Tabela 1) e dos temas sistematizados a partir deles (Tabela 2).

Tabela 1 - Construção dos códigos identificados nas entrevistas realizadas com a paciente diabética e sua filha. Ribeirão Preto-SP, 2003

TRECHOS DAS ENTREVISTAS	CÓDIGOS
<p>Paciente A dificuldade que eu acho no diabetes é a comida, você tem que fazer as coisas e <i>não pode comer</i>. É duro, cê vai a um lugar e <i>vê as pessoas comer, te dá até água na boca</i>, mas <i>tem que engolir e ficar quieto</i>. O que me dá mais vontade de comer é bolo e sorvete, mas eu <i>não faço, senão vai me atentar</i>. Lá em casa <i>não faço mais nada porque, se eu fizer, aquilo vai me atentar</i> e vai me dar mais problemas, então minha menina quem faz. Eu falo assim para eles: <i>eu não faço mais nada doce</i>, se vocês quiserem comer um pudim, vai na padaria e compra um pedaço. Eu não acredito em alimentos <i>diet</i> nem <i>light</i>. Para mim, <i>sobe o diabetes. Não como doce light nem diet</i>, se você come <i>o diabetes sobe</i>.</p>	<p>Impulsos e desejos são geralmente reprimidos</p> <p>Desconfiança na alimentação tipo <i>light/diet</i></p>
<p>Filha <i>Ela compra um cacho de banana</i>, meu pai come uma, ela vai lá e come três. Ai eu falo: tá vendo o que você está fazendo? <i>E ela fala: mas é só hoje</i>, se eu não comer vai estragar. E eu falo: mas se você sabe que ninguém come, então por que você compra desse tanto?</p>	<p>A verdade que a paciente oculta</p>
<p>Paciente Só com <i>os remédios</i> que o médico me passa, a <i>diabetes não abaixa</i>. Eu tomo <i>o remédio</i> normal, só que ele <i>não abaixa ela rápido</i>.</p>	<p>Os medicamentos receitados não fazem efeito</p> <p>Os medicamentos da farmácia não valem nada.</p>
<p><i>O xarope de farmácia não vale nada</i>. Paciente O remédio demora a abaixar o diabetes e aí a gente entra em <i>chá diferente, o chá caseiro</i>. Mas o que eu tomo que me abaixa bem, leva a diabetes lá embaixo, é <i>água tônica com jiló</i>. Eu tava tossindo muito e tava com <i>um agrião na mão</i>, aí ela falou: <i>a senhora tá com o remédio na mão</i>. Minha mãe ferve ele com limão e bastante açúcar e mel, e é uma beleza. E de fato, foi mesmo, mesmo tendo diabetes eu fiz assim mesmo.</p>	<p>Chás e ervas são a solução</p>
<p>Paciente Olha a diabetes, <i>depois fica reclamando que tá alta, mas na hora não vê que fica comendo as coisas</i>. E aí eu tenho que ficar quieta, né? Porque <i>ela tá certa</i>.</p>	<p>Cobrança dos familiares é constante e necessária</p>
<p>Filha Ah, bolinha, a bolinha já <i>tá comendo coisa que não pode comer</i> né? Quando às vezes eu quero emagrecer, por exemplo, eu vejo alguma coisa que eu não posso comer... então, <i>eu acho que é parecido com o que acontece com ela</i>. Ela também <i>deve ter vontade</i> de comer as coisas, <i>só que ela tem que evitar</i>.</p>	<p>Filha é capaz de estabelecer uma relação empática com a mãe</p>
<p>Paciente Fala na base da gozação, vira as costas e saio para não brigar, porque quando ele vê eu pegar alguma coisa diferente pra comer, ele não dá bronca, <i>fica rindo por trás, sabe? Ele tá tirando um sarro de mim, ele fala as coisas dando risada</i>. Quando ele vê eu pegar alguma coisa diferente para comer, a menina dá bronca, ele não dá bronca, fica rindo por trás. Meu marido fala com aquele ar debochado, então eu apelo. O meu menino fala, só que com ele eu não acho ruim.</p>	<p>A comunicação é circular</p>
<p>Filha Depois que ela <i>começou a freqüentar</i> toda semana <i>o grupo, ela tá cuidando melhor do que antes</i>. O xarope tinha que ser bem doce, <i>como falou a mulher do Varejão</i>, com limão e bastante açúcar e mel, e é uma beleza.</p>	<p>Suporte social e apoio de profissionais</p>

Tabela 2 - Construção dos temas extraídos a partir dos códigos encontrados nas entrevistas realizadas com a paciente diabética e sua filha. Ribeirão Preto-SP, 2003

CÓDIGOS	SUBTEMAS	TEMAS
Desejos reprimidos	Problemas com a alimentação	Transgressão alimentar
Desconfiança na alimentação <i>light/diet</i>	Força de vontade	
A verdade que ela oculta	Desconfiança no tratamento convencional	
Os medicamentos receitados não fazem efeito	Crenças	Problemas da medicação
Chás e ervas são a solução	Busca de soluções alternativas	
Cobrança dos familiares	Influências interpessoais familiares	Influências interpessoais
Empatia da filha		
Comunicação circular		
Apoio de outras pessoas	Influências interpessoais de iguais	

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e sua discussão serão apresentados em duas partes. Da primeira, consta a caracterização da paciente, e, da segunda, os subtemas e os temas identificados durante a análise de conteúdo das entrevistas.

- Caracterização das participantes

LHR, 52 anos, sexo feminino, residente na cidade de Ribeirão Preto-SP, do lar, primeiro grau, diagnóstico de *diabetes mellitus* tipo 2, há quatro anos, além de hipertensão arterial. Realiza tratamento com insulina NPH e antidiabéticos orais (sulfanilurêias, metformina) e anti-hipertensivos. Frequenta o Grupo de Educação em Diabetes, do Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos, às terças-feiras, das 14:00 às 17:00 horas, desde 2002. Nesse grupo os profissionais realizam semanalmente os controles de peso, glicemia capilar, circunferência abdominal e pressão arterial. A percentagem de frequência da paciente ao grupo foi de 81,8%, e a média dos seus controles foi: peso 77,1 kg, altura 1,48 m, índice de massa corporal (IMC) de 35,2, circunferência abdominal de 106,4 cm, glicemia de 333 mg/dl, pressão arterial 117/ 78 mm/Hg.

MSR, 19 anos, filha de LHR, residente na cidade de Ribeirão Preto-SP, estudante da 4ª série do segundo grau. Acompanha a mãe em seus retornos semanais ao Grupo de Educação em Diabetes.

- Transgressão alimentar

Problemas com a alimentação

A doença acarreta mudanças significativas na relação que o paciente diabético estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca. É sobretudo por meio das restrições no comportamento alimentar que o diabético toma consciência de suas limitações. Por essa razão, o conflito entre o desejo alimentar e a necessidade imperiosa de contê-lo está sempre presente na vida cotidiana do paciente diabético. O desejo alimentar faz o paciente sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa. Ao mesmo tempo, esse desejo o faz feliz de uma forma que só ele sabe descrever⁽¹⁵⁾.

Você tem que fazer as coisas e não pode comer. A

difficuldade que eu acho no diabetes é a comida, você tem que fazer as coisas e não pode comer. É duro, cê vai a um lugar e vê as pessoas comer, te dá até água na boca, mas têm que engolir e ficar quieto. O que me dá mais vontade de comer é bolo e sorvete, mas eu não faço senão vai me atentar. Lá em casa não faço mais nada porque se eu fizer, aquilo vai me atentar e vai me dar mais problemas, então minha menina quem faz. Eu falo assim para eles, eu não faço mais nada doce, se vocês quiserem comer um pudim, vai na padaria e compra um pedaço (paciente).

Nas falas da paciente denota-se uma sensação de frustração, pois ela se ressentida 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 quiser. Nesse contexto, a doença surge como uma ameaça à autonomia individual, além de representar um fator limitante para a qualidade de vida desses pacientes.

Observa-se que tanto a paciente como seu principal cuidador buscam soluções para os problemas instrumentais, de forma criativa e diferenciada. Percebe-se, também, que o principal cuidador em estudo não apresenta dificuldades em relação à obtenção do alimento e/ou medicação para o seu tratamento. Os maiores problemas explicitados são: a reorganização do cardápio alimentar e a busca de apoio profissional para ajudar na resolução dos problemas apresentados.

No entanto, os fatores de natureza emocional, tais como: falta de controle frente ao alimento, má escolha dos alimentos durante as crises de hipoglicemia - mesmo tendo o conhecimento da conduta adequada, suscitam sentimentos de arrependimento e culpa, tornando penosa a carga emocional que a paciente tem de suportar para acompanhar a terapêutica proposta.

Assim, o enfermeiro tem que considerar o conhecimento usual de soluções que o principal cuidador apresenta para que se tenha discernimento ao ajudar a paciente em um determinado problema específico, seja ele de ordem instrumental ou emocional.

A possibilidade de um esforço equivalente de todos os integrantes familiares e a divisão de responsabilidade para solução dos problemas são questões que a enfermeira deve considerar⁽¹⁶⁾.

Outro problema identificado foi o descrédito da paciente a respeito dos alimentos *light/diet*, conforme ilustra a fala abaixo:

Eu não acredito em alimentos diet nem light, para mim sobe o diabetes. Não como doce light nem diet, se você come, o diabetes sobe (paciente).

Nessa fala, a paciente tenta convencer o interlocutor de que mantém uma atitude bastante firme diante da alimentação. Menciona o rechaço aos alimentos que, segundo ela, podem elevar os níveis de glicemia. O discurso da paciente sugere que a disciplina alimentar parece ter sido incorporada de maneira tranqüila.

Força de Vontade

Na entrevista com a filha, percebeu-se que a verdade oculta com relação à vontade de comer da paciente pôde emergir, pois os desejos de ingerir alimentos pouco recomendados em quantidade e qualidade nem sempre eram reprimidos.

Ela compra um cacho de banana, meu pai come uma, ela vai lá e come três. Aí eu falo: tá vendo o que você está fazendo? E ela fala: mas é só hoje! Se eu não comer, vai estragar. E eu falo: mas se você sabe que ninguém come, então por que você compra desse tanto? (filha)

A transgressão alimentar está, de algum modo, sempre presente no inconsciente do paciente diabético, bem como na maneira de *driblar* o profissional de saúde e o principal cuidador⁽¹³⁾.

- Problemas com a medicação

Crenças

As informações que o paciente dispõe acerca da sua medicação é de vital importância para o sucesso do tratamento. Os fundamentos culturais dos pacientes formam o contexto no qual se desenvolvem certas crenças e comportamentos que podem comprometer o sucesso da terapêutica. As crenças designam alguma disposição involuntária de aceitar uma doutrina, juízo ou fato, pois estabelecem a incorporação do que se ouve, sem a devida comprovação desse conhecimento.

Desconfiança no tratamento convencional

Nota-se na fala da paciente um forte sentimento de desconfiança acerca da efetividade dos medicamentos receitados pelo médico, provavelmente resultante de crenças advindas do seu contexto sociocultural:

Só com os remédios que o médico me passa, a diabetes não abaixa. Eu tomo o remédio normal, só que só ele não abaixa ela rápido. O xarope de farmácia não vale nada (paciente).

Busca de soluções alternativas

A atitude de desconfiança em relação a certos aspectos do tratamento, sobretudo a medicação prescrita, acarreta uma busca por tratamentos alternativos, que, na visão da paciente, produziriam mais e melhores resultados do que os benefícios oferecidos pela medicina convencional. Esse comportamento está intimamente relacionado a um conjunto de valores e pressupostos adotados, que configuram o conhecimento advindo do cotidiano, conforme denota a fala a seguir:

O remédio demora para abaixar o diabetes e aí a gente entra em chá diferente, o chá caseiro. Mas o que eu tomo que me abaixa bem, leva a diabetes lá embaixo, é água tônica com jiló. Eu tava tossindo muito e tava com um agrião na mão, aí ela falou: a senhora tá com o remédio na mão, minha mãe ferve ele com limão e bastante açúcar e mel, e é uma beleza. E, de fato, foi mesmo, mesmo tendo diabetes eu fiz assim mesmo (paciente).

Nessa direção, pode-se conjecturar que as convicções pessoais constituem a planta sobre a qual os seres humanos constroem suas vidas e as entremeiam com as vidas dos outros⁽¹²⁾.

Cabe ao profissional de enfermagem identificar quais as crenças constrangedoras que o paciente diabético utiliza e que poderiam resultar na diminuição da sua capacidade de buscar soluções para os problemas enfrentados para o controle do diabetes. Nesse sentido, uma estratégia de enfrentamento pertinente seria reforçar as crenças e atitudes facilitadoras, isto é, aquelas que podem contribuir para fortalecer a confiança na relação com a equipe de saúde, resultando em uma atitude menos ambivalente frente ao tratamento. O profissional deve, nesses casos, reforçar as crenças facilitadoras, como o uso de chás e ervas medicinais, e explorar os valores que fundamentam as crenças constrangedoras, tais como a ineficácia da medicação convencional para obtenção de um bom controle metabólico.

- Influências interpessoais

As influências interpessoais correspondem a cognições concernentes às condutas, crenças ou atitudes de outros⁽¹⁷⁾. Tais cognições podem ou não corresponder à realidade. As fontes principais de influências interpessoais são: a família (filhos, pais, maridos), os iguais (vizinhos, amigos) e os provedores da atenção à saúde.

Influências interpessoais familiares

As influências interpessoais familiares podem ser percebidas com a preocupação do principal cuidador pela saúde do paciente, mediante uma exigência (usualmente sentida pelos pacientes como "cobrança") de adoção a hábitos alimentares adequados. Isso se evidencia em advertências tais como: *olha a diabetes, depois fica reclamando que tá alta, mas na hora não vê, fica comendo as coisas. Em resposta, a paciente relata: e aí eu tenho que ficar quieta, né, porque ela tá certa.*

No trecho acima, percebe-se, claramente, uma comunicação direta da paciente com sua filha, pois a mensagem da filha em relação à alimentação da mãe é clara e objetiva. De certa forma, espera-se que a filha influencie a mãe na sua conduta alimentar.

Na fala da filha percebe-se que ela assume um papel informal de "reguladora", uma vez que, por meio de uma comunicação verbal direta, ela deixa transparecer seu anseio de que a mãe siga corretamente o tratamento indicado. No entanto, pode-se perceber, também, uma relação empática entre mãe e filha, conforme depoimento abaixo:

Quando às vezes eu quero emagrecer, por exemplo, eu vejo alguma coisa que eu não posso comer, então, eu acho que é parecido com o que acontece com ela. Ela também deve ter vontade de comer as coisas, só que ela tem que evitar (filha).

Nota-se que o comportamento da filha é congruente com as dificuldades da mãe em aderir ao planejamento alimentar, tanto que ela se "coloca" no seu lugar, desenvolvendo uma relação empática que pode constituir um elemento facilitador para o enfrentamento das dificuldades relacionadas ao seguimento terapêutico do plano alimentar. Isso porque as sensações que expressam também são verbalizadas e compartilhadas pela filha, demonstrando, claramente, que a comunicação não verbal está estreitamente ligada à comunicação emocional.

A fala da paciente em relação ao comportamento do filho é exemplificada a seguir.

Ah, Bolinha... a Bolinha já tá comendo coisa que não pode comer, né (paciente).

Observa-se que o filho utiliza a brincadeira e a descontração para a solução do problema, mostrando-se bem humorado.

Constata-se que o significado da comunicação ficou nas entrelinhas, isto é, oculto, pois o filho toca indiretamente nas consequências da alimentação inadequada para a elevação dos níveis glicêmicos.

Já na fala da paciente em relação ao marido, a comunicação aparece de forma negativa:

Fala na base da gozação, viro as costas e saio para não brigar, porque quando ele vê eu pegar alguma coisa diferente pra comer, ele não dá bronca, fica rindo por trás, sabe? Ele tá tirando um sarro de mim, ele fala as coisas dando risada (paciente).

Nesse segmento de fala, percebe-se um padrão circular comum, referido à comunicação recíproca entre as pessoas. A maneira de falar do marido incomoda-a e ela passa a não responder. Com isso, ele insiste e ela termina perturbada com a situação, acentuando seu silêncio e passando a evitá-lo.

Nota-se que o comportamento do marido influencia o comportamento da paciente, levando-a, por sua vez, a um estado emocional que irá interferir no seu controle metabólico. Nesse caso, tanto a paciente como o marido se culpam reciprocamente e fazem ameaças mútuas e veladas por meio de seu comportamento.

Refletindo sobre essa circularidade, ainda que de um modo bastante esquemático, pode-se hipotetizar que, quando o marido fala daquela maneira, o estado de humor da paciente (que ela nomeia de "nervosismo") libera hormônios contra reguladores que desencadeiam alterações na utilização da insulina, podendo levar a estados de hiperglicemia. O padrão particular de interação circular negativa, apresentado pelo marido, deve ser observado porque a circularidade desse padrão é o aspecto mais relevante na compreensão do comportamento do marido e da paciente.

Assim, fica evidente a existência de um vínculo negativo no sistema conjugal, pois o marido acaba assumindo o papel de "provocador, ofensor". Vale a pena ressaltar que a paciente interpreta e reage às críticas de sua família (filha, filho e marido) de diferentes maneiras.

Cabe ao profissional de enfermagem avaliar os conflitos e as cooperações que se estabelecem entre os papéis desempenhados pelos membros que compõem o sistema familiar, uma vez que, compreendendo os mecanismos utilizados pelos integrantes da família, poderá ajudar a paciente a lidar mais adequadamente com as situações apresentadas nos relacionamentos interpessoais.

Influências interpessoais de iguais

Observa-se que a paciente é vulnerável às influências de sistemas mais amplos, o que se

comprova com a fácil aceitação e execução de terapêuticas propostas por iguais, conforme menciona no seguinte relato:

Eu tava tossindo muito e tava com um agrião na mão, aí ela falou: a senhora tá com o remédio na mão, minha mãe ferve ele com limão e bastante açúcar e mel, e é uma beleza. E, de fato, foi mesmo, mesmo tendo diabetes eu fiz assim mesmo... (paciente).

Outra influência de iguais foi detectada na fala da filha:

Depois que ela começou a freqüentar toda semana o grupo, ela tá cuidando melhor do que antes (filha).

A filha reconhece a importância do suporte oferecido pelo grupo de educação, para a modificação do comportamento da mãe, no sentido de um melhor controle do diabetes. Acredita-se que os sistemas de apoio oferecidos por equipe multidisciplinar e a troca de experiências com outros pacientes que apresentam a mesma doença e dificuldades semelhantes constituem fatores determinantes para a mudança do comportamento da paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura, de um modo geral, tem apontado que as dificuldades apresentadas pelos pacientes diabéticos, para a obtenção de um bom controle metabólico, estão relacionadas à sua adesão a um plano alimentar, ao incremento da atividade física e ao seguimento da terapêutica medicamentosa.

Neste estudo de caso, procurou-se chamar a

atenção da equipe multidisciplinar para o fato de que, além dessas dificuldades, existem outros fatores que estão intimamente entrelaçados com as questões instrumentais e comportamentais. Tais fatores reportam-se a um conjunto de influências interpessoais familiares e de iguais, que está alicerçado em crenças e valores que interferem na motivação e na capacidade de o paciente enfrentar a sua doença e buscar soluções para controlar o diabetes.

Assim, antes de iniciar a orientação específica sobre o diabetes, recomenda-se conhecer os padrões individuais de resposta do paciente e de seu principal cuidador em relação aos seus sentimentos, angústias, ansiedades, conflitos e necessidades, estabelecendo um vínculo efetivo para, posteriormente, em conjunto, traçar estratégias a curto, médio e longo prazo, direcionadas a alcançar o controle metabólico.

Em suma, o presente estudo permitiu descrever como o paciente diabético e seu principal cuidador percebem as dificuldades diárias para o controle do diabetes, contribuindo para um melhor conhecimento dos fatores comportamentais e emocionais que devem ser considerados no planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral a essa população.

Os achados são sugestivos de que ainda se fazem necessários novos estudos para que se tenha um melhor esclarecimento acerca do papel desempenhado pelas dimensões psicológicas e comportamentais sobre o controle do diabetes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gagliardino JJ, Hera M, Siri F. A avaliação da qualidade da assistência ao paciente diabético na América Latina. *Diabetes Clin* 2002 janeiro/fevereiro; 6(1):46-54.
2. Zanetti ML. O cuidado com a pessoa diabética no Centro educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2002.
3. Assal J. Educación del diabético. Problemas que afrontan los pacientes y los prestación de asistencia enseñanza de educación sobre diabetes. In: OPS. Disminuyamos el costo de la ignorancia. Washington (DC): OPS; 1998.
4. Luce M, Padilha MI, Almeida RLV, Silva MO da. O preparo para o autocuidado do cliente diabético e a família. *Rev Bras Enfermagem* 1990; 43(1/4):36-43.
5. Lau DT, Nau DP. Não Aderência à medicação anti-hiperglicemiante oral e hospitalização subsequente entre indivíduos com diabetes do tipo 2. *Diabetes Care* 2004; 3(4):161-8.
6. Organização Mundial da Saúde. Cuidados Inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília: OMS; 2003.
7. Lubkin IM, Larsen PD. Chronic Illness: impact and interventions. 5ª ed. Boston (USA). Jones and Bartlett Publishers International; 2002.
8. Neal JL, Guillet SE. Care of the adult with chronic illness or disability. Philadelphia (USA): Elsevier Mosby; 2004.
9. Chan F, Berven NL, Thomas KR. Counseling theories and techniques for rehabilitation health professionals. New York (USA): Springer Publishing; 2004.
10. Zanetti ML, Mendes IAC, Ribeiro KP. O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticos tipo 1. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 julho; 9(4):32-6.
11. Pace AE, Ochoa KV, Nunes PD. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 maio-junho; 11(3):312-9.
12. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo (SP): Roca; 2002.

13. Carter B, McGoldrick M, organizadores. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.
14. Yin RK. Case study research: design and methods. Newbury Park (CA): Sage Publications; 1989.
15. Santana MG. O corpo do ser diabético: significados e subjetividades. [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
16. Dermer SB, Hemesath CW, Russell CS. A feminist critique of solution-focused therapy. *Am J Family Ther* 1998; 26:239-50.
17. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. Michigan (USA): Ann Arbor; 1997.