

VIVÊNCIAS EM FAMÍLIA DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS REFERENTES À INSULINOTERAPIA E PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

Ricardo Castanho MOREIRA^a
Carolina Fordelone Rosa CRUZ^b
Elizabeth Amâncio de Souza da Silva VALSECCHI^c
Sonia Silva MARCON^d

RESUMO

O objetivo do estudo foi conhecer as práticas de cuidados relacionadas com insulino-terapia e prevenção de lesões em membros inferiores adotadas por familiares de pessoas com Diabetes *mellitus*. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, desenvolvido no município de Bandeirantes, Paraná, no período de maio a junho de 2006, por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas no domicílio de 38 famílias. Os resultados revelaram bom conhecimento dos familiares sobre cuidados necessários, principalmente em relação às práticas não medicamentosas, com destaque para a alimentação: o cuidado com a insulino-terapia representou uma demanda difícil de ser suprida pelos familiares, tanto por aspectos emocionais como técnicos. Conclui que a qualidade do relacionamento entre os membros familiares, o estímulo por parte destes para o seguimento do tratamento medicamentoso e regime alimentar e a atenção/preocupação com os tipos de alimentos disponibilizados no domicílio são fundamentais para o sucesso da convivência do paciente com o Diabetes *mellitus*.

Descritores: Família. Diabetes *mellitus*. Pé diabético. Assistência domiciliar. Cuidados de enfermagem.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue conocer las prácticas de cuidados relacionadas con insulino-terapia y prevención de lesiones en miembros inferiores, adoptadas por familiares de personas con Diabetes mellitus. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, desarrollado en el municipio de Bandeirantes, Paraná, Brasil, en el período de mayo a junio de 2006, por medio de entrevistas semi-estructuradas realizadas en el domicilio de 38 familias. Los resultados revelaron buen conocimiento de los familiares sobre los cuidados necesarios para la prevención del pie diabético y control glicémico, principalmente en relación con las prácticas no medicamentosas, destacándose la alimentación. El cuidado con la insulino-terapia representó una demanda difícil de ser suplida por los familiares, tanto debido a aspectos emocionales como técnicos. Se concluye que la calidad de la relación entre los familiares, el estímulo por parte de estos para que se continúe el tratamiento medicamentoso y el régimen alimentario, así como la atención/preocupación con los tipos de alimentos disponibles en el domicilio, son fundamentales para el éxito de la convivencia del paciente con la Diabetes mellitus.

Descriptorios: Familia. Diabetes *mellitus*. Pie diabético. Atención domiciliar de salud. Atención de enfermería.

Título: Las vivencias en familia de las necesidades de cuidados referentes a la insulino-terapia y a la prevención del pie diabético.

ABSTRACT

This study aimed at describing routine insulin therapy and lower-limb lesion prevention practices used by relatives of diabetes mellitus patients. Semi-structured interviews were carried out at home, and 38 families of the municipal district of Bandeirantes, Paraná, Brazil, were included. Results revealed that relatives had good knowledge on glycemic control and diabetic foot prevention, particularly of non-medication care, with emphasis on food. Insulin therapy care is very demanding for relatives, both in emotional and technical terms. It was concluded that the quality of the relationship among family members, encouraging the patient to comply with insulin therapy and special diet, and concern with food items available at home are essential for the patient with diabetes mellitus.

Descriptors: Family. Diabetes *mellitus*. Diabetic foot. Home nursing. Nursing care.

Title: Family experience on the care needs relative to insulin therapy and diabetic foot prevention.

^a Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor do Departamento de Saúde e Educação da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Paraná, Brasil.

^b Enfermeira. Aluna especial do Programa de Mestrado da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Paraná, Brasil.

^c Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UEM, Paraná, Brasil.

^d Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da UEM. Coordenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem e do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família (NEPAAF), Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

O descobrimento da insulina em 1921 representou um grande avanço nas Ciências Biológicas no século XX. Há 77 anos, as pessoas portadoras de Diabetes *mellitus* (DM) tipo 1, tinham uma expectativa de vida de 2 anos, a contar do início da doença⁽¹⁾. Com a introdução da insulino-terapia, a mortalidade por esta causa reduziu consideravelmente, aumentando a sobrevida dessas pessoas. Entretanto, as complicações decorrentes da doença ainda são assustadoras, tanto do ponto de vista da qualidade de vida do paciente quanto dos encargos financeiros para os Serviços de Saúde Pública.

Dentre as complicações, encontram-se as macroangiopatias e microangiopatias, destacando-se, as lesões nos pés, que ocorrem em cerca de 20% de todos os diabéticos, sendo responsável por cerca de 40% a 70% das amputações não-traumáticas dos membros inferiores (MMII)⁽²⁾. Os custos financeiros e emocionais e as complicações potenciais associadas ao efeito desta doença sobre o pé são avassaladores. Em um estudo desenvolvido no conjunto Hospitalar de Sorocaba, observou-se um custo mediano das internações decorrentes de complicações de extremidades relacionadas ao DM de R\$ 1.004,59 e em 24% delas foi superior a R\$ 2.000,00. O custo econômico direto e indireto do DM é de 98 bilhões de dólares anualmente, somente nos Estados Unidos⁽³⁾.

A neuropatia periférica (NP) crônica associada ao DM consiste em um processo patológico insidioso e progressivo, na qual a severidade não está diretamente representada nos sinais e sintomas desenvolvidos pelos pacientes. A NP é um acometimento que compromete os sistemas nervoso sensorial, autonômico e motor, o que prejudica a sensibilidade, a hidratação do pé e a marcha, aumentando o risco para ulceração e a amputação. Além disso, por si só ela já é suficiente para desencadear parestesia dolorosa, ataxia sensorial e deformidade de Charcot⁽⁴⁾.

Não sendo uma doença com estigmas visíveis, nem que se dá a conhecer por meio de dor ou outro sinal alarmante, ela é muitas vezes deixada de ser diagnosticada, permitindo que o mau controle da doença, leve o paciente a essas complicações⁽⁵⁾.

A neuropatia diabética, que comumente acompanha o DM de longa data, frequentemente só é detectada e diagnosticada ao surgir uma úlcera ou

dor no membro inferior. Entretanto, o diagnóstico precoce e um plano de prevenção rigoroso podem ser fundamentais para reduzir a quantidade de amputações nessa população⁽⁶⁾.

O controle da glicemia em um nível desejável e o cuidado regular com os pés constituem ações importantes para prevenção do pé diabético. A Sociedade Brasileira de Diabetes⁽⁷⁾, o Ministério da Saúde⁽⁸⁾ e o Consenso Internacional de Pé Diabético⁽⁹⁾ destacam as principais estratégias para o controle glicêmico. Elas envolvem a educação em diabetes, motivação pessoal, força de vontade, controle domiciliar da glicemia, apoio social e familiar e equilíbrio emocional. Tudo isso, combinado à medicação adequada, dieta e exercícios. Assim, as estratégias educacionais devem atender aos 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⁽¹⁰⁾.

A família é considerada uma das entidades sociais mais relevantes e significativas para a sociedade, devido a sua importância no cultivo e transmissão de valores e crenças que contribuem para a formação dos membros que a constituem e, além disso, também é uma fonte primária na qual o indivíduo busca solução de algo que afeta o seu bem-estar, constituindo assim um sistema de apoio relevante para o paciente. Sendo assim, a participação familiar no processo educativo do paciente diabético contribui para o seguimento do tratamento, na medida em que serve como fonte de apoio emocional nos momentos em que o mesmo se sente impotente diante dos desafios advindos da doença⁽¹⁰⁾. Entretanto, os familiares não têm recebido, por parte dos profissionais de saúde, a atenção de que necessitam, da mesma forma que não vislumbram meios em que possam buscar apoios e alternativas de inclusão no tratamento de seu ente querido, acarretando frequentemente, prejuízo e distorções ao tratamento e prevenção adequados.

Com relação a este aspecto há que se considerar as influências interpessoais familiares e do grupo de iguais, as quais estão intrinsecamente baseadas em um conjunto de crenças e valores que interferem na motivação e capacidade de os pacientes enfrentarem a sua doença⁽¹⁰⁾.

Dois estudos recentes indicam nesta direção. Um foi desenvolvido com familiares e tinha por objetivo investigar o conhecimento dos mes-

mos acerca da problemática do portador de DM, tendo sido identificado que os familiares proporcionam suporte no controle da doença e na prevenção de complicações, o que levou os autores a ressaltarem a necessidade de educação aos familiares⁽¹¹⁾.

O outro estudo foi desenvolvido junto a pacientes diabéticos e o cuidador principal e os resultados encontrados levaram os autores a recomendarem o conhecimento dos padrões de resposta do paciente e de seu principal cuidador, em relação aos seus sentimentos, conflitos e necessidades, como condição para o estabelecimento de um vínculo efetivo capaz de proporcionar condições conjuntas, em busca de estratégias direcionadas ao alcance do controle metabólico⁽¹⁰⁾.

Diante do exposto e 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, este trabalho tem como objetivo conhecer as práticas de cuidados relacionadas com insulino-terapia e prevenção de lesões em membros inferiores adotadas por familiares de pessoas com DM.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório realizado no município de Bandeirantes, localizado no Norte do Paraná, área de abrangência da 18ª Regional de Saúde, com 33.370 habitantes, divididos de forma equilibrada entre os sexos. Possui duas Instituições Hospitalares, uma filantrópica e outra privada; cinco Unidades Básicas Saúde (UBS) das quais quatro possuem Equipes de Saúde de Família (ESF), sendo 66,8% da população do município coberta pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

A população do estudo constituiu-se de familiares de pacientes portadores de DM insulino-necessitado, independentemente da classificação em tipo 1 ou tipo 2. À ocasião da coleta de dados estavam cadastrados no Programa HIPERDIA do município, 902 pacientes diabéticos e destes, 133 faziam uso regular de insulina⁽¹²⁾. Desta população, 35 residiam na zona rural, 35 não residiam no endereço registrado no cadastro, 10 haviam ido a óbito e 15 não foram localizados em duas visitas, sendo a população efetivamente estudada constituída de 38 famílias. Os dados foram coletados no período

de maio a junho de 2006, por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas no domicílio dos pacientes.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi o formulário semi-estruturado, elaborado pelos autores com base nos objetivos do estudo. Os aspectos relacionados ao controle do DM e cuidados com os pés, foram extraídos de instrumento utilizado em outro estudo⁽¹³⁾ com adaptações quanto aos cuidados específicos à insulino-terapia. O instrumento constituiu-se de quatro partes: a) dados de identificação e caracterização familiar; b) medidas utilizadas para controle do DM; c) cuidados com os pés; e d) fatores do relacionamento familiar-paciente considerados facilitadores ou dificultadores na prevenção de lesões em MMII. Os informantes foram os cuidadores, e, nos casos em que o paciente morava sozinho, ele foi o informante. Cabe destacar que as questões relacionadas à última parte do instrumento também foram dirigidas ao portador de DM.

Na análise dos dados as respostas dos informantes foram avaliadas numa perspectiva familiar, ou seja, tendo como pano de fundo a tentativa de enxergar como aquela resposta se integrava no contexto familiar.

O desenvolvimento do estudo obedeceu aos preceitos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁴⁾ e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) da Faculdade Luiz Meneghel (Protocolo nº 93/2006). A solicitação de participação no estudo foi feita verbalmente e no próprio domicílio, sendo incluídos no estudo, os familiares e pacientes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere às características dos indivíduos e suas famílias, observamos na Tabela 1 que a maioria dos 38 pacientes é do sexo feminino, casada e possui mais de 60 anos. Os viúvos constituem mais de 25% do total de pacientes diabéticos, e em sua maioria tem idade superior a 70 anos e são do sexo feminino. Este resultado corrobora o que foi encontrado em um estudo desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, e mostra uma relação positiva entre crescimento da prevalência de DM e idade avançada⁽⁷⁾.

Tabela 1 – Características familiares e do portador de diabetes *mellitus*. Bandeirantes, PR, 2006 (N=38).

Características do doente	n	%
Sexo		
Masculino	10	26,3
Feminino	28	73,7
Idade		
< 30 anos	02	5,3
30 a 59 anos	13	34,2
60 anos ou +	23	60,5
Estado civil		
Casado	25	65,8
Viúvo	10	26,3
Solteiro	02	5,3
Amasiado	01	2,6
Tipo de família		
Família nuclear	25	65,8
Família extensa	13	34,2
Tamanho da família		
Mora sozinho	04	10,5
Duas pessoas	13	34,2
Três pessoas	07	18,4
Quatro pessoas	09	23,7
+ de quatro pessoas	05	13,2

Em relação às características familiares, observamos prevalência de famílias pequenas (número médio de 2,8 componentes) e do tipo nuclear, mais especificamente de famílias monoparentais, isto é sem um dos cônjuges. Família são “duas ou mais pessoas envolvidas emocionalmente, podendo ou não viverem juntas”⁽¹⁵⁾ e é no âmbito familiar que acontece e se administram a maioria dos cuidados básicos à saúde.

Nesta concepção, considera-se também como âmbito familiar as relações entre os pacientes e outros elementos, mesmo que não façam parte da mesma árvore genealógica. Os resultados nos mostram ainda que, apenas quatro dos indivíduos diabéticos em estudo moram sozinhos e buscam no contexto social mais amplo o seu âmbito familiar, com destaque ao convívio religioso e a equipe de saúde da família (ESF). Esta relação é muito importante para o conhecimento dos profissionais de saúde, pois serve para ampliar nosso foco durante ações que envolvam grupos, para prevenção e promoção da saúde.

Observa-se na Tabela 2 que a maioria dos cuidadores são do sexo feminino e ocupam a posição de filhas e esposas do doente. Este perfil refor-

ça as concepções culturais e históricas de que o cuidado, na saúde e na doença, é essencialmente dispensado pelas mulheres. Outro dado interessante é que, para os pacientes viúvos do sexo masculino, o membro da ESF foi considerado como cuidador principal.

Tabela 2 – Características relacionadas ao cuidado prestado ao portador de Diabetes *mellitus*. Bandeirantes, PR, 2006 (N=38).

Características do cuidado	n	%
Cuidador principal		
Filha	13	34,2
Esposa	10	26,3
Próprio	03	7,9
Marido	03	7,9
Mãe	03	7,9
Membro da ESF	03	7,9
Filho	02	5,3
Neta	01	2,6
Quem administra insulina		
Próprio paciente	14	36,8
Cuidador informal	12	31,6
Membro da ESF	12	31,6

Legenda: ESF: equipe de saúde da família.

No que se refere ao responsável pela administração diária da insulina, os resultados encontrados demonstram uma distribuição relativamente equilibrada entre membros da ESF (31,6%), cuidadores informais/familiares (31,6%) e o próprio paciente (36,8%). Ou seja, para a maioria dos indivíduos diabéticos em estudo (68,4%), as demandas relacionadas à insulino terapia são resolvidas por eles mesmos ou por seus familiares.

Contudo, o fato de uma parcela considerável dos pacientes (31,68%) dependerem de membros da ESF para atender suas demandas relacionadas com a insulino terapia é preocupante, por dois motivos: o primeiro é que as equipes não têm conseguido dar conta de orientar os familiares quanto a técnica de aplicação da insulina suficientemente para que os mesmos se sintam apoiados e seguros para o seu desempenho. O segundo motivo de preocupação reside no fato de ser complicado, tanto para o paciente como para a família, ficar na dependência de um membro da equipe de saúde para a administração da insulina. A preocupação maior refere-se à dificuldade na regularidade de horá-

rio para administração da insulina, decorrentes de variáveis como: excesso de atividades, dificuldade de deslocamento, tempo para aplicação, eventuais necessidades dos pacientes durante a visita domiciliar e ainda, períodos de folga da equipe (sábados, domingos e feriados).

A meta é que a própria família consiga resolver suas necessidades de cuidados cotidianos, considerando os recursos que ela tem disponível. Esta condição, portanto, deve constituir preocupação da equipe de saúde, a qual deverá incluir em seu plano de cuidado, promover a instrumentalização da família para que ela possa, gradativamente, assumir a execução deste cuidado. No caso de pacientes que moram sozinhos, os profissionais de saúde poderão ajudar o portador de DM a mobilizar os recursos informais de sua comunidade para a administração de cuidados que ele não seja capaz de executar.

Nessa pesquisa a participação do familiar na administração de insulina foi baixa, quando comparada aos resultados obtidos em estudo realizado no interior de São Paulo⁽¹¹⁾, onde foi observado que em 54,2% dos casos de administração de insulina e 62,5% dos casos de administração de antidiabético oral havia a participação efetiva da família.

Ainda em relação à administração da insulina, foi identificado que quando o próprio indivíduo diabético ou o familiar era responsável por esse cuidado, o rodízio nos locais de aplicação era limitado. Este fato mais uma vez indica a necessidade de uma atenção especial aos pacientes em estudo por parte dos serviços de saúde. Estes pacientes e suas famílias precisam ser capacitados inicialmente, mas também precisam ser acompanhados de tempos em tempos com vistas a corrigir falhas. A não realização de rodízio pode provocar alterações nos locais de aplicação da insulina. Estas alterações costumam afetar de 10 a 50% dos pacientes insulino-dependentes, que são acometidos por lipodistrofias, dor, nódulos endurecidos, equimose, hematoma, hiperemia, ardência e alergias⁽¹⁶⁾.

A Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus define como estratégia para o controle do bom nível glicêmico, a educação e o apoio familiar. Portanto, a atuação profissional deve permitir aos pacientes e seus familiares assumirem seus próprios caminhos, crescer, amadurecer, encontrar consigo mesmo, respeitando suas idéias e o conduzindo a uma cotidianidade na qual ele tome decisões rela-

cionadas com suas possibilidades de viver com DM⁽⁷⁻⁹⁾.

Com relação às atitudes dos familiares acerca dos cuidados com os pés, observa-se que a preocupação em secar bem os pés após o banho foi o cuidado mais frequentemente referido (94,7%), seguido da necessidade de corte de unhas arredondadas (78,9%). Contudo, este último cuidado – o corte de unhas de forma arredondadas –, não é recomendado, pois quando os cantos das unhas são removidos com frequência, uma porção profunda e intacta da unha é deixada no sulco ungueal distal que acaba crescendo dentro da pele, provocando lesões e dor. Do mesmo modo, a remoção de cutículas também não é indicada, pois esta ação pode abrir uma porta de entrada para microorganismos, podendo causar infecções⁽¹⁷⁾.

O cuidado ao usar meias adequadas, ou seja, as confeccionadas a partir do tecido de algodão, sem costura e de cor clara, demonstrou ser bem conhecido pelos familiares (65,8%). Esse tipo de cuidado previne o aparecimento de micoses interdigitais e onicomicoses⁽¹³⁾. As micoses e infecções dos pés são condições que agravam ainda mais o pé diabético, levando ao descontrole metabólico ou progressão para infecção generalizada⁽³⁾.

O quarto cuidado mais frequentemente referido foi a utilização de cremes/óleos hidratantes nos pés (55,2%). A neuropatia diabética pode levar a ausência ou diminuição de sudorese nos membros, pela lesão nas glândulas sudoríparas⁽¹⁸⁾, deste modo, o uso de produtos hidratantes tem sido apontado como um fator de proteção para o desenvolvimento de fissuras ou rachaduras, que predispõe ao aparecimento de úlceras.

A identificação precoce de sinais e sintomas que possam desencadear uma úlcera neuropática é essencial para o bom prognóstico do paciente, motivo que reforça a importância da inspeção regular dos pés pelos cuidadores. É importante destacar que, ao exame físico, o sinal predisponente a lesões em MMII mais prevalente, identificados nos pacientes diabéticos em estudo foi a pele ressecada (42,1%). Embora seja também uma das características da senilidade, este achado semiológico pode ser justificado pela baixa adesão dos pacientes e familiares ao uso de hidratantes.

As rachaduras estavam presentes em 18,4% dos pacientes, onicomicose em 15,8%, e as micoses interdigitais e calos em 7,9%. É interessante obser-

var que dos 10 pacientes que referiram andar descalço, cinco apresentavam pele ressecada, três rachaduras nos pés e dois, calos nos pés.

Um ponto positivo, é que a porcentagem de pacientes com calos (7,9%) nos pés é bem menor do que o encontrado em outro estudo, onde se obteve uma prevalência de 45%⁽⁹⁾. O calo ocorre nos locais de pressão e fricção e geralmente está associado ao uso de calçados inadequados. Se negligenciado ou tratado de forma inadequada pode ocorrer o desenvolvimento de ulcerações.

As manifestações de pacientes e familiares sobre os aspectos que interferem no controle do nível glicêmico desejável e na prevenção de complicações em decorrência dessa patologia permitiram identificar aspectos positivos e negativos do relacionamento familiar permeando estas condições, conforme pode ser observado nos Quadros 1 e 2.

Falas dos pacientes	Categorias propostas	Aspectos
<i>"Melhorou o carinho, mais atenção". "Ele me acompanha nas consultas, ajuda a tomar decisões".</i>	Laços afetivos marcados por companheirismo e amor.	Positivos
<i>"Ela cuida do preparo da alimentação". "Me lembra de tomar o remédio".</i>	Atenção com o uso dos medicamentos e controle alimentar.	
<i>"Penso que dou trabalho, só procuro quando preciso". "Medo da Equipe de Saúde da Família não vir". "[...] ele não me dá dinheiro e eu fico muito nervosa". "A filha saiu do emprego".</i>	Dependência	Negativos
<i>"Revolta, culpa o marido pela doença".</i>	Sentimento de culpa	

Quadro 1 – Aspectos positivos e negativos do relacionamento familiar envolvidos no cuidado cotidiano, segundo opinião de indivíduos diabéticos. Bandeirantes, PR, 2006.

No Quadro 1, são observados os aspectos apontados pelos pacientes, os quais consideram como positivo o fortalecimento dos laços afetivos, reforçando a importância que a família tem sobre o cuidado de seus membros. Outro aspecto valorizado pelo paciente é a adesão ao tratamento, pois 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⁽¹⁰⁾.

O aspecto negativo de maior destaque na percepção dos pacientes é a dependência. O sentimento de culpa é uma das características da fase de crise, na evolução da doença crônica. Acredita-se que este sentimento possa ser amenizado à medida que os pacientes vão aprendendo a conviver com

a doença. É importante ressaltar que problemas familiares é uma dimensão muito afetada pelo DM, e também é identificado em outros estudos, justificado pelo nervosismo que os pacientes relatam por terem a doença⁽¹⁹⁾.

Já na opinião dos familiares, observa-se que o cuidado familiar é fundamental para o bom controle do nível glicêmico, devido à melhora na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. O conforto de ser cuidado no próprio domicílio, também é um fator que reforça a importância de se trabalhar com a família para o cuidado ao paciente diabético.

Porém, nota-se que a administração de insulina representa uma necessidade de cuidado muito estressante para a família seja por despreparo técnico ou emocional. Esta é uma técnica simples para nós da área da saúde, porém, ao lembrarmos dos tremores que apresentávamos durante as aulas de semiotécnica, no início do desenvolvimento deste procedimento, entendermos os sentimentos dos familiares frente a esta demanda.

O diagnóstico de enfermagem de medo (individual e familiar) relacionado ao diagnóstico de DM – às complicações potenciais, às injeções de

Descrição das falas dos familiares	Categorias propostas	Aspectos
<i>“Companheirismo, o fato de ela fazer uso de insulina foi insistência minha”.</i>	Estímulo para o seguimento do tratamento medicamentoso.	Positivos
<i>“Tenho minha esposa sempre por perto”.</i> <i>“Maior proximidade, não tem mais brigas”.</i>	Melhora no relacionamento familiar.	
<i>“Segurança e facilidade, não precisa sair de casa”.</i> <i>“É bom ser cuidada em casa”.</i>	Conforto do cuidado prestado no próprio domicílio.	
<i>“Não faço comida porque se não ele come”.</i> <i>“Não aceita fazer nenhum tipo de dieta”.</i> <i>“Quando faço pão ele come muito”.</i>	Desobediência em relação ao regime alimentar.	Negativos
<i>“Eu não saio mais de casa”.</i> <i>“Pegou a cruz, tem que carregar”.</i> <i>“Negar serviço para cozinhar pra ele”.</i> <i>“Antes de a mulher ter Diabetes ela trabalhava, agora eu tenho que cuidar dela”.</i>	Resignação.	
<i>“Tenho medo de aplicar a insulina”.</i> <i>“Não saber aplicar insulina”.</i> <i>“Ter que aplicar a insulina”</i>	Despreparo técnico e emocional para aplicação da insulina.	

Quadro 2 – Aspectos positivos e negativos do relacionamento familiar envolvidos no cuidado cotidiano, segundo opinião dos familiares. Bandeirantes, PR, 2006.

insulina e ao efeito negativo sobre o estilo de vida, tem sido comumente identificado entre diabéticos⁽¹⁹⁾.

Há estudos que apresentam propostas de orientação para a pessoa diabética e sua família, fundamentada numa abordagem humanitária e compreensiva da pessoa que em sua trajetória de vida experiência a convivência com uma doença crônica e incurável⁽²⁰⁾. Vários estudos já foram conduzidos com este enfoque, e dentre eles podemos citar um desenvolvido junto à família e o diabético com o propósito de promover o treinamento de habilidades básicas, como por exemplo, a auto-aplicação de insulina⁽²¹⁾. Mesmo elaborada há mais de uma década, esta proposta considera uma prática educativa individualizada, o que permite maior êxito neste processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os objetivos propostos nesta investigação, quais sejam, conhecer as práticas de cuidados relacionadas com insulino terapia e prevenção de lesões em membros inferiores adotadas por familiares de pessoas com DM, consideramos que os familiares, de forma geral, apresentaram

bom conhecimento relacionado com os cuidados a serem adotados para prevenção de complicações decorrentes do DM. Contudo, embora na maioria dos casos, a família e o paciente sejam responsáveis pela administração da insulina, também foi identificado que o rodízio de locais utilizados nesta administração é limitado, revelando uma demanda importante para atuação dos profissionais de saúde junto a estas famílias, especialmente quando se considera que uma parcela considerável das mesmas também possui conceitos errados relacionados com alguns cuidados importantes como, por exemplo, os referentes ao corte de unhas.

Ademais, também é preocupante a identificação do elevado número de pacientes que dependem de membros da ESF para a administração da insulina, revelando a necessidade de estes profissionais trabalharem mais em sua comunidade no sentido de preparar outras pessoas para suprirem esta necessidade.

As manifestações dos pacientes e familiares acerca dos aspectos que interferem no controle do nível glicêmico desejável e na prevenção de complicações em decorrência dessa patologia permitiram identificar aspectos positivos e negativos do relacionamento familiar permeando estas condi-

ções. Atuam de forma positiva, a qualidade do relacionamento entre os membros familiares, o estímulo por parte destes para o seguimento do tratamento medicamentoso e regime alimentar e a atenção manifestada a partir da preocupação com os tipos de alimentos disponibilizados no domicílio. Dentre os aspectos negativos sobressaem a desobediência/resistência do paciente, o despreparo da família para a administração da insulina, com conseqüente dependência de outras pessoas para administração ou mesmo uma sua realização de forma não totalmente correta.

Portanto, os resultados do estudo, a partir da polaridade presença/ausência, são reveladores da importância da participação familiar no controle dos níveis glicêmicos e conseqüente prevenção de complicações. Assim, a educação em saúde para as pessoas diabéticas precisa configurar-se em um processo contínuo e abrangente e incluir não apenas informações sobre o tratamento tradicional, mas também fatores ambientais, maneiras de compreender e de lidar com o DM e, sobretudo, proporcionar espaço apropriado para as relações de acolhimento, criação de vínculos entre usuários e profissionais da saúde de modo a permitir maior autonomia a essas pessoas, possibilitando-lhes conviver com o DM de forma saudável.

Acreditamos que pensar em um programa de educação em DM passa obrigatoriamente pela organização dos serviços, priorizando a capacitação dos profissionais, a fim de qualificar o atendimento a esta clientela, minimizar o impacto da doença na família e, minorar o sofrimento dos pacientes e dos próprios familiares em relação ao DM. Para tanto, se faz necessário desvelar não apenas o conhecimento, mas também as atitudes desempenhadas no âmbito familiar, que conduzem o diabético ao bem-estar na sua vivência com essa doença incurável, por meio de ações voltadas para prevenção e promoção à saúde.

Sendo assim, os dados encontrados nesta investigação merecem ser analisados pelos profissionais de saúde, com vistas ao aprimoramento dos programas de assistência ao diabético, incluindo aqui o seu familiar, pois a aplicação de insulina é um procedimento ainda temido por alguns familiares.

REFERÊNCIAS

- Herrera ALG. Comportamento das amputações por pé diabético. Matanzas: Centro Provincial de Información de Ciências Médicas; 2003.
- Caiafa JS, Canongia PM. Atenção integral ao paciente com pé diabético: um modelo descentralizado de atuação no Rio de Janeiro. *Jornal Vascular Brasileiro [periódico na Internet]* 2003 [citado 2006 jun 25];25(1):75-8. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br>.
- Calsolari MR, Castro RF, Maia RM, Maia FCP, Castro AV, Reis R, et al. Análise retrospectiva dos pés de pacientes diabéticos do ambulatório de Diabetes da Santa Casa de Belo Horizonte, MG. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo* 2002;46(2):173-6.
- Gagliardi ART. Neuropatia diabética periférica. *Jornal Vascular Brasileiro [periódico na Internet]* 2003 [citado 2006 abr 14];2(1):67-74. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br>.
- Cade NV. A teoria do déficit de autocuidado de OREM aplicada em hipertensas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2001;9(3):43-50.
- Hess CT. Tratamento de feridas e úlceras. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.
- Sociedade Brasileira de Diabetes [página na Internet]. Rio de Janeiro; 2006 [citado 2006 abr 14]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>.
- Ministério da Saúde (BR), Caderno de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Brasília (DF); 2001.
- Grupo de Trabalho Internacional de Pé Diabético. Consenso Internacional de Pé Diabético. Brasília (DF): Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2001.
- Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2005;13(3):397-406.
- Pace AE, Nunes PD, Ochoa-Vigo K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2003;11(3):312-9.
- Secretaria Municipal de Saúde (PR). Cadastro HIPER-DIA/Farmácia Municipal de Bandeirantes (PR). Paraná; 2006.
- Cosson ICO, Ney-Oliveira F, Adan LF. Avaliação do conhecimento de medidas preventivas do Pé Diabético em pacientes de Rio Branco, Acre. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo* 2005;49(4):548-56.

- 14 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 15 Frota MA, Barroso MGT. Repercussão da desnutrição infantil na família. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2005;13(6):996-1000.
- 16 Castro ARV, Graziano KU, Grossi SA. Alterações nos locais de aplicação de insulina e nas seringas reutilizadas pelos pacientes diabéticos. Revista Gaúcha de Enfermagem 2006;27(1):27-34.
- 17 Jorge SA, Dantas SAPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.
- 18 Lopes CF. Projeto de assistência ao pé do paciente portador de diabetes melito. Jornal Vasculiar Brasileiro [periódico na Internet] 2003 [citado 2006 abr 14];2(1):79-82. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br>.
- 19 Souza TT, Santini L, Wada SA, Vasco CF, Kimura M. Qualidade de vida da pessoa diabética. Revista da Escola de Enfermagem da USP 1997;31(1):150-4.
- 20 Rego MAB, Nakatami AYK, Bachion NM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. Revista Gaúcha de Enfermagem 2006;27(1):60-70.
- 21 Costa EBC, Lima RCD. Proposta de orientação sistematizada para a pessoa diabética e sua família. Revista Brasileira de Enfermagem 1998;41(2):169-72.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Ricardo Castanho Moreira
Avenida Prefeito Moacyr Castanho, 1483
86360-000, Bandeirantes, PR
E-mail: ricardo@ffalm.br

Recebido em: 21/06/2007
Aprovado em: 19/03/2008