

DIABETES: ADESÃO DO PACIENTE E O PAPEL DA FAMÍLIA NESSA NOVA REALIDADE

DIABETES: PATIENT ADHESION AND THE ROLE OF THE FAMILY IN THIS NEW REALITY

Maísa Mônica Flores Martins^{a*}, Maina Lima Rodrigues^{b*}

maisamonica@gmail.com^a, mainalm@hotmail.com^b
Universidade Católica do Salvador^{*}

Data de recebimento do artigo: 14/01/2019

Data de aceite do artigo: 18/02/2019

RESUMO

Introdução: As limitações e mudanças de vida do diabético após o diagnóstico causa um choque emocional, interferindo na vida familiar. A presença da família durante o tratamento facilita a sua recuperação, garantindo um suporte no controle glicêmico e na qualidade de vida. Novos programas educacionais possibilitam o conhecimento na condução da diabetes, transformando suas atitudes durante o enfrentamento da doença. **Objetivo:** Compreender a participação dos familiares na adesão ao tratamento e qualidade de vida do indivíduo diabético. **Material e Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, descritiva. Realizada na Unidade de Fisioterapia (UNAFISIO) da Universidade Católica do Salvador, no Campus Pituaçu, em Salvador, Bahia. Foram entrevistados os usuários diabéticos que fazem acompanhamento na referida unidade. **Resultados:** Os resultados encontrados neste estudo representam a ideia de que uma doença crônica como a Diabetes Mellitus traz consigo problemas afetivos, psicológicos, econômicos e sociais, afetando o cotidiano da estrutura familiar. **Considerações Finais:** Conclui-se que a Diabetes Mellitus requer mudanças e novas atitudes tanto por partes dos portadores quanto dos seus familiares, buscando assim uma relação familiar mais ampla na qual esse paciente vai transformar os hábitos de vida, tendo em vista a promoção da saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Cuidados de saúde; diabetes mellitus; educação nutricional; relações familiares

ABSTRACT

Introduction: The limitations and changes in the diabetic's life after diagnosis cause an emotional shock, interfering with family life. The presence of the family during the treatment facilitates its recovery, ensuring support in glycemic control and quality of life. New educational programs enable the knowledge in the conduction of diabetes, transforming their attitudes during the confrontation of the disease. **Objective:** To understand the participation of family members in adherence to the treatment and quality of life of the diabetic individual. **Material and Method:** This is a field research, qualitative and descriptive approach. Held at the Physical Therapy Unit (UNAFISIO) of the Catholic University of Salvador, at the Pituaçu Campus, in Salvador, Bahia. We interviewed the diabetic users who follow up at this unit. **Results:** The results found in this study represent the idea that a chronic disease such as Diabetes Mellitus brings with it affective, psychological, economic and social problems, affecting the daily structure of the family. **Final Considerations:** It is concluded that Diabetes Mellitus requires changes and new attitudes both by parts of the patients and their relatives, thus seeking a wider family relationship in which this patient will transform the habits of life, with a view to promoting health and quality of life.

Keywords: Health care; diabetes mellitus; nutrition education; family relationships

Introdução

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que exige constantes adaptações por parte do indivíduo e de seus familiares, sendo necessário modificações nos hábitos e estilo de vida¹. Uma doença metabólica multifatorial, tendo como característica a hiperglicemia devido a problemas no mecanismo de produção ou ação da insulina². Trata-se de uma disfunção no pâncreas que acomete o indivíduo moderno de qualquer classe social. Verifica-se um aumento na prevalência de pessoas diabéticas devido o envelhecimento populacional, a maior urbanização, obesidade, sedentarismo e da maior sobrevivência dos pacientes com a doença³.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2014), estima-se que 6,2% da população brasileira com 18 anos ou mais de idade foram diagnosticadas com diabetes tipo 2, sendo que 7% são mulheres e 5,4% homens. Observou-se que, quando analisado por escolaridade a taxa mais elevada de diagnóstico de diabetes concentra-se em pessoas com ensino superior ou com o ensino fundamental incompleto (9,6%), e cerca de 20% acomete idosos na faixa etária de 65 e 74 anos⁴.

Diante de uma doença de características crônicas, faz-se necessário que a família sofre um processo de ajustamento em seu contexto, são adequações que irão englobar os interesses sociais nas práticas cotidianas que estão relacionadas com a qualidade de vida desejada para o diabético⁵. Portanto, a família negocia a sua atenção no cuidado com o indivíduo diabético, como também com outros papéis e obrigações de divulgar as informações sobre a doença mantendo meios que facilitam as relações sociais apesar das exigências que a doença impõe⁶.

A família tem uma grande função no apoio emocional, mental, afetivo e no suporte físico de cada familiar adoecido, formando uma rede de apoio no qual cuida e são cuidados. Sendo visualizada como um núcleo de acolhimento, cuidado e atenção a esses portadores⁷.

Para que esse processo ocorra é preciso considerar as experiências do portador e seus familiares a respeito do conhecimento da DM. Os indivíduos portadores da diabetes deixam claro que são indivíduos completos, na sua própria visão global⁵. Alguns autores dizem que conviver com a do-

ença e suas demandas, com perspectiva de atingir o controle reflete em tarefas que exercem influências sobre a pessoa e seus familiares, designados a se adequarem à nova realidade, com o intuito de gerenciar cuidados relacionados à doença^{5,8}.

A família ao participar efetivamente do enfrentamento de uma doença crônica, através de estímulos emocionais e comportamentais, auxilia no desbloqueio e reduz a resistência em relação à doença, dando ao paciente a interpretação real dessa vivência. Este suporte familiar permite a compreensão das mudanças relacionadas de hábitos, a fim de facilitar a adesão ao tratamento, recuperação e melhora na qualidade de vida⁹.

Desse modo, a família e o portador devem se inserir em propostas educativas sobre a DM, a fim de observar as orientações alimentares, levando em consideração os aspectos econômicos, culturais e sociais, que atendam às necessidades acerca da qualidade e quantidade dos alimentos. Quanto maior o apoio da família e a sua participação no tratamento do paciente, mais rápido será a aceitação da doença¹⁰.

Diante de um contexto tão comum a realidade das famílias brasileiras, as adequações a esta nova realidade geram impactos nas condições de vida do portador e de seus familiares, uma vez que a doença demanda rearranjos que exercem influências na vida de ambos. Questiona-se, portanto, a influência da família na adesão ao tratamento e qualidade de vida do indivíduo diabético? Uma vez que, a família é peça essencial para a adesão às condições terapêuticas e o suporte para o autocuidado do indivíduo diabético, fazendo-se necessário compreender as modificações sofridas pelos familiares a fim de proporcionar melhores condições de vida e adesão adequado ao tratamento. Nesse contexto, este estudo tem como objetivo compreender a participação dos familiares na adesão ao tratamento e qualidade de vida do indivíduo diabético.

Material e método

Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, descritiva. Segundo Minayo (2014)¹¹, o estudo de abordagem qualitativa permite a compreensão multifacetada dos signifi-

dos e valores adquiridos das relações existentes nas diversas situações do cotidiano.

Os sujeitos do estudo foram pacientes acompanhados pelo programa de diabetes de um serviço de fisioterapia de uma Universidade de caráter filantrópico localizada no município de Salvador, Bahia. Foi realizada observação direta da participação dos usuários no serviço de saúde, além da aplicação de um roteiro semiestruturado.

As entrevistas foram realizadas no período de março a abril de 2018, a partir de roteiro de pesquisa semiestruturado, teve como ponto mais relevantes o conhecimento da DM, as dificuldades encontradas após a descoberta da doença, as complicações devido a DM, as mudanças tanto no seu cotidiano quanto dos seus familiares, a percepção em relação ao comportamento dos seus familiares e o conhecimento sobre mudança de hábitos e a aceitação.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser paciente do programa de diabetes do serviço de fisioterapia, ter mais de 18 anos de idade, não apresentar nenhuma deficiência que impeça a condução da entrevista. Sendo descartados da pesquisa os usuários que não estiveram presentes nos dias de realização das entrevistas, aqueles que não eram pacientes do programa de diabetes e aqueles que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No total foram realizadas 10 entrevistas, sendo este número definido pela saturação dos dados. A saturação ocorre quando as informações tornam-se repetitivas, e a inclusão de outros participantes não resulta em novas ideias¹¹. Todas as entrevistas foram precedidas da leitura e assinatura do TCLE, em duas vias, sendo uma anexada ao roteiro de entrevista e a outra entregue ao participante da pesquisa.

As técnicas de pesquisa basearam-se nas respostas obtidas através de um roteiro de entrevista semiestruturado contendo 13 perguntas referentes a DM e a influência dos familiares na condução do tratamento da doença. Em posse do material coletado as entrevistas foram transcritas para posterior análise.

Após a transcrição deu-se início ao processo de análise dos dados, no qual foi utilizada a análise de conteúdo, estratégia de análise que consiste na definição de núcleos de sentidos que compõem

a comunicação, cuja frequência das unidades de significados como definidoras do caráter do discurso¹¹. Considerando que a análise de conteúdo permite a compreensão dos aspectos subjetivos presentes nos dados, esta foi realizada por meio de leitura exaustiva das entrevistas, neste propósito emergiram as seguintes categorias de análise: “A compreensão da doença e medidas de controle”; “As dificuldades encontradas com o surgimento da doença e a relação dos familiares”; e “Mudanças na rotina das famílias após o diagnóstico de Diabetes mellitus”, utilizando como critérios os elementos temáticos comuns existentes entre eles. Os depoimentos dos sujeitos foram identificados no texto por numeração arábica de acordo com a ordem da realização da entrevista.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica do Salvador, sob o parecer de número 2.532.448/2018 e CAAE de número 82765018.40000.5628.

Resultados e discussão

Dos dez pacientes entrevistados seis eram mulheres com faixa etária de 52 a 69 anos de idade, sendo que o nível de escolaridade delas eram: três com o primeiro grau incompleto; dois com o segundo grau completo e uma com o primeiro grau completo, os demais entrevistados foram homens entre 38 a 68 anos de idade, com nível de escolaridade: dois com segundo grau completo; um com primeiro grau incompleto e um com primeiro grau completo. Sendo oito diagnosticados com diabetes tipo 2 e os demais com diabetes mellitus tipo 1. Os resultados encontrados neste estudo representam a ideia de que doenças crônicas como a diabetes mellitus traz consigo problemas afetivos, psicológicos, econômicos e sociais, afetando o cotidiano da estrutura familiar.

A COMPREENSÃO DA DOENÇA E MEDIDAS DE CONTROLE

Em relação à doença foi analisado que a grande parte dos pacientes entrevistados apresentavam um conhecimento incipiente em relação a diabetes, enquanto outros informaram ter adquirido a compreensão através de palestras que são organizadas nos serviços de saúde em que fazem o acom-

panhamento da DM. O tempo de convívio desses indivíduos com a doença variou de 2 a 12 anos de descoberta da doença.

[...] Uma doença que nosso pâncreas para de funcionar, então aí o sangue tem aquela alteração e não tem como chegar ao nível o qual a gente tem o pâncreas normal então ela vai se espalhando e agredindo as partes do nosso corpo [...] (E7)

[...] É uma doença perigosa e silenciosa que pode prejudicar o nosso corpo [...] (E10)

[...] Diabetes é o açúcar no sangue e na urina também só entendo isso, uma doença silenciosa que acaba com a gente [...] (E3)

Diante dos depoimentos verifica-se a necessidade de implantação de programas educacionais que permitam ao paciente diabético a aquisição de conhecimento sobre sua doença, desenvolvendo infraestrutura de apoio humano e técnico, possibilitando ao diabético uma vida mais saudável¹². A falta de conhecimento resulta em uma execução deficiente das ações preventivas. Por isso se faz necessário que os profissionais conheçam a realidade de cada pessoa diabética a fim de planejar intervenções de forma adequada que facilitem a compreensão das informações que serão oferecidas¹³.

Nos relatos abaixo pode-se observar que alguns dos entrevistados conheciam os sinais e sintomas das complicações geradas pela diabetes já outros tinham dificuldades em relacionar a complicação com a doença.

[...] Problema nos rins, nas vistas, tonturas, a presença, dificuldade de locomoção por causa das pernas [...] (E2)

[...] Tive uma amputação dos dois dedos dos pés e agora complicação nas vistas [...] (E1)

[...] Nas pernas e nos pés as vezes sinto umas dormências e dores mais não sei se pode ser da doença [...] (E7)

[...] Faço tratamento de glaucoma não sei se pode ser ligada à diabetes [...] (E8)

O DM é uma doença crônica que causa complicações muitas vezes irreversíveis para o indivíduo. Portanto, o conhecimento sobre a doença é imprescindível no que se refere a precaução de

complicações e equilíbrio metabólico¹⁴. Novas estratégias educacionais vão possibilitar ao paciente não somente a obtenção de informações que permitam melhor condução da doença, além de transformar suas atitudes durante o enfrentamento da doença¹⁵.

As ações de educação em saúde podem contribuir na redução da prevalência de complicações em pessoas diabéticas, além disso a educação para estes sujeitos pode ter um papel significativo no incentivo e apoio no controle da doença. É comprovado que o conhecimento sobre as complicações do DM desacelera a evolução da doença, pois leva a uma detecção precoce reduzindo a proliferação de novos órgãos acometidos¹⁶.

Com a perspectiva de reduzir as complicações e estabelecer uma vida com maior qualidade faz-se necessário a realização de alguns cuidados diários, dentre eles, é possível destacar o monitoramento glicêmico a fim de verificar seus valores com o uso do glicosímetro, com a finalidade de obter e manter a glicemia o mais próximo possível da normalidade na rotina diária e com segurança. Assim, permite compreender a interação entre medicação, atividade física, alimentação e a viabilidade glicêmica. Reconhecendo os sinais de hiper e hipoglicemia diminuindo os riscos de cetoacidose¹⁷. Registram-se alguns comentários em concordância com o autor citado em que os entrevistados mostram preocupação em relação ao controle da glicemia:

[...] Como também tenho o aparelho em casa ai fica bem fácil para controlar [...] (E5)

[...] Tanto faço em posto como também tenho aparelho em casa [...] (E6)

[...] A frequência agora é praticamente diário [...] (E1)

A monitorização da glicemia capilar é crucial na estratégia para um controle satisfatório do diabetes, sendo uma ação adotada pelo paciente em seus novos hábitos de vida. Com os resultados obtidos novas condutas serão realizadas para o seu tratamento proporcionando uma melhora na qualidade de vida e uma reavaliação terapêutica¹⁸.

Um outro cuidado de grande importância para indivíduos portadores de doenças crônicas, trata-

-se da prática de atividade física. Ao observar os relatos dos participantes da pesquisa a respeito da realização de atividade física, foi possível verificar que todos eles referem procurar a realização de exercícios físicos com regularidade, uma vez que já tenham sido instruídos por profissionais da área de saúde da necessidade de uma prática rotineira de atividade física. A frequência e duração ideal mais preferida é de uma hora diária realizada duas vezes por semana. Os relatos abaixo confirmam essas informações:

[...] Duas vezes por semana faço uma caminhada-zinha e exercícios físicos [...] (E7)

[...] Faço academia aqui duas vezes na semana [...] (E9)

[...] Fisioterapia e tenho que andar todos os dias pelo menos meia hora [...] (E1)

[...] Prático na academia só aqui assim duas vezes por semana [...] (E10)

O exercício físico é considerado o pilar para prevenção da diabetes tipo 1 e 2, pois aumenta a captação de glicose através da contração muscular esquelética agindo diretamente sobre a resistência à insulina aumentando a capilarização nas células influenciando positivamente no controle da doença, sendo coadjuvante no tratamento de outras morbidades que estão relacionadas a essa doença¹⁹.

As dificuldades encontradas com o surgimento da doença e a relação dos familiares

No tratamento do diabético a mudança nos hábitos alimentares geram grandes frustrações e angústia diante das adequações alimentares que são impostas. O controle alimentar é entendido dentro da ótica da privação do alimento, das proibições e restrições impostas e não da necessidade de uma redução alimentar. As crenças prevalentes enfatizam a restrição, acentuam o “não pode” em desvantagem das outras possibilidades que se abrem com os ganhos na qualidade de vida caso o diabético siga as recomendações²⁰.

[...] Por mais que dê umas escapulidas não vou mentir, tive que deixar de comer açúcar [...] (E7)

[...] Foi eu consegui logo no começo me adaptar, ter a certeza que eu era diabético [...] (E5)

[...] A dificuldade foi porque fiquei muito nervosa, muito pressionada, porque achava que era uma doença que não iria ter [...] (E6)

[...] É deixar a alimentação que eu fazia e agora tem que ser tudo controlado [...] (E4)

A educação nutricional é uma ferramenta do plano alimentar para uma boa adesão a terapia nutricional. Para isso os profissionais de saúde responsáveis devem ser treinados, especialmente, em educação e saúde com a finalidade de conscientizar esses portadores, pois é através do conhecimento que o diabético compreende a importância dos alimentos e a sua influência. A terapia nutricional é reconhecida por instituições científicas como um fator importante para um estilo de vida saudável²¹.

A perda da força motora, a fraqueza e o cansaço físico são impeditivos ou restritivos para realização das tarefas mais simples como cuidados com a própria casa. A atividade física motora é importante para sobrevivência do homem e sua relação com o mundo material e psicológico que o ser humano convive e relaciona-se com a sociedade²². Alguns entrevistados relataram que devido as complicações da doença houve uma grande dificuldade e dependência de terceiros no desempenho quanto trabalhador ou dona de casa.

[...] A dificuldade que eu tenho mais é as vistas para ler e as pernas que doem muito, não consigo ficar sentado muito tempo [...] (E1)

[...] Maior dificuldade é porque eu perdi logo a perna, com isso dependo de outra pessoa para tudo aí um quer fazer e outro não [...] (E3)

O surgimento de complicações leva o indivíduo diabético a um choque emocional por não estar preparado para conviver com as limitações resultantes da sua condição clínica e as mudanças do estilo de vida, gerando assim, sentimentos de aflição, insatisfação, decepção e fracasso²².

Diante dos enfrentamentos impostos pela doença, a família deve apoiar seus membros que estão em situação semelhantes e compreender as mudanças relacionadas às condições intrínsecas do indivíduo e da doença, tornando permeável os ajustes necessários que garantam o suporte ao seu

familiar doente, facilitando a adesão ao tratamento, recuperação e melhora da sua saúde^{23,7}. De acordo com alguns autores, a convivência com o DM para alcançar o controle dos níveis glicêmicos gera tarefas que exercem influência sobre os indivíduos e familiares, pois estes se sentem responsáveis no enfrentamento da nova realidade a fim de gerenciar cuidados, melhor prognóstico e qualidade de vida ao núcleo familiar⁷. Foi possível identificar na fala dos entrevistados a preocupação dos familiares em dá o suporte necessário durante o seu tratamento.

[...] Meu marido sempre me alembra o horário certo de tomar remédio, fica no meu pé sobre alimentação [...] (E9)

[...] Principalmente minha mulher que fica preocupada em relação a minha alimentação se eu estou tomando os remédios nos horários certos [...] (E7)

[...] No caso as orientações para tomar medicamento certo no horário certo, alimentação minha mãe tem maior cuidado para não colocar comida com açúcar [...] (E5)

Devido a convivência com a pessoa adoecida, membros da família ou cuidadores muitas vezes se comprometem na busca de um bem-estar ao ente diabético, dentre as iniciativas busca a mudança na alimentação, a prática de atividades físicas e a seguir o uso de medicações, gerando influência direta e indiretamente no contexto familiar, o que representa uma unidade de cuidados²⁴.

A família trata-se do núcleo de cuidados de muitos indivíduos, é a fonte cuidadora na grande maioria do percurso da vida, o cuidado entre os familiares permite a manutenção da saúde e da sobrevivência dos seus integrantes, Florence Nightingale já dizia que a família é um elemento a ser considerado no cuidar da pessoa doente²⁵.

A cumplicidade e a união entre os membros da família estão relacionadas a uma adesão de qualidade ao tratamento pelo paciente diabético, por outro lado os conflitos familiares representam barreiras a essa adesão de efetiva. Foi possível perceber que a minoria dos entrevistados possui deficiência na contribuição de cuidados prestada pelos seus familiares, deixando transparecer o descontentamento. As falas abaixo revelam esses pontos considerados negativos:

[...] Eles trabalham muito ai não tem tempo [...] (E10)

[...] Minha família não me procura não, sai de manhã não tem hora para chegar [...] (E6)

[...] Apesar deles saberem da minha doença preferem ficar cada um em seu canto [...] (E2)

*[...] Meu filho mais velho me ajuda no que eu preciso mas sempre tem aquilo ah! eu **não posso, depois eu vou** [...]* (E3)

É dever dos profissionais da saúde valorizar a capacidade de conhecimento dos pacientes e de seus familiares com finalidade de melhorar o convívio com a condição de diabetes. Na maioria das vezes a prática centrada na transmissão de informações não acontece, então se faz necessário uma prática educativa em que haja uma parceria paciente e família, as equipes de saúde e os grupos de apoio, estabelecendo um vínculo de confiança e cooperação na aceitação da doença e do tratamento²⁶.

MUDANÇAS NA ROTINA DAS FAMÍLIAS APÓS O DIAGNÓSTICO DO DIABETES MELLITUS

A família tem um papel fundamental no enfrentamento da doença, colocando-se a serviço do bem-estar do doente. O diabetes requer mudanças nos hábitos de vida, o que repercute não apenas a vida dos portadores como também a dos seus familiares. Com o intuito de fazer ajustes é preciso esforço para alcançar o estado anterior à doença²⁷. É importante reconhecer que essas mudanças geram sentimentos de preocupação nos familiares com o desejo de conviver de uma forma melhor com a diabetes²⁷.

[...] Uma reviravolta na rotina mesmo porque teve que diminuir tudo, na família mudou porque minha família me acompanha ai teve que mudar principalmente, alimentação [...] (E4)

[...] O comportamento deles melhorou porque antigamente eles não tiam noção de como era um diabético depois o pouco que eu aprendi e pude informar a eles hoje eles já tão consciente [...] (E5)

[...] Minha filha ficou mais preocupada, ela procura sempre se adaptar ao meu problema [...] (E6)

Nesta categoria entende-se que quando a família convive com um indivíduo diabético toda sua rotina gira em torno dos cuidados que serão prestados a ele. Seus familiares se adaptam e mudam para

uma mesma finalidade, tornando sua família mais unida e comunicativa levando a uma adesão mais eficaz. Após o diagnóstico da DM surgem novas tarefas que afetam os familiares, deixando claro que a doença de um indivíduo é considerada também doença de sua família, com isso ela se adequa as necessidades do membro doente. As adaptações que essa família irá realizar vai depender dos meios que possuem na busca pelo controle da doença.

As mudanças relacionadas ao diabetes estão associadas aos padrões, comportamentos, sentimentos e a compreensão que fazem sobre a doença, isso influencia no desempenho familiar, na busca de contribuições que proporcionam novos recursos de enfrentamento. Para tanto, é importante observar e obter dados por meio de uma situação de vida real²⁸.

A mudança depende da percepção do problema específico causando profundas implicações sobre como o indivíduo reage e efetuará a mudança e se será eficaz. Toda e qualquer mudança depende do contexto em que a família está inserida, pois ela pode ser frustrada, sabotada ou impossibilitada caso a questão do contexto não seja tratada, dando uma visão ao diabético de como sua família não está atenta aos problemas advindos da DM²⁷.

[...] *Minha família sabe, mas permanecem neutros*
[...] (E2)

[...] *Continua tudo a mesma coisa, a única preocupação sou eu que tenho comigo* [...] (E1)

[...] *Não mudou nada continuou tudo na mesma, em relação assim de ficar preocupado com essa doença eles nunca ficaram não* [...] (E10)

A reação do familiar perante ao paciente pode ser positiva ou negativa, gerando medo, insegurança, raiva, vergonha e até mesmo a dificuldade em ajudar por muita das vezes ficar paralisado e em determinadas situações se acomodando, sem tomar iniciativa para demonstrar o seu apoio. As vezes a doença tratada durante o cotidiano das pessoas por códigos, o que repercute em barreiras de comunicação, convivência, e aprendizado, tal comportamento causa mais problemas do que o próprio tratamento e as complicações da doença²⁹.

Estudo apontam que quando a família não convive em um clima de harmonia e que os conflitos fa-

miliares são recorrentes, os efeitos do DM se tornam danosos para o familiar doente. O ato de cuidar é uma responsabilidade difícil, acompanhar e conviver com o adoecimento provoca reações negativas o que provoca mudanças na dinâmica familiar, o que pode gerar uma desqualificação no cuidar³⁰.

Considerações finais

Conclui-se que a família é vista como o aliado no cuidar da pessoa portadora de doenças crônicas, portanto é nesse processo que a equipe de saúde pode conscientizá-los e motivá-los na adaptação do processo da doença e na aceitação das possíveis limitações e mudanças de hábitos de vida necessárias para a condução do tratamento. Para os êxitos desse processo faz-se necessário a inserção efetiva da família nos programas educativos de saúde proporcionando ao diabético oportunidades de compreensão da natureza da doença e do tratamento, de forma que assegure o autocuidado por meio das ações preventivas.

Nessa perspectiva, é importante destacar que os familiares se importam com os seus membros acometidos pela DM e que há uma preocupação com o cuidado do tratamento indicado pelo profissional da saúde, fazendo com que tenham uma mudança na rotina da família. Buscando assim, uma relação familiar mais ampla na qual esse paciente vai transformar os hábitos de vida, com a perspectiva de obter qualidade de vida e controle metabólico.

Agradecimentos: Aos pacientes que se dispuseram a participar da pesquisa e a Professora MsC. Giovanna Figuerôa por conceder a realização da pesquisa.

Referências

1. Leal DT, Fialho FA, Dias IMAV, Nascimento L, Arruda WC. A vivência dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1 Rev. Eletr. Enfermagem, 2012; 14(1):189-96.
2. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. [Internet]. 2012 Jan; 35 (Supplement 1): S64-S71. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S64.

3. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/diretrizes-sbd-2015-2016.pdf>.
4. IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grande regiões e unidades de federação. Rio de Janeiro, IBGE, 2014, 180p.
5. Chesla CA, Fisher L, Mullan JT, Skaff MM, Gardiner P, Chun K, et al. Family and Disease Management in African-American Patients with type 2 Diabetes. *Diabetes care*, 2004; 27(17), dez.
6. Chesla CA, Chun KM. Accommodating type 2 diabetes in the chinese american Family. *Rev. Qualitative Health Research*, 2005; 15: 240-255, Feb. 2005.
7. Nascimento LC, Guedes MVC. Rede e apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes. *Rev Bras. Enferm*, 2016, 69(5):912-9.
8. Miller D, Brown J. Marital in the Process of Dietary of type 2 diabetes. *Journal of Nutrition Educacional na Bachavior*, 2005; 37(5):226-234.
9. Dias ELF, Wanderley JS, Mendes RT. (orgs.) Orientações para cuidados informais na assistência domiciliar. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002, p.141.
10. Figueira, ALG, VillasBoas LCG, Freitas MCF, Foss MC, Pace AE. Percepção do apoio social pela pessoa com Diabetes mellitus e úlceras nos pés. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(número especial1):20-6.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde, 13ª Ed., Editora São Paulo: Hucitec, 2013.
12. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. *Rev. esc. enferm*. 2011; 45(4).
13. Policarpo NS, Moura JRA, Júnior EBM, Almeida PC, Macêdo SF, Silva RV. Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. *Rev Gaúcha Enferm set*; 2014; 35(3): 36-42.
14. Gil GP, Haddad MCL, Guariente MHD. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*, 2008; 29 (2):141-154.
15. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes, APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2006; 14(5).
16. Pereira DA, Costa NMSC, Sousa ALL, Jardim PCBV, Zanini CRO. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2012; 20(3).
17. Grossi AS, Pascali PM. Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. Sociedade Brasileira de Diabetes. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. *Rev de atenção à saúde*, São Paulo, 2009.
18. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Ed. Científica: Clannad, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 12 ago 2018.
19. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014-2015). Como prescrever o exercício no tratamento do diabetes mellitus. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/005-Diretrizes-SBD-Como-Prescrever-pg42.pdf>.
20. Pérez DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev Latino-am Enfermagem*; 2007; 15(6).
21. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, [Internet]. 2014 Jan; 37 (Supplement 1): S14-S80. Available from: <https://doi.org/10.2337/dc14-S014>.
22. Valentin AS, Haddad MCL, Rossaneis MA. Dificuldades vivenciadas pelo portador de diabetes mellitus residente em distrito rural. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 2015; 9(4):7330-7, abr.
23. Barreto MS, Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm*, 2014; 23(1):38-46.
24. Rossi VEC, Pace AE, Hayashida M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia et Praxis*, 2009 2(3):41-46.
25. Giacon BCC, Galera SAF. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. *Rev. bras. enferm*. 2013, 66(3):321-326.
26. Organização Mundial da Saúde (BR). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação relatório mundial, Brasília, DF: OMS, 2003.
27. Rezende Neta DS, Silva ARV, Silva GRF. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(1):111-6.
28. Caixeta CC. Ajustamento familiar no contexto do diabetes tipo 2. 2010.11F. [Tese-Doutorado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
29. Mendes GF, Rezende ALG, Dullius J, Nogueira JAD. Barreiras e facilitadores da adesão a um programa de educação em diabetes: a visão do usuário. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2017;22(3):278-289.
30. Lewin AB, Heidgerken AD, Geffken GR, Williams LB, Storch EA, Gelfand KM, et al. The relation between family factors and metabolic control: the role of diabetes adherence. *Journal of Pediatric Psychology*, 2006; 31(2): 74-183.

Como citar este artigo:

Martins MMF, Rodrigues ML. Diabetes: Adesão do Paciente e o Papel da Família nessa Nova Realidade. *Rev. Aten. Saúde*. 2019;17(59):95-102.