

ADAPTAÇÃO DO CLIENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 À DOENÇA E AO TRATAMENTO

ADAPTATION OF THE PATIENT SUFFERING FROM DIABETES MELLITUS TYPE 2 TO THE DISEASE AND TO THE TREATMENT

ADAPTACIÓN DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 A LA ENFERMEDAD Y AL TRATAMIENTO

JÚNIA MARISE DA SILVA ROCHA¹
THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA²
DAFNE PAIVA RODRIGUES³

Objetivou-se compreender a adaptação do cliente com diabetes tipo II à doença e ao tratamento. O estudo qualitativo foi realizado com portadores da doença cujo conhecimento do diagnóstico se deu há pelo menos um ano. A discussão dos dados foi embasada no Modelo de Roy e descreveu respostas adaptativas e ineficazes dos pacientes, associadas a estímulos nos modos de autoconceito/identidade grupal, físico-fisiológico, interdependência e desempenho de papéis. A valorização da participação pessoal e familiar no tratamento do diabetes deve ser inserida no cuidar pelos enfermeiros com vistas a promover respostas adaptativas.

UNITERMOS: Diabetes; Enfermagem; Cuidar.

The study aimed at understanding the patient suffering from diabetes type II's adaptation to the disease and to the treatment. This qualitative study has been carried out with people suffering from the disease whose knowledge of the diagnosis took place at least one year ago. The discussion on the data was based on Roy's Model and described adaptive and ineffective responses from patients, associated to incentives in the types of self-concept/group identity, physical-physiologic features, interdependence and role playing. The valorization of personal and family participation in the treatment of diabetes should be inserted in nursing care in order to promote adaptive responses.

KEY WORDS: Diabetes; Nursing; Care.

El objetivo fue comprender la adaptación del paciente con diabetes tipo II a la enfermedad y al tratamiento. El estudio cualitativo se realizó con portadores de esta enfermedad cuyo diagnóstico había sido revelado ya hacía un año por lo menos. La discusión de los datos se fundamentó en el Modelo de Roy describió respuestas adaptables e ineficaces de los pacientes, asociadas a estímulos en los modos de auto concepto/ identidad grupal, físico-fisiológico, interdependencia y desempeño de los roles. La valorización de la participación personal y familiar en el tratamiento de la diabetes debe incluirse en los cuidados por los enfermeros con el fin de promover respuestas alternativas.

PALABRAS CLAVES: Diabetes; Enfermería; Cuidado.

¹ Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora da UECE.

³ Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista FUNCAP. Professora da UECE. Endereço para contato: Av. Paranjana, 1700 – Coordenação de Enfermagem-Campus do Itaperi – Fortaleza - CE

INTRODUÇÃO

O *diabetes mellitus* (DM) é uma doença crônica de alta morbimortalidade que atinge variadas idades e ambos os sexos. Síndrome de etiologia múltipla, decorre da falta de insulina e/ou da incapacidade de essa exercer adequadamente seus efeitos orgânicos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, com distúrbios metabólicos dos carboidratos, lipídios e proteínas. Como conseqüências inclui lesões de rins, olhos, nervos, coração e vasos¹.

Segundo a etiologia, é classificado em DM 1 (resultado primariamente da destruição das células beta, que atinge cerca de 5 a 10% dos casos); DM 2 (resulta de graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção da mesma e atinge 90% dos casos); e DM gestacional (diminuição de tolerância à glicose durante a gravidez)¹.

perceber a importância do enfermeiro no processo terapêutico, empenhado em facilitar a adaptação à doença e tratamento.

O empenho dos enfermeiros em facilitar a adaptação das pessoas à doença, é importante no controle da doença e obtenção de melhor qualidade de vida. Compreender esse processo adaptativo é relevante para o aperfeiçoamento do atendimento profissional de saúde a essas pessoas, fortalecendo potencialidades rumo à obtenção de respostas adaptativas eficazes. Dessa forma, o objetivo do estudo foi compreender a adaptação do cliente com *diabetes mellitus* tipo 2 à doença e ao tratamento.

O MODELO DE SISTER CALLISTA ROY

Adotou-se como referencial, o Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy, conforme explícito na figura 1.

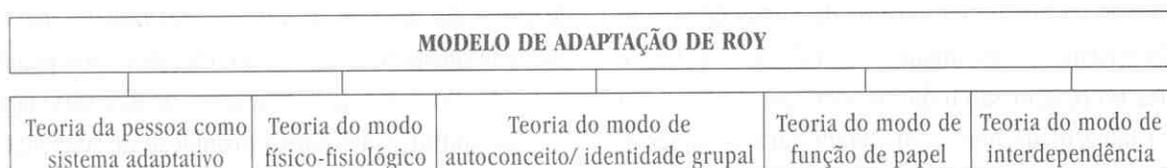


FIGURA 1 – MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY³.

Dados epidemiológicos demonstram aumento dos casos de diabetes, relacionado, em parte, ao crescimento da expectativa de vida e da população idosa. A prevalência do DM aumenta conforme a idade, chegando a 20% na população com 65 e mais anos¹. Seu diagnóstico requer mudanças no estilo de vida pessoal, prevenindo o aparecimento de complicações e exigindo a compreensão da doença e tratamento pelo cliente.

Várias razões favorecem a não adesão ao tratamento, sendo estas de origens pessoais, comportamentais, sócio-econômicas, relacionadas ao serviço de saúde, aos profissionais, ao tratamento, à doença e a outras patologias². Não raro, há dificuldade de seus portadores em implementar as modificações no estilo de vida, devendo-se atentar para a adaptação do cliente com *diabetes mellitus* tipo 2 à doença e ao tratamento.

O primeiro contato com pessoas portadoras dessa doença deu-se ao conviver com uma pessoa diabética e perceber suas dificuldades de adaptação ao novo estilo de vida. A reaproximação com a temática ocorreu na faculdade, ao

Este modelo apresenta quatro conceitos essenciais: a pessoa receptora do cuidado, o ambiente, a saúde e a meta de enfermagem.

A **pessoa** é o receptor do cuidado de enfermagem e pode se tratar de um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma sociedade. Roy entende a pessoa como um sistema adaptativo e holístico, por funcionar como um todo. O **ambiente** é o mundo interno e o ao redor da pessoa. Os sistemas humanos interagem com as mudanças ambientais de onde resultam respostas adaptativas a esse ambiente. A **saúde** depende da adaptação da pessoa ao ambiente que está constantemente em mudança, levando-o a ser uma pessoa integrada, com habilidade de alcançar as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle. A **meta de enfermagem** é aumentar as respostas adaptativas, que promovem a integridade pessoal, minimizando respostas ineficazes, que não contribuem para sua integridade. Sua meta principal é promover a adaptação em cada um dos quatro modos adaptativos de Roy, contribuindo para a saúde, qualidade de vida ou morte com dignidade³.

O sistema adaptativo da pessoa tem entradas (estímulos = *input*) e respostas (comportamentos=*output*)³. São estímulos *focais*, definidos como estímulos internos ou externos, que confrontam imediatamente a pessoa; *contextuais*, que influenciam a situação; e *residuais* são estímulos presentes ou não na pessoa, relevantes à situação, mas cujos efeitos são indefinidos³.

Tais estímulos ativam mecanismos de enfrentamento inatos ou adquiridos, para responder a mudanças do ambiente. Esses mecanismos se processam por meio de dois subsistemas, o regulador (cujos transmissores são de natureza química, neural e endócrina) e o cognoscente (relacionado com as funções cerebrais superiores de percepção ou de processamento das informações do julgamento e da emoção). Tais mecanismos irão desencadear respostas, que podem ser: *adaptativas* ou *ineficazes*³. Respostas *adaptativas* são todas aquelas que promovem a integridade da pessoa em termos de metas de adaptação: sobrevivência, crescimento, reprodução e controle. Respostas *ineficazes* são todas aquelas que nem promovem esta integridade nem contribuem para as metas de adaptação.

Roy identifica, em seu modelo, quatro modos adaptativos, os quais destacam-se como: *físico-fisiológico*, *autoconceito/ identidade grupal*, *desempenho de papéis* e *interdependência*.

O modo *físico-fisiológico* aplica-se a indivíduos, e se relaciona às cinco necessidades fisiológicas básicas – *oxigenação*, *nutrição*, *eliminação*, *proteção*, *atividade e repouso*³.

O modo *de autoconceito* ou de identidade grupal é um modo psicossocial que se refere ao conceito que a pessoa/grupo tem sobre si própria (o). Focaliza aspectos espirituais e psicológicos da pessoa/grupo. Este modo compreende duas sub-áreas: o self físico e o self pessoal. O self-físico inclui dois componentes: a) sensação corporal, definida como a habilidade para sentir-se e experienciar-se como um ser físico e b) imagem corporal, maneira de se ver física e aparentemente. O self-pessoal inclui três componentes: a) self-consistência, self-ideal e self-ético-moral-espiritual³.

O modo *de desempenho de papéis* é outro dos modos psicossociais que focaliza especificamente os pa-

péis que a pessoa ocupa na sociedade e seu desempenho. A necessidade básica tem sido identificada como *integridade social* para indivíduos e *clareza do papel* para grupos humanos. A classificação de papéis como primários, secundários e terciários tem sido utilizada no modelo de adaptação de Roy^{3, 4}.

O modo *de interdependência* é definido como relações estreitas entre as pessoas. Estas relações envolvem o querer e habilidade de amar, respeitar e valorizar os outros. É um modo social porque suas necessidades são satisfeitas pela interação social^{3, 4}. De acordo com o modelo de Roy, as necessidades interdependentes são atendidas pelos relacionamentos com outros. Na perspectiva individual, essas relações são desenvolvidas com o *outro significativo* e *sistemas de apoio*. Para a autora, o *outro significativo* é descrito como uma ou mais pessoas, às quais são atribuídos o maior significado e importância. *Sistemas de apoio* são pessoas, grupos ou organizações que contribuem na satisfação das necessidades de interdependência.

No Processo de Enfermagem de Roy, seis etapas devem ser consideradas para a promoção de adaptação, responsabilidade de enfermagem no modelo. São realizados a avaliação de comportamentos, a avaliação de estímulos, o diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento de metas, a intervenção de enfermagem e a avaliação³.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A pesquisa qualitativa foi realizada de outubro a novembro de 2003, em uma unidade secundária de saúde, referência no tratamento do *diabetes mellitus* em Fortaleza-Ceará.

Os sujeitos da pesquisa eram portadores de *diabetes mellitus* tipo 2, acompanhados na instituição, de ambos os sexos, e que tinham conhecimento do diagnóstico da doença há pelo menos um ano, ou seja, de outubro/2002 a outubro/2003, fator importante para avaliar sua adaptação à doença e ao tratamento.

Os procedimentos para a apreensão dos achados foram a observação não-participante e a entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita com o consentimento dos entrevistados. Constou da seguinte questão norteadora – como tem se dado sua adaptação à doença e ao tratamen-

to? A partir daí, foram identificadas respostas adaptativas à doença e ao tratamento, bem como a presença de estímulos. O encerramento da coleta dos dados ocorreu com a repetição do discurso dos participantes, sendo sinalizada a saturação de dados após contato com 11 clientes, integrantes do estudo.

Os achados foram agrupados em categorias e subcategorias. A pesquisa considerou o Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy para organização e análise dos dados.

Os aspectos éticos e legais de pesquisas envolvendo seres humanos foram observados, sendo o trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Foi concedida autorização institucional para coleta de dados e os participantes assinaram termo de consentimento para o estudo, sendo nomeados com a letra C de *cliente*, seguida de numeração arábica crescente.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No estudo foram identificadas duas categorias temáticas: caracterização dos sujeitos e adaptação do cliente à doença e ao tratamento.

Categoria 1 – Caracterização dos Sujeitos

- C 1 – J.I.S., sexo masculino, 80 anos, portador de *diabetes mellitus* (DM) tipo 2 e hipertensão arterial (HA). Tinha conhecimento da doença há 10 anos. Afirmava não saber se tinha alguém na família com *diabetes*. Fazia uso de medicação oral. Não realizava as caminhadas e afirmava não está seguindo a dieta porque não tinha quem cuidasse de sua alimentação, pois morava com um filho e este trabalhava. Glicemia: 212 mg/dl (pós-prandial/ 1:30 h) e Pressão Arterial (PA):140x80 mmHg.
- C 2 – J.G.S., sexo masculino, portador de *diabetes* tipo 2. Tinha conhecimento da doença há 12 anos e afirmava não saber se tinha casos na família. Fazia uso de insulina e não realizava as caminhadas. Glicemia: 240 mg/dl (pós-prandial/ 3:00h).
- C 3 – A.C.S., sexo feminino, 66 anos, viúva, natural de Caiçara. Portadora de *diabetes* tipo 2 e hipertensão. Tinha conhecimento do DM há 12 anos. Fazia uso de insulina e sofreu amputação do 3º pododáctilo direito. Afirmava tristeza e ter perdido a vontade de se cuidar após a morte do marido. Glicemia: 196 mg/dl (pós-prandial/ 3:00h)
- C 4 – F.S.O., sexo feminino, 56 anos, viúva. Portadora de *diabetes* tipo 2 e hipertensão, afirmava ter conhecimento do DM há 10 anos. Fazia uso de insulina e medicação oral. Afirmava transgredir a dieta. Encontrava-se ansiosa por preocupação com a doença, pois dizia não controlar a glicemia desde a morte do marido, há dois anos. Glicemia: 268 mg/dl (pós-prandial) e PA: 150x80 mmHg.
- C 5 – C.A.C.S., sexo masculino, 55 anos. Portador de *diabetes* tipo 2 e hipertensão, afirmava ter conhecimento do DM há oito anos. Fazia caminhada e uso de medicação oral.
- C 6 – O.N.B., sexo feminino, 73 anos, viúva. Portadora de *diabetes* tipo 2 e hipertensão, afirmava ter conhecimento do DM há 10 anos. Indicava não saber se tinha casos na família. Descobriu a doença após a morte do marido. Fazia uso de insulina e medicação oral. Seu filho afirmava que a glicemia da mãe não estava sendo controlada pelo fato de esta não seguir a dieta e não realizar caminhada.
- C 7 – F.M.S., sexo feminino, 54 anos, casada. Portadora de *diabetes* tipo 2 e hipertensão, indicava ter conhecimento do DM há seis anos. Afirmava não ter ninguém na família com a doença. Fazia uso de insulina e realizava caminhadas. Glicemia: 88 mg/dl (pós-prandial/04:00h) e PA: 160x80 mmHg.
- C 8 – F.A.G.P., sexo masculino, 60 anos. Portador de DM tipo 2, hipertensão e obesidade, indicava ter conhecimento do diabetes há quatro anos. O avô paterno tinha diabetes e seu pai era portador de hipertensão arterial. Afirmava ter perdido 18 quilos desde o início do tratamento, pesando

109 quilos no momento. Fazia uso de medicação oral e realizava caminhada. Glicemia: 117 mg/dl (pós-prandial/04h) e PA: 130x90 mmHg.

- C 9 – A.S.M., sexo masculino, 62 anos. Portador de DM tipo 2 e hipertensão. Era fumante. Indicava ter conhecimento do *diabetes* há dez anos. Afirmava que a mãe era portadora da doença. Fazia uso de medicação oral e realizava a caminhada. Glicemia: 80 mg/dl e PA: 150 x 70 mmHg.
- C 10 – G.S.G., sexo feminino, 27 anos. Portadora de *diabetes* tipo 2, hipertensão e obesidade. Indicava conhecimento do DM há sete anos, por ocasião da primeira gravidez. Indicava não ter casos da doença na família. Fazia uso de medicação oral e realizava as caminhadas. Afirmava não seguir a dieta por esta ser muito rígida e por dificuldades financeiras. Glicemia: 150 mg/dl (pós-prandial/05h) e PA: 120 x 80 mmHg.
- C 11- E.P.C., sexo feminino, 64 anos, casada. Portadora de *diabetes* tipo 2 e de três pontes de safena. Indicava ter conhecimento da doença há 36 anos, descoberto durante a última gestação. Referia ter irmãos e tias de origem paterna com a doença. Fazia uso de insulina e realizava hidroginástica. Glicemia: 154 mg/dl (pós-prandial/3:30h) e PA: 160 x 70mmHg.

Os valores de glicemia e pressão arterial citados, foram obtidos pela enfermeira da unidade de saúde, no dia da coleta de dados.

Como vemos, foram seis mulheres e cinco homens, com idades entre 27 e 80 anos, com tempo de descoberta da doença variando de quatro a 36 anos. Quatro usavam insulina NPH, cinco faziam uso de medicação oral e dois usou combinado de comprimidos e insulina NPH. Somente três apresentaram índices de glicemia considerados normais no dia da entrevista. Do total, nove apresentaram hipertensão associada, dois apresentaram obesidade e um, complicações cardíacas. Três referiram sedentarismo e seis a prática de exercícios, sendo cinco praticantes de caminhada e uma de hidroginástica. Cinco negaram casos da doença na família, três confirmaram e outros três ignoravam essa informação.

Temos, portanto, entre a maioria, integrante do estudo: sexo feminino, idade acima de 50 anos (10 de 11 participantes), uso de medicação oral, tempo da doença igual ou maior que dez anos (sete dos 11 entrevistados), descontrolado glicêmico e presença de outras doenças associadas. Essas características desenham um quadro grave no controle do *diabetes*, pois todos se encontravam em tratamento e apresentaram descontrolado glicêmico e complicações associadas, sendo a hipertensão a mais prevalente, gerando alto risco cardiovascular⁵.

Roy entende a pessoa como um sistema adaptativo e holístico, por funcionar como um todo^{3,4}. A apresentação de tais características pode representar um reforço na caracterização de dificuldade adaptativa à doença e ao tratamento.

Categoria 2 – Adaptação do cliente à doença e ao tratamento

Nesta categoria foi analisada a adaptação do cliente com *diabetes* tipo 2 à doença e ao tratamento. Vejamos as seguintes falas:

... eu tenho muito cuidado (com a doença e o tratamento), agora às vezes eu não faço a caminhada, por qualquer motivo... Sempre tem um motivo para eu não aceitar a caminhada. Agora que eu estou me sentindo mais ruim, é que eu estou me lembrando que eu devo fazer. C-1

Tenho sim, eu tenho me adaptado (à doença e ao tratamento), menos a caminhada é que eu não faço, mas daqui pra frente eu vou fazer C-2

... a gente se adapta à força; agora o tratamento eu corrijo, ando bem na linha. C-8

Procuro me adaptar o melhor possível, sempre procurando obedecer às recomendações. C-10

Os entrevistados relataram adaptação à doença e ao tratamento, afirmando a adoção de maior cuidado com a saúde, buscando seguir as orientações dos profissionais de saúde. No entanto, as dificuldades de adaptação estiveram presentes na afirmação de que a adaptação ocorre *à força*

e ao não aceitar a caminhada. Além disso, apesar das referências presentes de adaptação, estas não foram suficientes para garantir o controle da doença, o que foi constatado pelo descontrole glicêmico e desenvolvimento de complicações já vistos anteriormente.

O fato da pesquisa se desenvolver em um centro de referência no tratamento do diabetes e dos sujeitos terem buscado voluntariamente o serviço, pode indicar uma relativa aceitação da doença, mas esta não se traduziu na incorporação de um estilo de vida saudável em boa parcela dos entrevistados. O Censo Nacional de Diabetes (1989) concluiu que 7,6% da população adulta urbana do país era portadora de diabetes. Desses, 46,5% desconheciam sua condição e 22,3% embora soubessem, não faziam qualquer tipo de tratamento. Com isso, 69% dos portadores de diabetes não tinham cuidado com sua saúde⁶.

Assim, apesar dos entrevistados manifestarem a adaptação à doença e ao tratamento, o tom melancólico da fala do cliente que diz que se adapta *à força* e que lembra de realizar as caminhadas quando *está ruim*, enfatiza que a adaptação é um processo pessoal e dinâmico, podendo sofrer alterações a partir dos estímulos recebidos. Um desses estímulos que oferece comprovada eficácia é a formação de grupos. Tal prática facilita a adesão ao tratamento, melhora o controle da doença e aumenta a adaptação à doença e ao tratamento⁷.

Neste estudo, as pesquisadoras restringiram a análise aos estímulos focais.

Subcategoria 1– Estímulos atuantes na resposta adaptativa do cliente

Acreditamos que as orientações recebidas pelo cliente sobre o *diabetes* e seu tratamento possam reforçar a ocorrência de respostas adaptativas nos sujeitos do estudo, atuando como estímulo. Vejamos as falas a seguir:

O que tem me estimulado é o medicamento [...] porque eu fui ensinado assim, eu fui recomendado, então, por isso continuo com muito cuidado. C-1

É a minha saúde, por que eu fazendo tudo direito, eu já tenho mais saúde, por que se eu não fizer do jeito que a doutora manda, como é que

eu vou viver? Sendo que a diabetes não tem cura, mas tem controle e se você não fizer tudo direito, aí você vai mais depressa... C-7

Porque eu sei que é irreversível, não tem cura, pode controlar. Já o tratamento é a facilidade dos medicamentos que eu recebo aqui. C-9

As orientações que a gente recebe aqui de como a doença age no nosso organismo, do que pode acontecer, então a gente procura trabalhar mais essa parte da cabeça, de conscientização, de que você está doente e precisa se cuidar. C-10

Os estímulos focais que levaram à adaptação ao *diabetes* e ao tratamento foram, segundo relato dos clientes: a busca da saúde, o recebimento gratuito da medicação utilizada e a possibilidade de complicação da doença. Tais estímulos envolvem conceitos que os sujeitos têm de si mesmos, caracterizando o modo de autoconceito/ identidade grupal.

Este modo focaliza especificamente os aspectos espirituais e psicológicos da pessoa. Problemas de adaptação nessa área podem interferir com a habilidade da pessoa de ouvir ou fazer o necessário para manter a saúde, sendo as dimensões psicológicas e espirituais básicas para a saúde na visão de Roy³.

Vejamos outros relatos dos clientes:

... recebo estímulos dos médicos e das enfermeiras [...] a família ajuda, eles não ajudam mais porque são pobres. C 3

... recebo estímulo da unidade de saúde e da doutora. Eu estou sendo muito bem cuidado, eu agradeço essa carga de comando, que se não fosse ela talvez a nossa situação fosse mais difícil... C-5

... todos ajudam (família), às vezes eu faço alguma extravagância, aí todo mundo cai de lenha em cima ... C 8

... minha filha e meu marido me ajudam muito, mas eu vivo a minha vida normal, parece que eu não sou nem doente. C 11

A instituição, os profissionais e a família são considerados sistema de apoio e têm o papel de dar e oferecer afeto, respeito e valor. A família mostrou-se mais valorizada por suas relações com os clientes apresentarem maior intensidade.

A instituição e os profissionais são citados como estímulos que conduzem a respostas adaptativas, demonstrando que a relação profissional de saúde/cliente foi desenvolvida com respeito às limitações e valorização de potencialidades. Alguns ressaltam, inclusive, que, na ausência dessa interação, seria mais difícil conviver com a doença.

Quanto à família, ficou claro seu estímulo no processo adaptativo do cliente. Um dos entrevistados referiu limitações nessa ajuda pela dificuldade financeira familiar e outro referiu que o auxílio familiar está bem presente no controle dietético. É ideal que, além de consultas individuais, visitas ao ambiente domiciliar estejam no plano de atenção à pessoa com *diabetes*⁸.

É nítida nessas relações a confluência para o modo de interdependência de Roy, que trata de relacionamentos interpessoais e grupais. Estas relações incluem o querer e a habilidade de amar, respeitar e valorizar os outros e aceitar e responder ao amor, respeito e valor dado por outros. Este modo é social, pois suas necessidades são satisfeitas nas interações sociais. Essas necessidades são desenvolvidas com o outro significante e sistemas de apoio³.

O modo físico-fisiológico esteve presente principalmente ao se ressaltar a elevação da glicemia, da pressão arterial e o aumento de peso. Foi nitidamente observado também no registro das cifras de glicemia e pressão arterial. Estas estavam nos limites de normalidade ou não, relacionando ou não a adaptação à doença e ao tratamento. Vejamos:

Estou gorda. Não estou seguindo a dieta. C1

Não estou conseguindo controlar a glicemia. C4

A glicemia de minha mãe não está sendo controlada pelo fato de ela não seguir a dieta e não realizar a caminhada – refere o filho de C6.

A diabetes é alta. A pressão é alta também e não baixa de 15. É sempre 15 por alguma coisa. C4

O modo físico-fisiológico esteve prioritariamente relacionado no estudo às necessidades fisiológicas de *nutrição e de atividade e repouso*³, o que é perfeitamente compreensível por serem necessidades que sofrerão maiores adaptações no decorrer do tratamento, ao se buscar a adoção de um estilo de vida saudável. Os estímulos (não seguir a dieta, não realizar a caminhada, entre outros) neste caso conduziram mais a respostas ineficazes (estar gordo, não controlar a glicemia e a pressão). Não houve nesse modo a identificação de estímulo focais claros, mas de estímulos contextuais. Um estudo, implementado no Ceará a partir da educação diabetológica para o cliente com diabetes descompensado e sua família, mostrou que, de quatro clientes acompanhados, três apresentaram maior adaptação à doença, o que foi observado pela melhoria no controle glicêmico decorrente do controle alimentar, da prática de caminhada e da adesão ao tratamento medicamentoso⁹.

Outras falas citadas foram:

Porque a única coisa que eu posso fazer rigorosamente normal é tomar os remédios. Nada mais. C1

Eu já sou aposentado, não trabalho mais ... C-9

O modo de desempenho de papéis esteve presente nas falas acima, focalizando os papéis que a pessoa ocupa na sociedade e seu desempenho. Observamos interferência da doença e tratamento no desempenho de papéis, atuando como estímulo a respostas ineficazes.

A intervenção do enfermeiro na ajuda ao reconhecimento dos problemas que levam a pessoa a respostas ineficazes de adaptação e na busca de soluções para evitá-los, juntamente com a família, são fundamentais na melhoria da adaptação à doença e ao tratamento⁹.

Vejamos algumas respostas comportamentais e estímulos identificados.

Subcategoria 2 – Respostas comportamentais do cliente

As respostas comportamentais adaptativas são consideradas como as que promovem a integridade pessoal, demonstradas por comportamentos nos quais a pessoa é

capaz de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio³.

Simplesmente eu estou atendendo às determinações médicas, às restrições. Eu tomo o medicamento no horário correto, mandam que eu faça a caminhada e eu estou fazendo [...]. Você sabe que não tem como fazer aquele regime como é necessário, mas de acordo com as minhas posses eu estou acompanhando com a maior sinceridade. C 5

Eu tomo os remédios, faço o regime [...] faço a dieta direito, agora caminhar só dentro de casa porque eu não agüento muito andar, devido à osteoporose. C 6

Respondo muito bem adaptativamente, porque há facilidade de medicamento. Este é caro e aqui eu tenho gratuito. C 9

Os comportamentos expressos pelas falas relatam respostas adaptativas: a realização das caminhadas, considerando as limitações físicas e biológicas de cada cliente; o seguimento da dieta; as condições financeiras do cliente e o uso correto das medicações. Contudo, não indicam somente respostas adaptativas, pois o sistema adaptativo holístico do cliente é complexo e está sujeito a mecanismos de controle individuais e à influência do ambiente em que vive, podendo propiciar tanto respostas adaptativas quanto ineficazes.

As respostas ineficazes não promovem a integridade pessoal, nem satisfazem as metas propostas pelo modelo de adaptação.

Eu não faço o tratamento do jeito que é pra ser, porque a gente é pobre e não pode fazer aquilo do jeito que é pra ser e a gente que é criado no interior é teimoso, come qualquer comida. C 3

... tem coisa que a gente tem vontade de se alimentar, mas não pode e eu dou umas fugidas e é por isso que a diabetes fica assim alta e depois eu fico arrependida, triste, quando eu venho fazer o exame [...] É desse jeito a minha vida, até quando Deus quiser. Minha família, meus filhos e mi-

nhas filhas que cuidam de mim, às vezes, falam, reclamam comigo. Eu queria poder ter aquela força pra fazer tudo direitinho. C 4

...muitas vezes, a gente fica deprimida, cansada [...] sempre a minha família tem falado que eu preciso me cuidar, que eu sou muito jovem e tenho muita vida pela frente, tenho meus dois filhos pra cuidar, é sempre nesse sentido. C 10

As falas demonstraram dificuldades enfrentadas ao realizar o tratamento, principalmente no seguimento da dieta. Observamos que suas famílias tentam modificar respostas ineficazes e aumentar sua adaptação.

Ao longo do estudo, foram observados alguns estímulos que levaram a respostas ineficazes: a perda do cônjuge em três casos; não ter ninguém que o ajude a realizar o tratamento em dois e a osteoporose citada por um dos entrevistados como fator limitante para a realização da caminhada. Diante da realidade encontrada, vemos que várias razões contribuem para a não adaptação à doença e ao tratamento (pessoais, comportamentais, sócio-econômicas, relacionadas ao tratamento e à doença,...), mas que é possível ao enfermeiro e demais membros da equipe de saúde facilitar tal adaptação, especialmente quando conta com ajuda da família^{2,9}. O fato de não serem encontradas motivos para não adesão ligados ao serviço de saúde e aos profissionais reforça essa possibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria integrante do estudo foi do sexo feminino, idade acima de 50 anos, em uso de medicação oral, com tempo da doença igual ou maior que dez anos, com presença de descontrole glicêmico e de outras doenças associadas.

Os entrevistados relataram adaptação à doença e ao tratamento, afirmando a adoção de maior cuidado com a saúde. No entanto, esta não foi suficiente para controlar a doença, o que foi comprovado pelo descontrole glicêmico e desenvolvimento de complicações.

A busca da saúde, o recebimento gratuito da medicação e a possibilidade de complicação da doença estiveram presentes no modo de autoconceito/identidade grupal. No modo de interdependência, instituição, profissionais e

família são citados como estímulos a respostas adaptativas. No modo físico-fisiológico, a identificação de estímulo focais não ficou nítida. A doença e o tratamento interferiram negativamente no modo de desempenho de papéis.

Os comportamentos retrataram respostas adaptativas (realização de caminhadas, seguimento da dieta e uso correto das medicações). Mostraram também respostas ineficazes (dificuldade no seguimento da dieta). Alguns estímulos a respostas ineficazes identificados foram perda do cônjuge, falta de ajuda no tratamento e presença de outras doenças. A família é relatada como estímulo à transformação de respostas ineficazes em adaptativas.

O trabalho mostrou a importância dos profissionais de saúde e da família no estabelecimento de respostas adaptativas. Sua participação transcende a ação fiscalizatória, mas assume matizes no papel de dar/oferecer afeto e respeito. Sugerimos maior valorização da participação pessoal e familiar no processo adaptativo do cliente crônico, no que o enfermeiro, enquanto profissional com habilidade de cuidado junto a famílias e no processo de educação em saúde, faz-se figura central.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Caderno de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Brasília; 2001. 94p.
2. Lessa I. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. In: Lessa I. (Org.) O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.
3. Roy SC. Andrews HA. The Roy adaptation model. 2ªed. Connecticut: Appleton & Lange; 1999.
4. Roy SC. Boston college: Willian F. School of Nursing [online]. [Acessado em: 4.jul.2003]. Disponível em: <http://www2.bc.edu/~royca/htm/mainframe.htm>
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, IV, Campos do Jordão; 2002. 40 p.
6. Heleno MG. Aspectos sócio-psico-somáticos de uma amostra de clientes diabéticos tipo 2. Revista Diabetes Clínica, São Paulo, 2001 jan./fev., (1): 48-54.
7. Costa EMA. A família e seu ciclo vital. In: Costa EMA., Carbone MH. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.
8. Bezerra NMC. Consulta de enfermagem ao paciente com diabetes no contexto do Programa Saúde da Família. [monografia de Graduação]. Fortaleza (CE): Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, 2004, 103f.
9. Saraiva JB. Educação diabetológica para o cliente com diabetes descompensado assistido na rede ambulatorial: uma experiência no estado do Ceará. [monografia de Graduação]. Fortaleza (CE): Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará; 2004, 63f.

RECEBIDO: 09/01/04

ACEITO: 18/10/04