

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

LUZIA WILMA SANTANA DA SILVA

**A DINÂMICA DAS RELAÇÕES DA FAMÍLIA COM O MEMBRO
IDOSO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**

FLORIANÓPOLIS

2007

LUZIA WILMA SANTANA DA SILVA

**A DINÂMICA DAS RELAÇÕES DA FAMÍLIA COM O MEMBRO
IDOSO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientador: Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

**FLORIANÓPOLIS
2007**

Ficha Catalográfica

S586d Silva, Luzia Wilma Santana da
A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de
diabetes Mellitus tipo 2 [tese] / Luzia Wilma Santana da Silva — Florianópolis
(SC): UFSC/PEN, 2007.
311p. il.

Inclui bibliografia.
Possui Tabela e Figura.

1. Idoso – Relações familiares. 2. Enfermagem – Cuidado Humanizado. 3.
Diabetes Mellitus tipo 2. I. Autor.

CDD – 616.462

Catalogado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

LUZIA WILMA SANTANA DA SILVA

**A DINÂMICA DAS RELAÇÕES DA FAMÍLIA COM O MEMBRO
IDOSO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

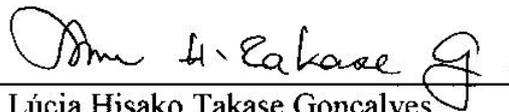
Doutor em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 09 de julho de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:



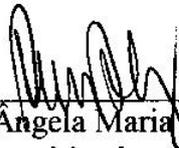
Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
- Presidente -



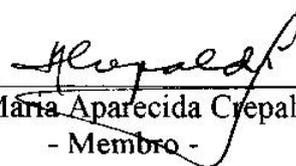
Dra Sônia da Silva Marcon
- Membro Suplente -



Dra Ingrid Elsen
- Membro -



Dra Angela Maria Alvarez
-Membro -



Dra Maria Aparecida Crepaldi
- Membro -

*Dedico este trabalho a nosso Senhor meu Deus
Luz de minha vida, rocha minha, fortaleza nas adversidades da vida.
A minha filha amada por sua compreensão, apoio e respeito,
a esta minha caminhada na busca do conhecimento.
A minha mãe, pela vida, amor e estímulo aos meus estudos,
especialmente, por seu cuidado a minha filha na minha ausência.
Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhados (a) pela força de sempre em suas palavras
E orações ...*

Agradecimentos

A Deus, por sua presença em minha vida, por conduzir meus passos, confortando-me nos momentos de solidão, angústias, conflitos nesta caminhada em busca do conhecimento. E, sobretudo, por fazer-se presente em minha vida pelo seu Espírito Santo...

A minha filha e minha mãe por saberem compreender a minha ausência física durante o período do curso de doutorado, por dar-me forças e estímulo para vencer a jornada longe de seus afagos, ainda por serem o alicerce para edificação para a minha escola de vida

Aos meus irmãos por seu amor, apoio e força, por fazerem-se presente na minha ausência cuidando de minha mãe e filha.

Aos meus familiares, sobrinhos e cunhados (a) por reforçarem dia-a-dia a nossa família em sua unidade, unicidade e amor

A minha Profissão Enfermagem, a qual amo de paixão pela oportunidade de me fazer crescer enquanto sujeito pessoal/profissional na busca do cuidado humano

A minha querida segunda casa, a UESB, instituição responsável pelo meu ser Enfermeira, a qual hoje tenho a honra de ser um dos seus membros enquanto Docente de minha amada Enfermagem

A CAPES pelo seu compromisso no aperfeiçoamento daqueles que inquietos buscam o conhecimento, por acreditar em meus estudos e financia-los no Brasil, Portugal e Inglaterra

A Universidade Federal de Santa Catarina, especialmente, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem pelo seu compromisso com esta Profissão, pelo seu envolvimento histórico na capacitação profissional de graduandos, especialistas, mestres, doutores e mais recentemente pós-doutores. E, a todo corpo docente e técnico administrativo pelo seu empenho, amor e atenção a Enfermagem a todos nós que a fazemos

A minha orientadora profa. Dra. Lucia H.T. Gonçalves pelo seu compromisso profissional, competência, dedicação ao desenvolvimento do conhecimento, e sobretudo, por acreditar neste estudo, estimular-me a buscar novos horizontes e por fazer-se sempre presente nos momentos em que eu me encontrava em labirintos mostrando-me as possibilidades de encontrar saídas

A profa. Dra. Maria Arminda da Silva M.C. da Costa pela sua co-orientação em meu estudo no estágio de doutorado sanduíche na Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, Portugal e a todos os membros daquela Escola pela prestimosa atenção, cuidado e apoio a meus estudos em Portugal

A profa. Dra Maria Aparecida Crepaldi, pela sua contribuição para o desenvolvimento do meu processo de conhecimento do pensamento sistêmico

A Secretaria Municipal de Saúde de Jequié pelo apoio ao meu estudo e a todos os meus colegas Enfermeiros, especialmente aqueles que diretamente compartilharam comigo as suas inquietações durante a fase de coleta de dados deste estudo

Aos Agentes Comunitários de Saúde aliados ancansávies na identificação das famílias de pessoas idosas portadores de diabetes mellitus tipo 2

As famílias e as pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus tipo 2, sem os quais nada disto teria razão de ser por contribuírem para este estudo a todos vocês eu DEDICO especialmente, este estudo.

Aos meus amigos por sempre estimular-me nos momentos difíceis, embora que por muitas vezes só o podia fazer por meio eletrônico e telefônico, mas a distância tornava-se mínima quase não perceptível diante de suas adoráveis palavras

As amizades construídas com as colegas do doutorado na UFSC, especialmente, minha querida Gladys, Adriane, Sônia Lorena, Jad ...

Aos amigos ou poderia dizer a “minha família portuguesa” que me acolheu minimizando meu sofrimento da saudade de minha família no Brasil durante o tempo de meu estágio de doutorado, a Manoela e Manoel Martins, a Luz pela meiguice, a dona Anália por ser tão linda e amável, a minha adorável Sãozinha pessoa ímpar e suas duas lindas jóias, Ana e Rita.

A Henriqueta Figueiredo, por juntas aprendermos um pouco mais sobre família e também por construirmos os alicerces para reforçar este aprendizado e ao seu filho João doce de pessoa. A todas as pessoas que tive oportunidade de conhecer em Portugal, pessoas amigas que trago gravadas em minha mente até ...

A Lia Rosa Leal pela revisão deste estudo, e especialmente pela amizade construída nesse processo.

A todos vocês a minha sincera gratidão!

*... não há tentativa sem erro,
não há conhecimento sem limitação,
e não há revelação sem compreender
a eterna imperfeição.
(Lukas & Eberle)*

SILVA, Luzia Wilma Santana da. **A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2**, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 311p.

Orientadora: Dra Lúcia Hisako Takase Gonçalves

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa apoiado na interdisciplinaridade dos pressupostos epistemológicos do novo-paradigma da ciência pós-moderna, cujo objetivo foi desvelar e compreender a dinâmica das relações da família com o idoso portador de Diabetes Mellitus tipo 2, no aspecto da compreensão da dinâmica de inter-relações do sistema familiar em sua dimensionalidade contextual com a doença crônica, o diabetes. Fundamentado no pensamento sistêmico subsidiado por Bertalanffy, Capra e Vasconcellos e na transversalidade com outros autores sistêmicos, sua orientação metodológica derivou-se da observação naturalística desenvolvida na perspectiva de Lincoln e Guba, que convergiu num processo de análise de categorias criadas a partir do próprio discurso das famílias segundo modelo interativo de Huberman e Miles. Para alcançar a compreensão da dinâmica de relações da família foram utilizadas entrevistas em profundidade, genograma e ecomapa com trinta e sete subsistemas individuais de nove famílias que tinham a experiência cotidiana da vivência com a doença no Município de Jequié, Bahia, e cujos dados foram coletados no período de julho/2005 a janeiro/2006. A partir dos instrumentos genograma e ecomapa foram sendo identificados os subsistemas que exerciam influência real ou simbólica na estrutura organizacional dos vínculos no sistema familiar que eram importantes para a compreensão da influência na dinâmica familiar e com os quais foram realizadas as entrevistas. A análise foi desenvolvida num processo de idas e vindas apoiada em Huberman e Miles: redução antecipada, redução concomitante e redução *a posteriori*. Do resultado dessa análise emergiram oito grandes temas que expressaram o movimento circular e em espiral das inter-relações das famílias e que foram sendo configuradas nas categorias: implicações da doença na dinâmica familiar; influências externas no processo da mudança; a família em busca do “balance” na sua dinâmica; a família e o contexto de suas relações circulares; o sistema familiar e a necessidade de retroalimentação; estratégias de adaptação da família à doença; a família e suas relações de parentesco – maneiras que busca para garantir o cuidado; a relação intergeracional na dinâmica familiar e cada qual com suas dimensões. Os resultados mais expressivos mostraram que: a doença influencia o processo de viver das famílias no cotidiano de suas inter-relações; cada família, como unidade, manifesta uma característica própria influenciada pelo complexo contexto histórico e sociocultural, entre outros; o cuidado familiar torna-se essencial num sistema de saúde.

Palavras-chave: Pessoa idosa, diabetes mellitus tipo 2, família, sistema de saúde.

SILVA, Luzia Wilma Santana da. **The family relations dynamics with the old member bearer of diabetes mellitus type 2**, 2007. Thesis (Doctorate in Nursing) – Post Graduation in Nursing course, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis, 311p.

ABSTRACT

Study of qualitative approach based on the interdisciplinarity of the epistemological presuppositions of the postmodern science new paradigm whose objective was to attend and comprehend the family relations dynamics with the elderly bearer of Diabetes Mellitus type 2, in the aspect of the inter-relations dynamics comprehension of the familiar system in its contextual dimensionality with the chronic disease, the diabetes. Based on the systemic thought subsidized by Bertalanffy, Capra and Vasconcelos and in the transversality with other systemic authors, its methodological orientation has derived itself of the naturalistic observation developed in Lincoln and Guba's perspective which has converged in a categories analysis process created from the own families discussion according to Hubermans and Miles interactive model. Interviews in depth, genogram and echo map have been utilized with thirty-seven individual subsystems of nine families which had the quotidian experience of existence with the disease in the community of Jequié, Bahia and whose data have been collected in the period from July/2005 to January/2006 to reach the dynamics comprehension of the family relations. The subsystems, which were being identified from the instruments genogram and ecomap, used to exert real or symbolical influence in the organizational structure of the links in the familiar system and with which ones have realized the interviews. The analysis has been developed in a going and coming process based on Hubermans and Miles: anticipated reduction; concomitant reduction and in *posteriori* reduction. Eight big themes which have emerged from the result of this analysis have expressed the circular movement and in familiar dynamics inter-relations spiral and that were being configured in the categories: disease implications in the familiar dynamics; the external influences in the change process; the family in search of the "balance" in its dynamics; the family and its circular relations context; the familiar system and the feedback necessity; family adaptation strategies to the disease; the family and its relationship relations – manners which search to guarantee the care; the intergenerational relation in the familiar dynamics and each one with its dimensions. The most expressive results have shown that: the disease influences the families living process in the quotidian of its inter-relations; each family, as unit, manifest an own characteristic influenced by the complex historical and sociocultural context, among others, the familiar care becomes essencial in the health system.

Key words: Old Person, Diabetes Mellitus type 2, Family, health system.

SILVA, Luzia Wilma Santana da. **La dinámica de las relaciones de la familia con el miembro anciano portador de diabetes mellitus tipo 2**, 2007. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Post Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 311p.

RESUMEN

Estudio de abordaje cualitativo apoyado en la interdisciplinariedad de los presupuestos epistemológicos del nuevo paradigma de la ciencia post moderna, cuyo objetivo fue desvelar y comprender la dinámica de las relaciones familiares con el anciano portador de Diabetes mellitus tipo 2, en el aspecto de la comprensión de la dinámica de interrelaciones del sistema familiar en su dimensionalidad contextual con la dolencia crónica, la diabetes. Fundamentado en el pensamiento sistémico subsidiado por Bertalanffy, Capra e Vasconcelos y en la transversalidad con otros autores sistémicos. Su orientación metodológica se derivó de la observación naturalística desarrollada en la perspectiva de Lincoln y Guba, que convergió en un proceso de análisis de categorías creadas a partir del propio discurso de las familias siguiendo el modelo interactivo sugerido por Hubermans y Miles. Para alcanzar la comprensión de la dinámica de relaciones de la familia fueron utilizadas entrevistas en profundidad, genio grama, eco mapa con treinta y siete subsistemas individuales de nueve familias que tenían la experiencia cotidiana de la vivencia con la enfermedad en el distrito de Jequié, Bahia y cuyos datos fueron recolectados en el periodo de julio/2005 a enero/2006. A partir de los instrumentos: genio grama, eco mapa se identificaron los subsistemas que ejercían influencia real o simbólica en la estructura organizacional de los vínculos en el sistema familiar que eran importantes para la comprensión de la influencia en la dinámica familiar y con los cuales se realizaron las entrevistas. El análisis fue desarrollado en un proceso de idas y venidas apoyado en Hubermans y Miles: reducción anticipada; reducción concomitante y reducción a *posteriori*. Del resultado de ese análisis emergieron ocho grandes temas que expresaron el movimiento circular y en espiral de las inter. relaciones de las familias y que fueron configuradas en las categorías: implicaciones de la enfermedad en la dinámica familiar; las influencias externas en el proceso del cambio; la familia en la busca del “balance” en su dinámica; la familia y el contexto de sus relaciones circulares; el sistema familiar y la necesidad de retroalimentación; estrategias de adaptación de la familia a la dolencia; la familia y sus relaciones de parentesco – maneras que busca para garantizar el cuidado; la relación Inter.- generacional en la dinámica familiar y cada cual con sus dimensiones. Los resultados más expresivos mostraron que la dolencia influencia el proceso de vivir de las familias en el cotidiano de sus inter relaciones; cada familia, como unidad, manifiesta una característica propia influenciada por el complejo contexto histórico y socio-cultural, entre otros; el cuidado familiar se torna esencial en un sistema de salud.

Palabras-clave: Persona anciana, diabetes mellitus tipo 2, familia, sistema de salud.

LISTA DE SIGLAS

HGPV – Hospital Geral Prado Valadares

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

CSAL – Centro de Saúde Almerinda Lomanto

NEAD – Núcleo de Educação e Atenção ao Diabetes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

AVD – Atividade da Vida Diária

IDF – International diabetes Federation

AAGRUTI – Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta da Terceira Idade

SUS – Sistema Único de Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

PAB – Gestão Plena de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

CSJM – Centro de Saúde Júlia Magalhães

CSSA – Centro de Saúde Sebastião Azêvedo

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

GLOSSÁRIO

Circularidade circular (Circularidade)

Expressão que traduz a idéia de que os acontecimentos se relacionam por anéis de interação e se influenciam mutuamente, de forma complexa, sendo que um é simultaneamente causa e efeito do outro. Idéia oposta a circularidade linear.

Feedback ou retroação

Processo pelo qual, numa cadeia causal, um elemento age sobre uma etapa anterior do processo, modificando-lhe o curso ou estrutura. É um mecanismo de ligação dos elementos do sistema (não somativo nem unilateral – modelo de causalidade circular).

A **retroação negativa** refere-se aos mecanismos que permitem ao sistema autocorrigir-se de modo a manter a sua estabilidade.

A **retroação positiva** diz respeito aos mecanismos que permitem aos sistema desorganizar-se e promover mudanças.

Homeostase

Estado interno constante atingido através dos mecanismos de regulação do sistema (equilíbrio entre os movimentos de morfostase e morfogênese).

Limites ou fronteiras

Fronteiras ou barreiras que permitem a demarcação dos diferentes subsistemas familiares. Têm como função distinguir o meio interior/exterior, proteger e diferenciar os diferentes subsistemas. Permitem a ocorrência de intercâmbio entre os subsistemas.

Morfostase

Mecanismo pelo qual se corrigem ou atuam as flutuações dos sistemas por retroação negativa.

Morfogênese

Mecanismo pelo qual ocorrem, no sistema, transformações por retroação positiva que conduzem ao aparecimento de novas estruturas.

Psicofigura de Mitchell

Representação da dinâmica familiar, através de diferentes tipos de linhas, de significados pré-estabelecido.

Recursividade

Mecanismo de influência recíproca e complexa entre os elementos do sistema.

Retroalimentação

Função auto-reguladora ou circuito de *feedback*.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: The flow of naturalistic inquiry	85
Figura 2: O Fluxo da investigação naturalística.....	85
Figura 3: Genograma de uma família fictícia.....	101
Figura 4: Símbolos utilizados nos genogramas.....	101
Figura 5: Ecomapa	106
Figura 6: Clave de simbologia - Psicofigura de Mitchell	106
Figura 7: Célula de categorias - vista horizontal.....	118
Figura 8: Célula de categorias - vista vertical	119
Figura 9: Famílias em contexto.....	122
Figura 10: Representação gráfica da Família A	123
Figura 11: Representação gráfica da Família B	128
Figura 12: Representação gráfica da Família C	132
Figura 13: Representação gráfica da Família D	137
Figura 14: Representação gráfica da Família E	142
Figura 15: Representação gráfica da Família F.....	146
Figura 16: Representação gráfica da Família G.....	151
Figura 17: Representação gráfica da Família H.....	155
Figura 18: Representação gráfica da Família I	159

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Célula de categorias	120
---	------------

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1: Ramificação da primeira categoria	165
Diagrama 2: Ramificação da segunda categoria	202
Diagrama 3: Ramificação da terceira categoria	216
Diagrama 4: Ramificação da quarta categoria	228
Diagrama 5: Ramificação da quinta categoria	242
Diagrama 6: Ramificação da sexta categoria.....	255
Diagrama 7: Ramificação da sétima categoria.....	263
Diagrama 8: Ramificação da oitava categoria	272

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	11
GLOSSÁRIO	12
LISTA DE FIGURAS.....	13
LISTA DE QUADROS.....	14
LISTA DE DIAGRAMAS	15
CAPÍTULO 1	19
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
1.1 Problema e justificativa.....	24
CAPÍTULO 2	31
REVISÃO DE LITERATURA.....	31
2.1 O diabetes mellitus tipo 2 - Perscrutando a doença e o panorama atual	32
2.2 A família e a condição crônica do diabetes mellitus.....	38
2.3 Família: uma unidade de cuidados para seus membros	45
CAPÍTULO 3	50
REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO PARA A ABORDAGEM SISTÊMICA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA COM MEMBRO IDOSO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	50
3.1 Pressupostos epistemológicos do pensamento sistêmico na abordagem de família	50
3.1.1 O pensamento sistêmico	50
3.1.2 Bertalanffy e a Teoria Geral dos Sistemas	51
3.1.3 Modelos de Sistemas	53
3.1.4 Princípios básicos definidores da Teoria Geral dos Sistemas	56
3.2 A abordagem do novo paradigma da ciência segundo Vasconcellos e o pensamento sistêmico	60
3.2.1 Delineando o paradigma tradicional da ciência e o novo paradigma da ciência.....	60
3.2.2 Considerações sobre a Teoria Geral dos Sistemas	65
3.3 Capra - Ecologia profunda e a Teoria Geral dos Sistemas.....	66
3.3.1 Rompendo as amarras – uma nova visão paradigmática.....	66
3.3.2 Contribuições ecossistêmicas à Teoria Geral dos Sistemas	69
3.4 A aplicação do Pensamento Sistêmico na abordagem de família	70
3.4.1 Conceber a organização hierárquica no sistema familiar	72
3.4.2 Inteira - o todo familiar é maior que a soma de suas partes.....	74
3.4.3 Globalidade – subsistemas da família refletem um processo de transformação um do outro	74
3.4.4 Homeostase - a família entre a mudança e a estabilidade	75
3.4.5 Família, uma unidade de circularidade.....	77
3.5 Olhar a família sob a lente da complexidade, da instabilidade e da intersubjetividade	78
CAPÍTULO 4	81
O PERCURSO TOMADO PARA DESVELAR/COMPREENDER A FAMÍLIA	81
4.1 A natureza da pesquisa	82
4.2 O contexto do estudo	89

4.3 O processo de entrada no campo para a coleta de dados	91
4.3.1 Entrando no campo de coleta de dados - primeiro momento	91
4.3.2 Entrando no campo de coleta de dados – o segundo momento	92
4.3.3 Entrando no campo de coleta de dados – o terceiro momento	93
4.4 Os participantes do estudo.....	95
4.5 Procedimento de observação de campo: uma possibilidade de descobertas	97
4.5.1 Abrindo as cortinas para desvelar a dinâmica das relações da família.....	99
4.6 Considerações éticos-legais – o respeito aos direitos das famílias.....	109
4.7 Procedimento de análise e interpretação dos dados.....	110
CAPÍTULO 5	121
O DESENLACE DA COMPREENSÃO DO FENÔMENO ESTUDADO	121
5.1 Nove famílias - nove contextos de trinta e sete vidas que se entrelaçam no cotidiano de vivências com o diabetes mellitus tipo 2	122
5.2 O viver familiar e o diabetes mellitus tipo 2.....	163
5.2.1 A primeira categoria “Implicações da doença na dinâmica familiar”	165
5.2.2 A segunda categoria “As influências externas no processo da mudança”	202
5.2.3 A terceira categoria “A família na busca do ‘balance’ na sua dinâmica”	216
5.2.4 A quarta categoria “A família e o contexto de suas relações circulares”	228
5.2.5 A quinta categoria – O sistema familiar e a necessidade de retroalimentação.....	241
5.2.6 A sexta categoria “Estratégias e adaptação da família à doença”	255
5.2.7 A sétima categoria “A família e suas relações de parentesco – maneiras que busca para garantir o cuidado”	263
5.2.8 A oitava categoria “A relação intergeracional na dinâmica familiar”	271
CAPÍTULO 6.....	281
A COMPREENSÃO DA DINÂMICA DO SISTEMA FAMILIAR E O DIABETES MELLITUS TIPO 2: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	281
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	294
APÊNDICES	304
ANEXOS.....	309

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Partindo da inquietude para encontrar
a compreensão ...

A definição do tema surgiu da minha experiência no cuidado a pessoas idosas portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 e a seus familiares, no Município de Jequié-Bahia.

Esta experiência adveio do desenvolvimento de um Projeto de Extensão Continuada datado de 1995, intitulado “Operacionalização de um Serviço de Atenção Primária à Saúde de Pessoas Diabéticas do Município de Jequié/BA”, projeto este desenvolvido por um grupo de docentes da área de Enfermagem Médico-Cirúrgica inquietados pela alta incidência de internações de pessoas idosas acometidas por complicações agudas e crônicas por diabetes no Hospital Geral Prado Valadares – HGPV. Essa instituição serve de referência para a prática e estágios curriculares do Curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Diante dessa constatação, em parceria com a Prefeitura Municipal de Jequié, um grupo de docentes buscou alternativas para cuidar dessa clientela com o citado projeto no Centro de Saúde Almerinda Lomanto-CSAL, hoje referência nesse tratamento e no atendimento de portadores do diabetes no Município sede e 23 municípios circunvizinhos.

Em 1999 fui convidada para assumir a coordenação do projeto. Naquela época, senti a necessidade de realizar um diagnóstico situacional e avaliar o impacto da assistência ali prestada com o objetivo primordial de melhorar a qualidade de vida daquelas pessoas. O diagnóstico foi realizado no âmbito das Unidades Básicas de Saúde do Município, a partir do CSAL e da clientela assistida no Programa de Atenção

ao Portador de Diabetes Mellitus.

Percebi que embora os resultados fossem positivos quanto à implementação de consultas, educação em saúde e oferta de medicamentos às pessoas portadoras de diabetes, as ações do grupo de docentes não alcançavam a família, que praticamente desconhecia a complexidade da doença. Conseqüentemente, ficava alheia aos aspectos do cuidado da tríade clássica que norteia o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2 preconizado pela literatura médica atual: dieta, atividade física e tratamento medicamentoso. Constatei, ainda, que os serviços oferecidos ao portador de tal patologia careciam de recursos humanos capacitados em relação à demanda espontânea.

Diante de tal diagnóstico, (re) elaborei o projeto com o objetivo de contribuir para a realização de uma assistência à saúde mais abrangente, enfatizando a prática da educação em saúde no âmbito domiciliar. Já no processo do diagnóstico percebera que um dos aspectos fundamentais para promover o bem-estar da pessoa idosa com diabetes é a dinâmica de relações intergeracionais¹ na unidade familiar na qual está inserida.

Com o diagnóstico situacional, abriu-se um leque de 06 subprojetos, cada qual com seu coordenador ligado diretamente à coordenação do Núcleo: (1) Grupo de Estudos sobre o Diabetes Mellitus; (2) Práticas Pedagógicas Participativas de Educação em Saúde/Oficinas de Auto-administração de Insulina e Monitoramento da Glicemia-Glicosúria; (3) Realização de Pesquisas no Âmbito de Saúde do Diabético visando Identificar Portadores de Complicações Vascular Crônica; (4) Cuidado Integral de Enfermagem ao Cliente Diabético e sua Família Cuidadora; (5) Levantamento Epidemiológico do Diabetes Mellitus Juvenil nas Unidades Básicas de Saúde de Jequié/Ba e (6) A importância do Exercício como Fator de Controle Glicêmico nos Portadores do Diabetes.

As atividades desses subprojetos tangenciavam as ações cuidativas através de procedimentos como: consulta de enfermagem, atividades de educação em saúde, visitas domiciliares, atividades físicas aeróbicas e anaeróbicas, avaliação dos pés, acompanhamento e avaliação fisioterapêutica e acompanhamento psicológico, dentre

¹ Processo de relações intrafamiliares num movimento vivo e dinâmico ao longo do ciclo vital familiar (Cerneny & Berthold, 1997).

outras. Eram realizadas com as pessoas idosas portadoras do diabetes e seus familiares e/ou responsáveis.

Tais ações cuidativas eram desenvolvidas por uma equipe multiprofissional interdisciplinarmente envolvendo estudantes dos cursos de Enfermagem, Educação Física e Fisioterapia, bolsistas e voluntários da UESB, agentes comunitários de saúde-ACS, enfermeiras (os) dos serviços de atenção ao portador de diabetes mellitus e equipe de professores de diferentes áreas do ensino da UESB. Essa equipe interdisciplinar focava as ações do Núcleo de Educação e Atenção ao Diabetes-NEAD no desenvolvimento da promoção da saúde, da prevenção das complicações agudas e crônicas e no fortalecimento das ações de cuidado domiciliar, sendo a ênfase maior voltada para a prática da Educação em Saúde e para a melhoria da qualidade de vida do *Ser* cuidado e do cuidador familiar no domicílio, por compreendermos que a família é a mais importante unidade de cuidado para seus membros.

Assim sendo, percebi a necessidade de estudos que fornecessem elementos para melhor compreender as condições de vida dos idosos diabéticos e de suas famílias no âmbito domiciliar, além de mecanismos presentes na dinâmica de relações intergeracionais com o idoso, enquanto participantes de um contexto societal intrafamiliar. Acredito que esse contexto favoreça a melhoria da qualidade de vida e satisfação pessoal e intergeracional, na perspectiva de promover o bem-estar de ambos (idoso e família), no processo dinâmico de relações, que ao meu entender se apóia nos princípios éticos da família, permitindo a valorização das relações afetivas, de respeito e cuidado entre seus membros.

Essa necessidade se me afigura como uma constatação factual de que é preciso lançar um novo olhar sobre a questão do envelhecimento, assunto de grande importância para o Município e o Estado, uma vez que a Bahia, na Região Nordeste ocupa o 3º lugar no número de idosos com mais de 80 anos, passando para a 2ª posição na faixa etária maior de 100 anos, caracterizando-o como Estado de excelente índice de pessoas longevas, e também Jequié/Ba, com 1,4% de sua população com idade superior a 80 anos (IBGE, 2000). Esses dados nos alertam para considerar o processo de envelhecimento e o contexto familiar domiciliar – unidade-ambiente em que um número significativo de pessoas idosas está inserido, e ainda por ser a família uma

estrutura de relacionamento e unidade de cuidado para seus membros como preconizado pela literatura gerontogeriatrica.

Assim, estudos que busquem compreender a unidade familiar contribuem para aprofundar o enfoque do cuidado a pessoas idosas, pois através de investigações viabilizam a exploração, o desenho e redesenho do contexto geográfico, cultural, social e político das famílias que compartilham o domicílio com pessoas idosas, e no caso específico deste estudo, dos munícipes de Jequié. Ao contextualizar minha atuação profissional enquanto enfermeira e docente, pretendi compartilhar com o leitor o pressuposto que direcionou minha caminhada na comunidade jequieense a partir do NEAD.

Ao cuidar da saúde de pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus tipo 2 e de seu familiar, buscava sempre obter a co-participação da família nesse cuidar, como estratégia para planejar e implementar ações cuidativas, por compreender que enquanto profissional a minha parcela de cuidados, por mais completa e complexa que fosse, era limitada em comparação com as ações que a família assume no âmbito domiciliar.

No processo da dinâmica de interações² intrafamiliares, a família acaba por arcar com a cotidianidade do cuidado e com a extensão da cronicidade que tal nosologia acarreta ao seu portador, exigindo que se adapte às situações de enfrentamento de uma doença crônico-degenerativa, com vistas a manter o bom estado

² O termo “interação” utilizado pelos expoentes da orientação psicanalítica identifica a atuação e ação entre pessoas (GIACOMETTI, 1981). Segundo Vasconcellos (2002), interação constitui o sistema de elementos mutuamente interdependentes e relacionados: mudança numa parte acarretará mudança nas outras. Ainda segundo a autora, “as relações são o que dá coesão ao sistema todo, conferindo-lhe um caráter de *totalidade* ou *globalidade*, uma das características definidoras do sistema” (199). Sistema, aqui, se refere à família. Segundo Turner (1999, p. 72), o processo de interação fortalece as organizações sociais e culturais. O autor faz também referência a Mead ao dizer que “a essência da interação é a emissão de sinais e gestos” e ocorre [...] quando (1) um corpo emite sinais ao se mover em seu meio ambiente, (2) outro corpo vê esses sinais e altera seu curso de ação em respostas a eles, emitindo, assim, seus próprios sinais, e (3) o corpo original torna-se consciente dos sinais deste corpo secundário alterando seu curso de ação à luz desses sinais. [...] Quando esses três estágios se passaram, então a interação ocorreu. [...] sinais e gestos são o veículo crítico da interação e que não necessitam ser simbólicos no sentido cultural. [...] Os sinais que os homens enviam, lêem, recebem e respondem são simbólicos na medida em que eles significam a mesma coisa para o corpo que envia e para o corpo que recebe. Em resumo, eles são culturais” (TURNER, 1999, p. 62). O termo interação é muito utilizado na “psicologia social e familiar para indicar uma influência mútua, bidirecional, entre duas pessoas. Trata-se de uma terminologia mais apropriada para descrever as relações familiares” (GIMENO, 2001, p. 76).

de saúde do idoso e prover os cuidados permanentes que a situação requer.

Reconhecer a importância da família num processo dinâmico de relações e interações de cuidado foi o foco de minha atenção no cuidado a pessoas idosas portadoras de diabetes, pois nas ações desenvolvidas no NEAD observava como determinado número de famílias conseguia gerenciar as relações familiares com seus idosos de forma harmoniosa e conscienciosa no ambiente domiciliar, no qual uma doença crônica - o diabetes - era percebida pelo todo familiar no processo dinâmico e circular de suas inter-relações. Os familiares envidavam esforços coletivos para o bem-estar do sistema familiar em sua globalidade e não apenas como situação isolada de um de seus membros, o idoso doente. É justamente desse ponto de vista que a família ao meu ver se apresenta, daí entendê-la como “sistema aberto em transformação; isto é, constantemente recebe *inputs* para e do intrafamiliar, e se adapta às diferentes exigências dos estádios de desenvolvimento que enfrenta” (MINUCHIN, 1982, p. 56).

Ao adotar essa definição, reconheço na família sua estrutura complexa e dinâmica, dinâmica essa entendida como “o movimento das relações familiares que vão se estabelecendo no interior das famílias no decorrer de sua história” (MIOTO, 1998, p. 25).

Assim, sentindo a necessidade de maior aprofundamento para compreender como ocorre a dinâmica de relações familiares intergeracionais, optei por realizar o doutorado na Área de Filosofia, Saúde e Sociedade com o intuito de obter mais conhecimentos sobre a unidade familiar e compreender como se desenvolve a participação da família na atenção aos seus membros, especialmente quando um desses membros é idoso e portador de doença crônico-degenerativa como o diabetes mellitus tipo 2.

Na trajetória até aqui percorrida, e diante da longa caminhada a percorrer com o desafio de ser um profissional em constante processo de aprendizado para desempenhar o cuidado, penso que compreender a dinâmica de inter-relações que a família utiliza para o seu processo de convívio com o idoso portador de doença crônica me conduzirá a atenção de Enfermagem à família enquanto contexto de intervenções cuidativas entre profissional de saúde e o sistema familiar enquanto contexto de cuidado, através de um novo olhar que contemple a complexidade, a contextualidade e

a intersubjetividade, pressupostos novo-paradigmáticos da ciência pós-moderna.

1.1 Problema e justificativa

A população de idosos no Brasil tem crescido a largos passos nas últimas décadas e, segundo Veras (2002, p.6), “o crescimento demográfico da população na faixa etária acima de 60 anos e, em especial, o verificado nos grandes centros urbanos tem sido motivo de grande interesse por parte dos estudiosos da Terceira Idade em vários países do mundo”.

O final do século XX foi marcado em quase todo o mundo pelo envelhecimento das populações, significando um crescimento mais elevado do segmento de idosos na pirâmide populacional. Isto ocorreu principalmente pela redução da mortalidade em conjunto com a fecundidade mais elevada no passado do que a atual. Estudiosos da área consideram o Brasil um país em rápido processo de envelhecimento. Estima-se que no ano de 2020 seus habitantes com 60 anos ou mais comporão um contingente de 31,8 milhões de pessoas, número que o colocará no sexto lugar mundial em termos de massa de idosos (VERAS, 2002).

Inegavelmente, estar vivendo mais e melhor é uma conquista do séc. XX, mas envelhecer não é nada fácil. Ao contrário, no processo de envelhecimento as pessoas idosas são mais propensas às condições patológicas, geralmente crônicas, pois têm maior dificuldade de adaptação ao meio e são mais susceptíveis ao surgimento de enfermidades como o diabetes mellitus. Quando associadas às alterações próprias do processo de envelhecimento normal essas patologias fazem com que os idosos necessitem de maior atenção por parte da sociedade, dos profissionais de saúde e, sobretudo, da família, que precisa utilizar conhecimentos e habilidades na prevenção e na minimização dos seus efeitos graves de ordem física e psíquica.

Dados da Sociedade Brasileira de Diabetes e do Ministério da Saúde (2005) informam que no Brasil há 7,6% da população acometida por diabetes. A prevalência por grupo etário, na população entre 30 e 69, encontra-se distribuída em: 30-39 anos (2,7); 40-49 (5,52); 50-59 (12,66) e 60-69 (17,43). Vale dizer: quase todo esse percen-

tual é de indivíduos acima de 40 anos, mais especificamente aqueles na faixa etária acima dos 60. Os dados mostram também que na população de 30 a 69 anos apenas 53,5% têm conhecimento prévio da doença, ou seja, cerca de 46,5% a desconhecem. Destacam ainda que dessa população, cerca de 23% não utilizam nenhum tratamento para o controle do diabetes mellitus; 29% apenas controlam com dieta; 41% utilizam hipoglicemiantes orais e apenas 7% usam insulina. Do total de casos de diabetes 90% são do tipo 2, exatamente aquele segmento da população que está no processo de envelhecimento.

Segundo o Relatório Mundial da OMS (2003), as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo, prevendo que em 2020 80% da carga de doenças nos países em desenvolvimento advirão de problemas crônicos. Nesses países, a aderência ao tratamento chega a ser de apenas 20%, o que acaba gerando estatísticas negativas na área de saúde e elevando os encargos para a sociedade, o governo e as famílias.

O DM é a 7ª causa principal de óbito, em que as complicações cardiovasculares assumem o papel de principais causas, com grande freqüência de doenças coronarianas e vasculares periféricas, além dos acidentes vasculares encefálicos, sendo também considerada uma “vilã” nos casos de cegueira, insuficiência renal e amputações (MS, 2000).

O diabetes é um problema de Saúde Pública de considerável magnitude, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, como o Brasil. É considerada uma epidemia mundial, sendo a população idosa a mais susceptível, o que demanda cuidados governamentais já previstos na Lei nº 8080/90 e na 8.842/94, da Política Nacional do Idoso. No Art. 1, cap. 1, da Lei 8.842/94 estão previstos os direitos sociais do idoso e a garantia de condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Isto envolve o idoso com todas as suas demandas de cuidado biopsicossocial e cultural conforme prevê o Art. 10, Cap. 5, quando atribui à esfera governamental, entre outras os encargos: a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS, e b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas.

Sobre o assunto o Art. 3º da Lei nº. 8.842/94 diz: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo a sua dignidade, bem-estar e direito à vida”.

Assim, torna-se imprescindível compreender a dinâmica das relações intrafamiliares, pois, segundo Duarte & Diogo (2000, p. 3), “a assistência domiciliária vem demonstrando ser a nova fronteira dos serviços de saúde. Embora exista desde tempos muito remotos, esse tipo de atenção à saúde vem sendo enfatizado, em especial nas duas últimas décadas, nos USA e, mais recentemente, no Brasil”. E como o idoso encontra-se em sua grande maioria no âmbito domiciliar, conforme evidencia a literatura da área gerontogeriatrica, cresce a demanda na qualidade de relacionamento intergeracional, que acredito culminará num processo dinâmico de inter-relações intrafamiliares. No que tange ao diabetes mellitus tipo 2, a fase da doença e o grau de comprometimento do idoso como as limitações das atividades da vida diária – AVD, da vida social e, sobretudo da qualidade do relacionamento e interação familiar, exige da família a capacidade de gerar o “balance³” entre a mudança e a “estabilidade” devido à complexidade da auto-regulação no processo de cuidar, por se tratar de ação contínua e duradoura para o sistema familiar. O termo “balance” compreendido neste estudo como um movimento pendular do sistema familiar, ante o “equilíbrio” e a mudança na perspectiva de olhar a família como um sistema aberto em fluxo de energia dinâmico.

O cuidado familiar tem suas nuances no processo dinâmico de relações que envolvem seus membros e se faz sentir na vida pessoal/social dessas pessoas através de sentimentos como: amor, respeito, admiração, gratidão e, por vezes, também, conflitos. Néri & Sommerhalder (2002, p. 56) afirmam que, “provavelmente por questões ideológicas, a maior parte dos estudos focaliza experiências negativas, não só como se fosse experiência universal, mas como se fossem os únicos resultados da exposição do papel de cuidar”. Destacam ainda que existem poucas pesquisas sobre a percepção de benefícios e da atribuição do significado do cuidado. Segundo as autoras

³ Considerando que o termo equilíbrio leva o leitor a confundi-lo com homeostase, construir o conceito de “balance” que refere-se a compreensão do termo pendular.

citadas, o termo “benefício” tem sido usado com referência à avaliação positiva da experiência de cuidado, sendo relacionado a sentimentos positivos ou de retorno prático para a vida do cuidador e à percepção de que a tarefa tem significado existencial. Convém considerar ainda a compreensão de família destacada por Gimeno:

Para além da mera sobrevivência, dos cuidados de nutrição, proteção e higiene, a família constrói-se como um meio de intimidade e afetos facilitadores do desenvolvimento pessoal, auto-realização dos seus elementos como pessoas com direitos inquestionáveis, iguais em dignidade e capazes de desenvolver potencialidades infindáveis, manuais, cognitivas, afetivas e sociais (GIMENO, 2001, p. 73).

Concordando com as autoras acima citadas, e numa perspectiva filosófica, entendo que o significado de cuidar está num universo de dinâmica de relações, de afetividade, amor, respeito, apoio, solicitude, compreensão, gratidão, alegria, união/interação e relacionamento intergeracional. Esses aspectos dão significado ao bem-viver familiar, num processo de enfrentamento das adversidades de viver-convivendo com um de seus membros em condição de cronicidade, que pode ou não causar limitações físicas, cognitivas e sociais, entre outras.

Ciente de que o envelhecimento exige certos cuidados, que seriam “acolhidos”, experimentados e compartilhados no processo vivencial das relações familiares, encontro confirmação em Néri & Sommerhalder (2002, p.6), quando argumentam que “assumir o cuidado a idosos corresponde a atender a normas sociais relativas ao dever de manter, proteger e ajudar os idosos, retribuindo a sua contribuição à sobrevivência e à continuidade da família e da sociedade”, porque as normas sociais trazem consigo aspectos que envolvem primariamente a relação familiar, relação de cuidado que é construída com base num processo dinâmico de arranjos e negociações intergeracionais.

Discutir esse processo contínuo é abrir portas para o cuidar a partir de uma realidade na qual se possa enxergar as nuances que envolvem a dinâmica das relações familiares com um *ente* querido idoso, pois segundo Elsen,

o cuidado familiar acontece através da convivência, nas relações e interações

que surgem no processo de interação. Cada membro da família, ao interagir com o outro, participa de uma ação e reflexão que resultará na construção de um significado que permitirá a definição da situação na qual se encontra, assim como um desenho de novas ações e reflexões, num processo contínuo de interações (ELSEN, MARCON & SILVA, 2002, p. 17).

Em tal contexto, a dinâmica da família com o idoso requer maior aprofundamento de estudos e compreensão do aspecto que envolve o contexto da psicogerontologia. Contudo, cabe aqui destacar que é escasso o conhecimento de enfermagem com enfoque na dinâmica das relações familiares, como reconhece Alvarez (2001, p. 22):

A literatura internacional é profusa em estudos sobre o cuidado familiar de idosos doentes e/ou fragilizados, como de Given & Given (1991) e de outros estudos específicos delimitados a um determinado aspecto do cuidador ou do idoso (Faison et al. 1999; Bowl et al., 2000; Schulz & Beach, 1999; Clybun et al., 2000; Astedt-Kurki et al., 1999; Shyu, 2000; Hanson et al. 1999). Desconhece-se, porém, tanto em nível internacional quanto em nível nacional, estudo abrangente que retrate o processo de cuidar do idoso em âmbito familiar de maneira dinâmica em um determinado contexto societário.

Observo que tais dados indicam a necessidade de investigar sobre a dinâmica das relações familiares com seus membros idosos, considerando que nossa sociedade está em processo de envelhecimento que exigirá cuidados em diferentes situações do seu envelhecer, especialmente quando esse envelhecer traz consigo alterações do estado de saúde que podem tornar-se irreversíveis.

Considerando ainda a atual situação do sistema de saúde em nosso país, sem um plano de gerenciamento das condições crônicas, tratando apenas os sintomas quando eles aparecem (OMS, 2003), a família tem-se mostrado como a unidade do cuidado de seus membros, de apoio e de responsabilidade no que tange ao atendimento das necessidades de cuidados à saúde no âmbito intergeracional e no cotidiano de sua dinâmica de inter-relações.

Considerando também o número reduzido de estudos sobre dinâmica das relações familiares, é importante buscar suprir essa carência, na tentativa de subsidiar

novas estratégias para o familiar cuidador, para os profissionais de Enfermagem e das áreas afins que desenvolvem suas ações com pessoas idosas.

Acredito que resultados de novas pesquisas poderão contribuir e apontar outros caminhos, com vistas a implementar medidas que venham subsidiar o cuidado beneficentemente à família no “domínio” biológico, psicológico, social, cultural, ambiental e domiciliar entre inúmeros outros aspectos, nos quais o cuidado não pode ser percebido como um fenômeno isolado, mas como processo de interações e trocas (ELSEN, MARCON & SILVA 2002), no qual o diabetes e o portador não sejam vistos de forma isolada, mas inseridos no contexto da dinâmica das inter-relações familiares.

Estudar famílias e seus idosos convivendo em uma mesma dimensão de espaço e tempo ajudará a compreender melhor como se desenvolvem as relações que exprimem o processo de viver humano, que acontece nas relações familiares, no processo vital de seus membros e nas mudanças que dinamizam a inter-relação familiar no espaço diário de suas relações humanas de convívio.

A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2 surge neste estudo como um fenômeno a ser desvelado e compreendido. Para tanto, a minha linha de raciocínio conduz-me à seguinte questão norteadora: **Como se desvela a dinâmica de relações familiares no convívio com o idoso portador de Diabetes Mellitus tipo 2?** Esta questão que norteia o estudo tem como base a tese de que **a dinâmica das relações intergeracionais familiares influenciam o processo de viver da pessoa idosa, que por sua vez se reflete no viver da família num processo de retroalimentação que mantém o funcionamento do sistema familiar.** Para tanto, tracei os seguintes objetivos.

Geral

- Desvelar e compreender a dinâmica das relações da família com o idoso portador de Diabetes Mellitus tipo 2, com vistas a inclusão da assistência familiar no sistema público de saúde.

Específicos

- Identificar a organização da família onde se desenvolve as relações de

cuidado familiar.

- Conhecer como o diabetes mellitus tipo 2 em membro idoso interfere na dinâmica relacional da família.
- Identificar a vivência da cronicidade do diabetes mellitus tipo 2 no sistema familiar.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DE LITERATURA

“Tudo é devir”.
Heráclito de Efeso
(540-480 a. C)

A consciência da importância da família no processo de convívio domiciliar com membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2 proporcionou o surgimento de inquietações de cunho profissional-pessoal, devido à alta incidência da doença e a relevância dessa temática na atualidade. Assim, passo a discorrer sobre o que encontrei na literatura.

Esta revisão busca descrever o panorama da situação atual do Diabetes Mellitus tipo 2, ao tempo que procura expor as realidades encontradas, atenta para percorrer novos caminhos apontados pela literatura na direção da família. Esta, então, é abordada com efeito de espelhar o “impacto” na família para a articulação entre a condição crônica do diabetes mellitus tipo 2 em pessoas idosas e o contexto familiar.

Adentrar esse universo do atual panorama do Diabetes Mellitus tipo 2 e compreender sua interferência na vida da família enquanto sistema de cuidados para a condição crônica da doença em pessoas idosas torna-se um contexto de exploração necessário ao meu compreender, considerando o foco de interesse deste estudo.

A família inserida no contexto da cronicidade do diabetes deve constituir-se no locus do redirecionamento dos cuidados à saúde individual, pois é na sua dinâmica de relações intrafamiliares e no seu contexto mais amplo que se promove o processo saúde-doença, no qual busca, no meu entender, readaptar-se às mudanças necessárias para o bem-estar familiar no processo de viver humano.

2.1 O diabetes mellitus tipo 2 - Perscrutando a doença e o panorama atual

Comumente denominado “diabetes” e descrito pela primeira vez no século II, o Diabetes Mellitus-DM só começou, de fato, a ser desvendado no início do século XX. Trata-se de uma “doença crônica causada pela deficiência do pâncreas na produção de insulina, ou por incapacidade da insulina de exercer adequadamente suas funções” (OPAS, 2003, p. 46).

Com a mudança demográfica, a prevalência do diabetes parece relacionada com o aumento da idade, sendo maior em homens do que em mulheres e aumentando mais ainda a partir dos 65 anos. A estimativa da doença no mundo é, segundo Wild, ultrapassar os 2,8% existentes em 2000 para 4,4% em 2030. Em 2030 estima-se que o número de pessoas com diabetes acima de 64 anos de idade será superior a 82 milhões em países em desenvolvimento e superior a 48 milhões em países desenvolvidos (WILD, et. al., 2004).

Esse estudo de Wild vem agravar ainda mais as previsões desenvolvidas em 1998 por King, Aubert e Herman sobre a prevalência de diabetes no mundo até 2025: seus achados mostraram que, a manter-se a tendência, haverá 72 milhões de casos nos países em desenvolvimento, ou seja, mais de 75% das pessoas com diabetes residirão em países em desenvolvimento, mas no que se refere à idade as previsões mantêm-se inalteradas, mantendo-se o maior risco a partir dos 65 anos de idade (KING, AUBERT & HERMAN, 1998)

Como enfatizam Caruso e Sillivan, o número absoluto de idosos com diabetes vai continuar aumentando por duas razões: (a) a taxa de diabetes diagnosticada em pessoas de 65 a 74 anos de idade e de mais de 75 anos aumentou cerca de 2,5 vezes nos últimos 30 anos, e (b) o número de pessoas idosas em risco está crescendo (CARUSO & SILLIVAN, In REICHEL, 2001).

O exemplo dessa constatação aparece nos resultados da campanha nacional instituída pelo Ministério da Saúde – Brasil, em 2001, para detectar a doença diabetes mellitus na população brasileira, que encontrou 14,66% de casos identificados em cerca de 2,9 milhões de indivíduos suspeitos. Convém salientar que tal medida focalizou a população acima dos 40 anos.

A continuidade de levantamento diagnóstico através de campanhas periodicamente contribuirá para redimensionar as Políticas Públicas de Saúde e para redesenhar a Política de Atenção ao Idoso, o que reforça a preocupação com o cuidado ao idoso diabético e com a relação familiar no domicílio.

No Brasil, a prevalência do diabetes na população urbana é de 7,6%, semelhante à de países desenvolvidos (MINISTÉRIO SAÚDE, 2000). Os custos da assistência médica são altos, e a maior parte dessa despesa é com internações para tratar complicações cardiovasculares decorrentes da doença, as quais são a quarta causa de hospitalização em nosso país.

No lançamento mundial da segunda edição do Diabetes Atlas em Paris, a International Diabetes Federation – IDF (2004) alerta a comunidade científica e em geral sobre o impacto do diabetes no mundo, destacando a progressão da doença revelada nas pesquisas como as citadas aqui, segundo as quais em 2025 haverá cerca de 472 milhões de pessoas com risco de desenvolver diabetes, dado superior ao apresentado pela OMS (2003) que estima para o mesmo período 300 milhões de portadores de diabetes mellitus.

No Brasil, pesquisa realizada em 27 Estados pelo Ministério da Saúde (2004), no período de 01/1999 a 05/2004, revela a existência oficial de 388.729 brasileiros com diabetes tipo 2, dos quais 16.089 na Bahia, colocando-a em sétimo lugar entre os Estados. O mais inquietante é que a doença tende a ser diagnosticada por “acaso”, geralmente em atendimentos emergenciais e quase sempre tardiamente, num período estimado de cerca de sete a doze anos e quase sempre em pessoas com mais de quarenta anos.

Reichel (2001) refere que a expectativa de vida do idoso portador do diabetes é menor do que a dos não-diabéticos, e que há muitas razões para a hiperglicemia no envelhecimento, como: resistência à insulina comprometida, transporte de glicose diminuído, comprometimento da inibição de liberação de glicose hepática e disponibilidade alterada de glicose. O autor destaca ainda que “muito da hiperglicemia no idoso pode ser associado com fatores tais como a obesidade e o estilo de vida sedentário, em vez do envelhecimento *per se*” (REICHEL, 2001, p. 372).

Se por um lado o diabetes desencadeia uma série de complicações agudas e

crônicas, por outro, a família pode mostrar-se como o centro do qual emanam cuidados de prevenção, promoção e reabilitação da saúde de seu membro idoso. Vários são os aspectos tratados na ampla literatura de enfermagem sobre o papel da família. Elsen considera

[...] a família um sistema de saúde para seus membros, sistema este do qual fazem parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção de saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença. Este sistema inclui ainda um processo de cuidar no qual a família supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir nos casos de queixas e de sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes pedindo auxílio a seus significantes e/ou profissionais [...](In ELSÉN, MARCON & SILVA, 2002, p.12)

Na esteira do raciocínio de Elsen, alguns aspectos merecem destaque para compreender características de sinais e sintomas manifestos da doença no idoso portador do diabetes para que não sejam confundidos com os de outras enfermidades. Reichel (2001) faz as seguintes referências: a poliúria no idoso leva a pensar mais freqüentemente em doença prostática do que em diabetes, e na mulher idosa uma infecção das vias urinárias é mais comumente cogitada do que o diabetes.

A anorexia do envelhecimento pode mascarar qualquer polifagia. O mal-estar devido ao diabetes pode resultar em anorexia e perda de peso. A polifagia em idosos pode ser bem-vinda, pois a hipodipsia do envelhecimento, com a sua incapacidade de sentir sede, torna a desidratação provável; a deficiência cognitiva pode resultar da hiperglicemia, e a memória pode melhorar com o controle glicêmico.

Incontinência urinária, confusão mental, perda de peso e quedas são achados que levam à suspeita imediata do Diabetes. Síndromes especiais no caso do idoso consistem em caquexia diabética (anorexia, miopatia dolorosa, perda de peso e depressão) e amiotrofia (perda de massa e fraqueza da musculatura da cintura pélvica e dos músculos da coxa são diagnósticos de exclusão, mas devem ser considerados no idoso diabético).

Pelo alto risco de desenvolver complicações que reduzam a qualidade de vida

do idoso e sobrecarregar a família no processo dinâmico de relações intergeracionais, destaca-se a necessidade de maior controle do diabetes. É preciso perceber o processo do envelhecimento, inicialmente sob uma visão teórica, aspecto no qual me refiro às teorias gerais do envelhecimento, embora conscientes de que, nas palavras de Berger & Mailloux-Poirier (1995, p.102), “estamos longe de compreender com precisão os múltiplos fatores e processos de deterioração implicados no fenômeno multidimensional do envelhecimento”.

O destino biológico nos conduz inexoravelmente à velhice, mas o caminho percorrido varia segundo o contexto social (FERRARI, 1999). O fenômeno biológico ocorre em diferentes ritmos de envelhecimento: há mudanças normais associadas à velhice e outras que devem ser distinguidas como processos patológicos, devendo ser considerada a polipatologia que acompanha o idoso portador de uma doença crônica.

Fisiologicamente, a doença caracteriza-se por um dos três efeitos: menor utilização de glicose pelas células corporais e conseqüente aumento de concentração de glicose sangüínea para 300 a 1200 mg/dl; aumento acentuado da mobilidade de gordura das áreas de armazenamento, produzindo metabolismo lipídico anormal e depósito de lipídio nas paredes vasculares, levando à arteriosclerose e depleção de proteínas corporais.

Quando a quantidade de glicose que chega aos túbulos renais com o filtrado glomerular se eleva em demasia, uma proporção significativa de glicose começa a aparecer na urina, causando diurese, que significa perda de quantidade excessiva de água pela urina, levando consigo NaCl e K⁺ em virtude do efeito osmótico da glicose nos túbulos, impedindo a reabsorção tubular de água. Em conseqüência, uma das características mais importantes do diabetes é a tendência ao surgimento de desidratação, como mencionado anteriormente, quase sempre associada ao colapso circulatório. Outra complicação comum do diabetes é a acidose, alternância entre o metabolismo de carboidratos e de gorduras. Quando o corpo depende quase totalmente de gordura para fins energéticos, o nível de ácido acetoacético nos líquidos corporais pode levar ao coma e à morte.

O desencadeamento da doença é exacerbado no idoso mesmo considerando o processo de envelhecimento normal, uma vez que seu corpo está passando pelas

alterações próprias da senescência. E como recomenda Souza (2000, p.31),

[...] é de fundamental importância que o profissional interessado nesta área esteja atualizado nas peculiaridades anatômicas e funcionais do envelhecimento, sabendo discernir com máxima precisão os efeitos naturais deste processo (senescência) das alterações produzidas pelas inúmeras afecções que podem acontecer ao idoso (senilidade).

Para tanto, Souza (2000) enfatiza que aguçar tal precisão é buscar evitar que alterações encontradas no idoso possam ser erroneamente atribuídas ao seu envelhecimento normal, o que impediria a detecção de processos patológicos passíveis de tratamento ou mesmo cura, e também que sinais e sintomas explicados pela senescência sejam equivocadamente atribuídos a doenças, impedindo que o próprio envelhecimento seja tratado como doença.

Essa abordagem deve servir de alerta para que profissionais do cuidado se dispam de significados impregnados em sua cultura, que colocam o processo de envelhecimento lado a lado com o desenvolvimento de doenças que se caracterizam exclusivamente por perdas e incapacidades. Chama atenção também para o fato de que é preciso encarar a velhice como uma área de conhecimento sempre a ser (re)descoberta diante dos freqüentes avanços científicos. Apesar desses avanços, epidemiologicamente o número de pessoas idosas com diabetes vai continuar a crescer, podendo, em futuro próximo, aumentar a demanda nos serviços públicos de saúde. E para supri-la, é necessário implementar redes de relacionamento informal entre membros da família, amigos e vizinhos, posição também proposta e defendida pela 25ª Conferência Sanitária Americana (1998), pois no processo de envelhecimento é preciso perceber os aspectos da cronicidade do ponto de vista psicológico, cultural e sociológico, além das modalidades de adaptação do idoso e da família num contexto social de dinâmicas de relações de convívio intergeracional.

Evidencia-se, então, o papel da família e suas responsabilidades na condução dos relacionamentos no âmbito domiciliar, cabendo-lhe a continuidade dos cuidados a seus idosos, assumindo efetivamente seu papel de co-participante do processo de cuidar, pois os aspectos e desafios clínicos para o cuidado do idoso, como evitar os

sintomas e as complicações da hiperglicemia e da hipoglicemia e minimizar ou retardar as complicações micro e macrovasculares (CARUSO & SILLIVAN, 2000) dependem sobremaneira da capacidade da família para readaptar-se às novas necessidades com vistas a promover o bem-estar da pessoa idosa e da família como um todo.

A esse respeito, o Relatório Mundial sobre Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (2003) faz as seguintes referências no item: “Pacientes e famílias preparados, informados e motivados”, destacando inicialmente que “os pacientes e as famílias compõem um terço da tríade, para controlar e prevenir as condições crônicas”. E que eles precisam estar:

[...] informados sobre as condições crônicas, incluindo seu ciclo, as complicações esperadas e as estratégias eficazes para prevenir as complicações e administrar os sintomas, [...] motivados para mudar seus comportamentos e manter estilos de vida saudável, aderir a tratamentos de longo-prazo e autogerenciar suas condições crônicas, [...] preparados com habilidades comportamentais para administrar suas condições crônicas em casa. Isso inclui a disponibilidade de medicamentos e equipamentos médicos, instrumentos de automonitoramento e habilidades de autogerenciamento (OMS, 2003, p.50).

O Relatório da OMS (2003) relata a partir de um estudo radonizado que o autogerenciamento do diabetes representa um grande desafio, por envolver mudanças comportamentais do portador para integrar as suas necessidades diárias de cuidados, como autogerenciamento dos níveis de glicose no sangue, aderência ao tratamento e adaptações ao medicamento, verificações regulares para detectar problemas com os pés, dietas alimentares e atividades físicas. Enfatiza que, no caso específico do diabetes, o portador da doença e a família são responsáveis por mais de 95% do tratamento. Identificaram que as intervenções comportamentais foram eficazes em vários marcadores biológicos para diabetes. Obtiveram redução nos níveis de hemoglobina glicosada, na taxa de gordura e na ingestão geral de calorias, no peso e nos vários níveis de glicose no sangue, e também melhora na pressão sanguínea.

Tais estudos contribuem para mudar o paradigma sobre o Diabetes Mellitus e seu portador e valorizar a família como unidade dinâmica de relações entre seus membros.

Em tal sentido, convém destacar a ampla revisão de literatura realizada por Silva (2001) sobre estudos que abordam a temática Diabetes Mellitus, concluindo que os avanços ainda são tímidos, e a maioria, na área de Enfermagem, se inclinam para o aspecto educativo do seu portador. Na revisão não aparecem estudos sobre dinâmica de relações familiares intergeracionais e transgeracionais e o Diabetes Mellitus. Silva destaca ter dirigido o seu olhar para a compreensão do processo de viver do diabético com a doença, não se preocupando somente com suas causas e conseqüências.

Para tanto, a família é uma unidade dinâmica de relações entre seus membros envolvidos em um contexto de complexidade, intersubjetividade e singularidade que pressupõe alguma reciprocidade, com responsabilidades recíprocas num determinado contexto domiciliar. E em tal sentido, Ângelo (in, DUARTE, 2000, p. 27) diz que:

No contexto do atendimento domiciliário, tomar a família como perspectiva significa, sobretudo considerar o seu grande potencial como aliada na manutenção e na restauração da saúde de seus membros, mas também que este potencial é determinado pelas suas percepções das experiências que vivenciam, que por sua vez influenciam suas ações no manejo destas mesmas experiências. Este processo confere a família um papel ativo na vivência do cuidado da saúde de seus membros, e não o de depositária passiva das ordens profissionais.

Neste momento, pretendo percorrer outros caminhos e avançar no tema, buscando compreender a dinâmica das relações familiares e intergeracionais envolvendo o idoso portador de Diabetes Mellitus tipo 2 no convívio familiar em seu domicílio, buscando compartilhar as eventuais descobertas com a comunidade científica em geral, pois é no contexto domiciliar que se dão as relações de cuidado, como registra a ampla literatura nacional e internacional, inclusive porque é a família que provê de 80 a 90% dos cuidados necessários a seus membros idosos (ÂNGELO apud DUARTE, 2000).

2.2 A família e a condição crônica do diabetes mellitus

Muito vem sendo feito e discutido na área da saúde para pessoas com diabetes

mellitus do tipo 2, mas os avanços ainda são tímidos ou inexistentes no que se refere à inclusão da família no programa de assistência ao portador de tal nosologia.

Recentemente foi divulgada a notícia de transplante de ilhotas de Langherans com sucesso em paciente europeu com diabetes do tipo 1; é sabido também que estão em curso pesquisas com células-tronco e novos medicamentos. Outros projetos há, como transplante pancreático, transplante de ilhotas, bioengenharia com células-tronco e afins, pâncreas virtual e regeneração de ilhotas (ABD, 2005). Todo esse acervo representa um avanço tecnológico de surpreendente relevância. No entanto, essa tecnologia avançada ainda não está disponível para todos, cabendo a indagação: e quando estará? É preocupante! O diabetes é hoje um dos mais proeminentes problemas de saúde pública, tanto em número de pessoas acometidas (mais de cinco milhões somente no Brasil) quanto de incapacitações decorrentes de suas complicações, além do elevado índice de mortalidade e do alto custo do tratamento, não apenas para o orçamento pessoal/familiar mas também para os cofres públicos.

Várias têm sido as tentativas de encontrar causas e explicar esse crescente aumento, em países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, acabando por atribuí-lo à globalização, à mudança dos hábitos alimentares, à vida estressante com a faina diária no competitivo mercado de trabalho e ao estilo de vida. Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (2003) explica esse crescimento com o aumento do número de idosos na pirâmide populacional.

Considerando os aspectos epidemiológicos do diabetes, mais o crescimento do segmento de idosos na pirâmide populacional e conscientes de que essa massa populacional encontra-se na grande maioria convivendo com seus familiares, é imperioso que se conceba a família como uma “tecnologia de cuidado” entre seus membros. Por tecnologia entendo o suporte familiar de interação e relação mútuas como estratégia intrafamiliar de cuidados para seus membros.

No entanto, estudos com famílias e portador de diabetes tipo 2 são ainda incipientes. Pesquisa realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e web off site dos últimos 10 anos, identifiquei que a maioria dos estudos sobre diabetes na área de enfermagem têm forte inclinação para a abordagem educativa do portador, visando a promover aderência ao tratamento. Outros há que abordam a percepção do portador

sobre o processo de viver com o diabetes. Tais achados também foram identificados por Silva (2001) no seu estudo “Narrativas do viver com diabetes mellitus: uma experiência de pessoas e culturas”, com o intuito de compreender como o portador crônico de diabetes mellitus constrói sua experiência.

Os estudos identificados constituem importante conhecimento no que refere ao que é viver com diabetes para o portador da doença. No entanto, é preciso considerar que, na nossa sociedade, geralmente a pessoa idosa convive com seus familiares. E segundo Ângelo (2000, p. 27), “pensar a família é um desafio para os profissionais de saúde, sobretudo num contexto em que o cuidado está orientado primariamente para atender às necessidades do indivíduo e não da unidade familiar”. E continua: “pensar a família vai além de orientar a colaboração da família no desempenho de ações de cuidado em prol do familiar doente. Pensar a família é tomar a família como perspectiva”.

No ambiente familiar é importante ressaltar o significado da estrutura familiar para seus membros. É preciso ainda considerar que a família é um sistema dinâmico em constante processo de interação relacional entre seus subsistemas individuais, estejam eles em estado de saúde ou doença, pois a família busca “rearranjar-se” em situações de “desarranjo”, adaptando-se às exigências do processo saúde-doença.

Nos dias atuais, é crescente o interesse das diversas áreas do conhecimento sobre a família, porém só a partir das duas últimas décadas a enfermagem tem voltado sua atenção para a família enquanto unidade de estudo, entre os quais destaco: aqueles que buscam revelar conhecimentos sobre o viver das famílias, como “*Concepts of health and illness and related behaviors among families living in Brazilian fishing village*” (ELSEN, 1984), “*Mundo imaginal de ser família: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos*” (NITSCHKE, 1999) e “*Tendo que cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar*”, de Alvarez (2001), que trazem significativa contribuição sobre o cuidado familiar ao idoso doente e/ou fragilizado no universo de inter-relações para compreensão do processo vivencial familiar com o idoso; “*Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador*” (SANTOS, 2003), no qual a autora buscou investigar como se

institui o papel do cuidador de idosos dementados no contexto domiciliar, e a partir dos resultados contribuir para a ampliação dos conhecimentos do processo de cuidar familiar no domicílio dessas pessoas considerando seus referenciais culturais; *“Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar”* (ALONSO, 2003), estudo em que a autora buscou compreender as relações que se estabelecem entre a equipe do Programa de Saúde da Família e famílias, para conhecer a relação entre esses dois universos e o Sistema Único de Saúde, trabalho de grande contribuição para os profissionais de saúde, por refletir seu agir perante a família, os agentes comunitários de saúde e o Programa de Saúde da Família. Há nesses estudos uma compreensão de família como unidade de estudo para a enfermagem, por isso contribuem para a atenção à família de pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus tipo 2, mesmo sem tratar especificamente dessa temática.

Existem outros estudos que, a exemplo dos anteriores, constituem importante fonte de conhecimento sobre a família com enfoque geral, mas aplicáveis à temática do estudo em questão. Ressalto os trabalhos de Elsen et al. (1994), “Marcos para a prática de enfermagem com famílias”, um referencial a ser adotado por todos aqueles que pretendem trabalhar com famílias. Trata-se de uma coletânea de trabalhos desenvolvidos a partir do Grupo de Assistência às Pessoas e Educação na Saúde da Família-GAPEFAM/UFSC. Neste, Elsen ressalta que as teorias e marcos conceituais desenvolvidos na enfermagem têm ajudado os pesquisadores a aprofundarem seus conhecimentos sobre o contexto familiar. Outro, “Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais” de Néri et al. (2002), uma coletânea de trabalhos sobre como se sentem brasileiros que lidam com a situação prática e emocional de cuidar de pessoas idosas de alta dependência no contexto familiar. Novamente Elsen, Marcon & Santos (2002), organizadoras do livro “O viver em família e sua interface com a saúde e a doença”, também uma coletânea de estudos sobre a família que trazem revelações sobre o processo de viver, adoecer e morrer em família, entretecendo conhecimentos na área de ensino, pesquisa e extensão.

Nesses estudos, encontramos substanciais contribuições sobre métodos de

pesquisa com famílias, nos quais alguns nos permitem elucidar e descrever fenômenos sociais no mundo familiar, embora não tenham abarcado o fenômeno da dinâmica de relações familiares com pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus tipo 2. Em alguns poucos estudos, entretanto, encontramos referências à família de pessoas portadoras de diabetes, como por exemplo: Figueroa, Rodríguez & Alfaro-Alfaro (1993) ressaltam a falta de informação dos familiares acerca da doença e de suas complicações como importantes fatores de negação da família no apoio ao controle glicêmico.

Em estudo com 82 pacientes, 32 casos e 50 controles com portadores de diabetes mellitus tipo 2 e familiares, Morán e Romero (1997) identificaram que os fatores associados à normoglicemia dos pacientes diabéticos estavam relacionados ao apoio que receberam da família e ao seu grau de informação sobre o diabetes. No controle do diabetes é preciso considerar as intervenções psicossociais como influência para as flutuações da glicemia (HERMAN; SINNOCK; BRENNER; BRIMBERRY; LANGFORD & HANSEN, 1984). Também é necessário ter em mente que seu portador tem a enfermidade como algo que afeta a estabilidade familiar (JOHNSON, 1982). E, por sua unidade de identidade, sua sociocultura, a família também é afetada pela patologia. Ao referir a doença como “desarmonia orgânica ou psíquica” cuja “manifestação quebra a dinâmica de desenvolvimento do indivíduo como ser global, gerando desarmonização da pessoa” Santos e Sebastiani (1996, p.150) compreendem esse “desequilíbrio como um abalo estrutural na condição de ser dentro de sua sociocultura”. E acrescentam ainda que com a doença quebram-se a dinâmica e as relações existentes entre o indivíduo consigo mesmo e com o meio.

Em seu estudo, Trief, Grant, Albert e Weinstock (1998) também identificaram que ao promover suporte psicossocial ao portador de diabetes mellitus tipo 2, o sistema familiar ajudou-o na sua melhora e na sua adaptação emocional, embora sem relacionar essa adaptação ao nível glicêmico.

Wang e Fenske (1996) em seu estudo sobre o autocuidado com adultos não-insulino-dependentes e influência de família e amigos, identificaram que os pacientes que contaram com o suporte da família, de amigos e de um grupo de portadores de diabetes foram mais eficazes no autocuidado do que aqueles que não tiveram esse apoio.

No estudo desenvolvido por Silliman et al. (1996) para determinar a

participação diária dos membros da família no manejo com pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus, foi identificado, entre outros aspectos, que o sistema de cuidados da saúde e os médicos precisam educar seus pacientes idosos para o controle da doença e o envolvimento dos membros da família quando não pudessem desenvolver o autocuidado relacionado ao cuidado do diabetes e seu papel no suporte e no manejo da doença como em qualquer outra patologia crônica. Segundo Santos e Sebastiani (1996), a família tem papel decisivo no auxílio à adaptação do familiar no episódio de saúde-doença, contribuindo inclusive com o próprio trabalho da equipe de saúde, ou, em alguns casos, comprometendo esse trabalho. Todavia, complementam os autores, esperar que a família tenha uma estrutura perfeita e capaz de absorver os reveses que a situação de doença lhe impõe é desconsiderar a existência de um processo paralelo de crise que se instala na unidade familiar, podendo gerar comportamentos diversos, tanto objetivos como subjetivos, em relação à pessoa doente, à equipe de saúde, ao tratamento e a si própria.

A necessidade de serem considerados os desafios que a família encontra ao cuidar de seus membros idosos portadores de diabetes mellitus foi demonstrada num estudo com familiares de índios americanos realizado por Hennessy, John e Anderson (1999) no qual os participantes relataram que precisavam de maior assistência para desempenhar a tarefa de cuidar. Destacaram ainda três grandes desafios/barreiras relacionados ao cuidado: a ansiedade no cuidado domiciliar; a luta com os problemas psicossociais e comunicação; e a tomada de decisão com outros membros da família. Enfatizaram ainda a importância de desenvolver uma rotina para o sucesso no manejo do diabetes dos seus índios idosos no domicílio.

Já em estudo com uma população urbana de porto-riquenhos desenvolvido por Von Goeler et al. (2003), as barreiras para o autocontrole do diabetes mellitus tipo 2 citadas pelos participantes eram financeiras, sociais, competência para gerenciar a saúde e desinteresse da família.

O estudo de Gerstle, Varenne e Contento (2001) com familiares de cinco mulheres portadoras de diabetes mellitus tipo 2, com enfoque nutricional, constatou que as participantes que tiveram controle de sua glicemia, o fator contribuinte estava relacionado à educação nutricional direcionada para o suporte social da família e

também na ajuda à mulher a suplementar tal suporte para que completasse com sucesso o manejo do diabetes. Um destaque nesse estudo: a mudança ocorrida nas residências das suas participantes no qual houve controle da glicemia, pois os familiares repadronizaram seus costumes alimentares, contribuindo para uma dieta mais saudável em família. Como se verifica nesse estudo, quando a família é considerada unidade de cuidado que também precisa ser entendida na sua individualidade e no seu contexto, ganham ambos os lados, o portador do diabetes e sua família, na relação com o processo saúde-doença.

Nos estudos sobre diabetes mellitus tipo 2 até o momento apresentados, verifiquei na sua maioria um enfoque voltado para o portador da doença, seja no aspecto da educação para o autocuidado ou no processo vivencial com a doença. Poucos, como se viu, concebem a família como sistema contributivo para a saúde dos seus membros.

Ainda considerando as pesquisas com família é raro em enfermagem encontrar estudos que concebam a família enquanto estrutura de relações dinâmicas entre seus membros, concluindo-se pela necessidade de investigar o tema cientificamente, por isso julgo ser este estudo oportuno para compreender a dinâmica de relações da família com o idoso portador de diabetes mellitus tipo 2. Tal pensar encontra respaldo na abordagem sistêmica da família, que entre outros aspectos considera que a doença em um dos seus membros afeta o todo familiar num processo de circularidade e globalidade.

No entanto, há enfáticas abordagens nas teorizações da terapia familiar. E de acordo com estudos sistêmicos, a família é vista na perspectiva da totalidade e não se restringe à somatória de seus elementos. Recorrendo à metáfora saussuriana de Walrond-Skinner (1978), da mesma forma que não é possível entender um jogo de xadrez olhando somente para as peças, uma vez que o movimento de cada uma afeta a posição e o significado de todas as outras, a família não pode ser tomada apenas como soma de suas partes. Ou seja, qualquer movimento em qualquer parte interfere em todas as outras e pressupõe uma reestruturação do todo.

Por isso, considerando a lacuna de conhecimento nessa área e esperando contribuir para preenchê-la no intuito de subsidiar a prática no campo da família de

portadores de diabetes no contexto de Jequié/Ba, constato a necessidade de empenhar-me no desenvolvimento de estudos nesse campo de atuação.

2.3 Família: uma unidade de cuidados para seus membros

Para a maioria das pessoas a família representa um esteio de relevante significância, tanto no que tange à estruturação de seus laços afetivos quanto nos referenciais de significância, apoio, cuidado e respeito.

Esse olhar sobre a família conduz à compreensão de que a família é uma unidade de interação entre os subsistemas que a compõem em sua totalidade e suas redes de relações mais amplas, ou seja, o universo de suas inter-relações intra e extrafamiliar. É a família em si o conjunto e a interseção de relação entre suas partes e o todo. No entanto, este é um tema oriundo de muitas definições, muitas das quais ao longo da história de estudos com família foram desviando-se do que se acredita ser a *família*, uma vez que num sentido genérico ela muda e se adapta às circunstâncias históricas e às diferentes exigências dos estádios de desenvolvimento. Segundo Minuchin (1982, p. 57), “uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais”⁴.

No entanto, estudos como os de Althoff, Elsen & Nitschke dizem que “um olhar mais detalhado sobre as pesquisas de família na literatura em diferentes áreas [...] leva a afirmar que esse campo de conhecimento, embora bastante extenso, encontra-se ainda compartimentalizado”. E continuam: “estudos desenvolvidos em uma mesma disciplina surgem algumas vezes repetidos em outra, com a definição dos mesmos objetivos, população alvo e fenômeno a ser investigado, numa falta clara de comunicação entre elas” (ALTHOFF, ELSSEN & NITSCHKE, 2004, p. 21).

A constatação dessas autoras encontra eco em Delgado (2003), quando busca explorar definições de família ao longo da história, passando por antropólogos, sociólogos e historiadores até concluir, sintetizando seus achados, que cada um desses

⁴ Por transacionais refere-se o autor ao estabelecimento de relações de quem, como e quando a família se relaciona dentro do sistema familiar.

ramos do conhecimento têm seu próprio conceito de família, “sempre de forma parcelada, enquanto o seu cotidiano não é assim” (DELGADO 2003 p. 33).

Em estudo similar ao desenvolvido por Delgado, sobre tantas tentativas de definir família, Costa ressalta “a incompletude de todas as definições (COSTA, 2004, p.4). E continua, dizendo que “muitas falam de aspectos específicos da relação familiar, outras de características gerais. Nenhuma, portanto, é globalizante” (p. 5). Aqui, no entanto, faz exceção à Teoria Geral dos Sistemas. O autor conclui seu artigo dizendo que “estejamos mais preparados para suas transformações, diversidades vinculares e suas possibilidades de construção do crescimento humano” (COSTA, 2004, p. 11).

Mioto (1998) também faz referência à divergência de estudos em torno do conceito de família, destacando as definições que a posicionam como um grupo natural ou simples objeto compartilhado, mas enquanto grupo social, historicamente construído. A autora lança pressupostos para a compreensão da família com vistas a ajudá-la num determinado momento histórico de sua vida. Tais pressupostos encontram-se alicerçados na utilização de teorias que possam subsidiar a ação e permitam ultrapassar limites do bom senso e da intuição. Contribuindo com Mioto está Laing (1972), ao reforçar que a família não é um objeto social compartilhado, mas sim um todo organizado nos elementos que a constituem, como um conjunto de relações e padrões de relacionamento, no qual os indivíduos se desenvolvem e se apropriam da estrutura do grupo familiar.

A família é sem dúvida uma estrutura de valor, agente socializador e uma unidade de complexidade e multidimensionalidade. Assim, tomo como base a preocupação dos autores citados até o presente momento, por compreender que estudar a família em sua multidimensionalidade não é uma das tarefas mais simples, muito pelo contrário, mas esses estudos alertam para a importância de se pesquisar família como *unidade*. E nesse aspecto, estudos como os de Wright & Leahey (2002) destacam a importância e a necessidade de estudar a família como um sistema, explorando seus elos com outros componentes que constituem o sistema familiar e a abordagem profissional de intervenção na família. Fundamenta o estudo na Teoria Geral dos Sistemas, da cibernética, da comunicação, da mudança e da biologia da

cognição. Para as autoras, “um sistema familiar é parte de um supra-sistema mais amplo e, por sua vez, é composto de muitos sistemas” (WRIGHT & LEAHEY, 2002 p. 38).

Essas autoras julgam fundamental compreender o significado de sistema, por sua “grande utilidade quando aplicado a família” (WRIGHT & LEAHEY, 2002, p. 38). Nesse sentido, referem-se à família definindo-a como um “complexo de elementos em mútua interação”, o que possibilita enxergar cada família como uma unidade de interação entre seus membros e não a estudá-los individualmente. Entretanto, “é preciso ter em mente que cada membro individual da família, por sua vez, é um subsistema e um sistema. Um sistema individual é tanto uma parte como um todo, tal como a família” (p.38).

Essa compreensão vai ao encontro do que Galera e Villar Luis (2002) trazem à discussão da comunidade científica sobre a abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem. As autoras buscam alguns conceitos que consideram primordiais para intervenção com a família: sistema, ser humano, família, saúde familiar, intervenção de enfermagem, hipóteses, circularidade, hipóteses sistêmicas e neutralidade.

Galera e Villar Luis fazem uma crítica que considero de extrema relevância para o pesquisador que trabalha com família:

[...] em muitas delas o pesquisador entrevista somente um familiar de cada família. Interpreta as respostas desse familiar como sendo a representação fiel da opinião da família. Se a realidade de cada pessoa é uma reformulação de sua experiência, é justo pensar que a opinião de um elemento da família e a interpretação que o pesquisador faz desta opinião não são, necessariamente, a representação de todo o grupo (GALERA & VILLAR LUIS, 2002, p. 143).

Sobre este entendimento Humberto Maturana (1995) ressalta que toda entidade viva somente pode perceber, responder, pensar, acreditar e agir de acordo com os limites de sua estrutura única e como um ser em acoplagem estrutural. Em outras palavras, só temos o mundo que criamos com o outro (MATURANA & VARELA, 2005). Esse conceito salienta que a realidade descrita por uma pessoa não existe independente dela, pois é uma reformulação de sua experiência. E, conseqüentemente, a realidade descrita por um indivíduo não é uma “realidade objetiva”, para uma

realidade entre parênteses, pois é uma reformulação de uma experiência vivida.

Considero ainda importante acrescentar esta argumentação de Maturana (1995) ao conceito de Minuchin, Colapinto & Minuchin (2000, p.27): “uma família é uma classe especial de sistema, com estrutura, pautas e propriedades que organizam a estabilidade na mudança. Também é uma pequena sociedade humana cujos membros em contato cara a cara têm vínculos emocionais e uma história compartilhada”. Desse modo, a explicação que me permite transitar sobre esse tema está na compreensão de perceber o indivíduo como unidade do sistema familiar, uma parte separada, mas também uma parte do conjunto. Assim, no reconhecimento das partes está implicada a pressuposição do todo, ou seja, a família enquanto unidade.

Considerando os aspectos enunciados pelos autores acima, mas especialmente sobre compreender a família em suas partes e no todo, e não isoladamente, percebo que ramos do conhecimento como a psicologia está há mais tempo nessa caminhada pela compreensão do indivíduo e da família, particularmente com os terapeutas da família. Estudos como o de Foley (1990, p. 46) demonstram essa compreensão e preocupação em perceber a família como um todo. O autor relata que a “terapia familiar, como abordagem aos problemas de um membro individual da família, enfoca o relacionamento da pessoa e seu sistema familiar, que é visto como decisivo para a compreensão da patologia”. E reforça que “não se pode ler os principais teóricos da terapia familiar sem um bom conhecimento da teoria dos sistemas e de como ela se aplica ao sistema que chamamos de “família” (FOLEY, 1990, p. 46).

No pensamento sistêmico, não há absolutos ou certezas, para os terapeutas da família a realidade e a verdade são circulares, afirma Papp (1992).

Ao desenvolverem estudos sobre família, sistema e ciclo vital, Cerveny e Berthoud (2002) compreendem que a família é uma unidade dinâmica em constante processo de mudança, daí ser necessário compreender o indivíduo e a família simultaneamente. As autoras discorrem sobre a autonomia e a individualidade dizendo que “não podem ser reconhecidas separadas do sistema plurigeracional, em que o indivíduo é ao mesmo tempo parte de um todo de um sistema maior, que por sua vez pertence a sistemas maiores, num processo contínuo de comunicação e integração” (CERVENY & BERTHOUD, 2002, p.17).

Em outro estudo anterior ao mencionado, as mesmas autoras buscaram identificar o perfil da família paulista com base no conhecimento do ciclo vital da família sobre a temática do ninho vazio. Como resultado obtiveram que a referida população não vivenciava a síndrome do ninho vazio, e que eram muito produtivas e colaboradoras com os filhos num sistema de troca constante, concluindo que durante muito tempo pesquisas sobre ciclo vital e família baseadas nas obras de Carter e McGodrick e na família norte-americana não consideravam a realidade dos valores específicos do contexto de tais famílias, demonstrando que os especialistas em família ainda se baseavam muito naquela literatura. Compreenderam que é importante considerar a família como um sistema ativo em constante transformação, uma unidade que assegura a diferenciação de seus membros (CERVENY & BERTHOUD, 1997).

Em pesquisa realizada por Creutzberg & Santos (2000), os participantes do estudo percebem a família como o centro da vida e, segundo as autoras, sempre vinculada à função de proteção e cuidado. Segundo elas, é necessário rever os nossos valores conceituais quanto a sua estrutura e organização passados historicamente através dos modelos instituídos nas diversas áreas do conhecimento; enfatizam que devemos enxergar as famílias como elas são.

Perceber as famílias como elas são e não como desejamos que elas sejam tem sido o desafio enfrentado para discorrer sobre esse tema. No entanto, muitos autores vêm até o momento colaborando com este estudo, que é corroborado por Mello (1995, p. 57), ao considerar que devemos enxergar a família longe “da rigidez das fórmulas e sem olhos preconceituosos”, ou seja, “como elas são, e não como deveriam ser, segundo modelos que são abstratos, pois são históricos e presos às diferentes perspectivas das classes sociais”.

Finalmente, considero importante acrescentar a maneira de Osório colocar-se perante a evolução e a compreensão da família, dizendo que devemos considerar que “o universo familiar é uma realidade vivencial compartilhada por todos em relações de reciprocidade e mutualidade” e que a “instituição familiar tende a evoluir para níveis mais satisfatórios de interação entre seus membros e uma maior aproximação de sua destinação à medida que gradativamente abrimos mão do primado da posse e do domínio de uns sobre os outros no contexto familiar” (OSÓRIO, 2002, p. 22).

CAPÍTULO 3

REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO PARA A ABORDAGEM SISTÊMICA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA COM MEMBRO IDOSO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

A evolução é o artesanato do futuro: em cada etapa do seu caminho escreve o cenário do seu próprio avanço
(Laszlo, 1987, p. 23)

3.1 Pressupostos epistemológicos do pensamento sistêmico na abordagem de família

3.1.1 O pensamento sistêmico

Este estudo tem como suporte teórico-filosófico o Pensamento Sistêmico derivado das idéias de Ludwig von Bertalanffy (1968), Maria José Esteves de Vasconcellos (2002) e Fritjof Capra (1996).

Marco da ciência moderna na óptica de grandes expoentes do nosso e de outros tempos, a Teoria Geral dos Sistemas buscou identificar os princípios gerais do funcionamento de todos os sistemas humanos e naturais. Essa teoria seria uma disciplina formal, aplicável às ciências empíricas, transcendendo fronteiras disciplinares.

O Pensamento Sistêmico tem sido associado a três dimensões: a epistemologia, a teoria e a prática. E, nesse sentido, tais dimensões reconhecidas nas atividades científicas possibilitam a compreensão da visão novo-paradigmática. O termo paradigma tem sido amplamente utilizado para referir-se à forma como percebemos e atuamos no mundo, ou seja, às nossas regras de perceber/ver o mundo. Assim,

buscarei transitar pela visão sistêmica com base nesses autores na ordem em que seguem, tentando compreender a sua visão de mundo e também a complementaridade que guardam entre si, de forma a bem utilizar suas idéias para compreender a família como um sistema.

3.1.2 Bertalanffy e a Teoria Geral dos Sistemas

Biólogo austríaco, principal expoente de um novo pensar a ciência, Ludwig von Bertalanffy publicou em 1968 o livro Teoria Geral dos Sistemas, o qual teve grande repercussão. Sua teoria foi apresentada pela primeira vez depois da Segunda Guerra Mundial e surgiu pretendendo transcender as fronteiras disciplinares, ou seja, a visão compartimentada das coisas.

Bertalanffy (1967) considera duas tendências básicas na “ciência sistêmica”: uma “mecanicista” e outra “organicista”, que distingue como duas vertentes teóricas através das quais se pode pensar a ciência. É a tendência organicista que está associada à sua teoria (Bertalanffy, 1967). A Teoria Geral dos Sistemas seria organicista por sua associação com organismos ou sistemas naturais, biológicos e sociais. Propôs uma teoria de princípios universais aplicáveis aos sistemas em geral, de natureza física, biológica ou sociológica, desenvolvendo princípios básicos da interdisciplinaridade (Bertalanffy, 1968).

Por outro lado, a tendência mecanicista está associada à Teoria Cibernética do matemático americano Norbert Wiener. A Cibernética surgiu como proposta de construção de sistemas que reproduzissem os mecanismos de funcionamento dos seres vivos, ou seja, simuladores de vida ou máquinas cibernéticas (VASCONCELLOS, 2002).

A Teoria Geral dos Sistemas e a Cibernética são duas teorias sistêmicas que se desenvolveram paralelamente no decorrer do século XX. São teorias que se entrelaçam no seu desenvolvimento e em seus desdobramentos, tanto em lidar com sistemas naturais – técnicas de gerenciamento, educacionais, terapia familiar e outros - como em sistemas artificiais. Outra teoria também considerada sistêmica é a da Termodinâmica, a primeira teoria física a focar as relações, pois ao invés de focalizar

os elementos individuais, as moléculas, passou a trabalhar com variáveis associadas à população de moléculas, ao conjunto dos elementos (VASCONCELLOS, 2002).

Apesar de apresentar-se como teoria sistêmica, a termodinâmica não pretendeu ultrapassar as fronteiras disciplinares, e seu aspecto sistêmico aplicava-se apenas aos fenômenos de natureza física.

Dada a necessidade de trazer as principais noções teóricas da literatura sobre sistemas, mesmo de forma sucinta, apontando as principais semelhanças e diferenças entre elas, penso ser necessário retornar neste momento à Teoria Geral dos Sistemas, contexto deste estudo e também para evitar uma fragmentação dessas teorias.

Desde o início a Teoria Geral dos Sistemas mostrou sua vocação para a abordagem transdisciplinar, ou pelo menos interdisciplinar. Esta, no entanto, é questão ainda discutida por alguns teóricos, como Vasconcellos (2002, p. 189), para quem “transdisciplinaridade requer ultrapassagem de pressupostos da objetividade e do realismo do universo [...], e nenhuma das duas atingiu o seu intento” (referindo-se à Teoria Geral dos Sistemas e à Cibernética). Cabe ressaltar que Bertalanffy mantém-se preso a pressupostos da ciência tradicional, como o da objetividade. E neste caso, a autora opõe esses aspectos às características do que denominou visão novo-paradigmática da ciência. Falarei mais adiante sobre isto.

Bertalanffy (1968) dedicou-se a identificar os “princípios básicos interdisciplinares” (p. 75) que pudessem constituir em “teoria interdisciplinar” (p. 75) que referiu como uma nova disciplina científica. Seria, em sua compreensão, uma “estrutura teórica psicofisicamente neutra” (p. 293), constituída de conceitos aplicáveis tanto a fenômenos materiais como não-materiais. Essa teoria de princípios universais focaliza o isomorfismo, ou seja, propriedades gerais que aparecem em diferentes disciplinas científicas, e teria “aspectos de uma metaciência, ou de uma filosofia natural”, uma nova visão do mundo (BERTALANFFY, 1968, p.112). Então, tratar-se-ia de uma ciência voltada para um mundo dinâmico e sobre o conceito de interação.

No entanto, mesmo considerando sua teoria um avanço em relação à ciência clássica por tangenciar a interdisciplinaridade, o autor destaca seu desejo no desenvolvimento de tal ciência aliada à ciência tradicional, ou seja, mantendo a idéia de objetividade, pois para ele, a teoria poderia tanto definir conceitos quanto submetê-

los à análise quantitativa, se necessário, além de o conceito de sistema requerer uma mudança epistemológica.

Bertalanffy buscou encontrar princípios que fossem válidos para os sistemas em geral por entender que os sistemas são complexos de elementos em interação (BERTALANFFY, 1968). Como tais, não se limitam a um assunto isolado, mas são aplicáveis por muitas e diversas maneiras. O autor estava interessado na integralidade e na organização, antes que na redução da abordagem. E, como teoria, uma ciência da totalidade, de integralidade, de complexidade organizada e da circularidade. A noção de sistema vem substituir a noção de *Gestalten* – noção restrita em física, referindo-se amplamente a qualquer unidade em que o todo é maior que a soma das partes.

Embora à primeira vista a definição de sistema possa parecer geral e simples, Bertalanffy (1968), preocupado com o rigor de usar a teoria, dizia que “os sistemas podem ser definidos por famílias em equações diferenciais [...] e podem ser encontradas muitas propriedades importantes dos sistemas em casos gerais e mais especiais” (BERTALANFFY, 1968, p. 62).

3.1.3 Modelos de Sistemas

Bertalanffy (1968) desenvolveu dois modelos de sistemas: sistema aberto e sistema fechado, mas alerta que sua teoria se aplica aos sistemas abertos, pois se mantêm a si mesmos em contínua troca de matéria com o ambiente, enquanto o fechado não faz intercâmbio com o meio.

3.1.3.1 Sistema aberto

Ao apresentar seu direcionamento para o sistema aberto Bertalanffy está principalmente envolvido por sua “teoria do organismo considerado como sistema aberto”, na qual se empenha em mostrar as diferenças entre seres vivos e máquinas. Nos sistemas abertos há interação dinâmica entre seus componentes, por múltiplos processos interacionais variáveis, e não por uma estrutura mecânica do sistema com seus mecanismos de retroação: “a interação dinâmica entre muitas variáveis [...] precede a realimentação estrutural” (BERTALANFFY, 1967, p.107).

De acordo com o próprio Bertalanffy, por definição um sistema troca ou não troca com o ambiente. Mesmo que as trocas entre os sistemas sejam mínimas, se existirem, serão suficientes para caracterizar o sistema como aberto. Nesses sistemas, as relações possíveis vão se estabelecendo à medida que vai acontecendo a interação com o ambiente. Bertalanffy (1968) salienta que as entradas no sistema só fornecem energia para a transformação e que não se pode dizer que essa transformação é devida às suas leis internas de organização, sendo apenas viabilizada, sob o ponto de vista energético, pelo *input*⁵. Para Vasconcellos (2002, p. 210), “pode-se perceber aqui um ponto de contato entre a afirmação de Bertalanffy e a noção de determinismo estrutural de Maturana e Varela [...], estão rejeitando o determinismo ambiental, embora Bertalanffy esteja usando o rótulo de organização”. Considero ainda importante ampliar essa compreensão de sistema aberto trazendo a interpretação de Capra (1996, p. 54-55): “os sistemas abertos se mantêm afastados do equilíbrio, nesse ‘estado estacionário’ caracterizado por fluxo e mudança contínuas [...] Bertalanffy adotou o termo alemão *Fliessgleichgewicht* (“equilíbrio fluente”) para descrever esse estado de equilíbrio dinâmico”.

Ainda segundo Capra (1996), ao identificar as características do estado estacionário como sendo do processo do metabolismo, Bertalanffy destaca a auto-regulação como outra propriedade-chave dos sistemas abertos, ressaltando que tal idéia foi aprimorada por Ilya Prigogine trinta anos depois, por meio da auto-regulação de estruturas dissipativas. Pode-se compreender claramente um sistema aberto a partir de uma célula, a qual tem fronteiras flexíveis, permeáveis, que troca energia, matéria e informação com o meio, com a vizinhança para formar tecidos, os órgãos, os seres vivos.

Ao apresentar sua concepção de sistemas abertos na Teoria Geral de Sistemas e esta como uma “ciência da totalidade”, baseada na sua observação de princípios sistêmicos, Bertalanffy possibilitaria sua aplicação em muitos e variados campos de estudo. Tal concepção, então, foi acolhida por várias áreas do conhecimento científico,

⁵ Input significa entrada de energia e matéria no sistema aberto, como, por exemplo, um organismo vivo. Segundo Vasconcellos (2002, p. 208), “os sistemas orgânicos e os sociais seriam também sensíveis às diferenças ou à *variedade* que a matéria/energia carrega: seja uma variedade codificada – que é chamada *informação* – ou uma variedade não codificada – que é chamada de ruído”.

por exemplo, e em destaque, pelos terapeutas da família, por permitir compreender a família como um sistema aberto de relações dinâmicas. Vincent D. Foley (1990), um expoente da terapia familiar, ressalta que a abordagem sistêmica de sistemas abertos possibilitou à terapia familiar compreender os problemas de um membro individual da família a partir do relacionamento da pessoa com o seu sistema familiar, o qual é visto como decisivo para se compreender a patologia. Para Foley (1990, p. 46), “não se pode ler os princípios teóricos da terapia familiar sem um bom conhecimento da Teoria Geral dos Sistemas que chamamos de família”. Foley (1990) destaca ainda, como teóricos de sistema, os terapeutas Virgínia Santir, Don Jackson, Jay Haley e Murray Bowen, não incluindo porém Nathan Ackerman, porque este “sustentaria que a terapia familiar ainda não alcançou um nível suficiente de desenvolvimento que autorize a chamar de abordagem de sistema à patologia. Contudo, ele admitiria que a Teoria Geral dos Sistemas constituiu o principal conceito teórico do campo” (FOLEY, 1990, p. 46).

3.1.3.2 Sistema fechado

Bertalanffy (1968) esclareceu que o sistema fechado não se enquadra na sua Teoria Geral dos Sistemas, porque não troca com o meio, é como máquina, pois os processos seguem um caminho fixo e o estado final do sistema é inequivocamente determinado pelas condições iniciais.

Vasconcellos (2002) cita as características traçadas por Bertalanffy para o sistema fechado, ressaltando que ele sintetiza as dificuldades e limitações do modelo do organismo como máquina, apontando três problemas:

Primeiro, o problema da origem, pois máquinas não nascem por si mesmas na natureza; segundo, o problema da regulação, que a máquina se restringe estritamente às regulações programadas; terceiro, o problema da contínua troca de componentes do organismo vivo, garantindo sua autoconservação, o que não acontece com a máquina (VASCONCELLOS, 200, p. 228-9).

Por não interagir com o meio, por não efetuar trocas, o sistema fechado não pode ser aplicado aos sistemas vivos. Para Bertalanffy (1968), o sistema fechado não é

capaz de responder adaptativamente às variações de seu ambiente, porque as relações de retroalimentação possíveis são predominantemente de estrutura. Assim, mesmo antes de um sistema entrar em interação com o ambiente, o tipo de interação já está determinada. Por exemplo: o funcionamento de um termostato, cuja sensibilidade ao ambiente só aparece em caso de variação de temperatura.

Ao referir-se ao sistema fechado de Bertalanffy, Capra (1996) diz que, diferentemente do sistema aberto, este se estabelece num estado de equilíbrio térmico e que, ao postular tal diferenciação, Bertalanffy “reconheceu claramente que a termodinâmica clássica, que lida com os sistemas fechados no equilíbrio ou próximos dele, não é apropriada para descrever sistemas abertos em estados estacionários afastados do equilíbrio” (CAPRA, 1996, p. 54). Bertalanffy (1968), ao considerar fechado aquele sistema que não troca ou não interage, postula que este sistema não possibilita a compreensão da complexidade. E mais: os princípios dos sistemas abertos não se aplicam aos sistemas fechados.

3.1.4 Princípios básicos definidores da Teoria Geral dos Sistemas

Os conceitos teóricos ganham definição importante no campo de uma teoria. Portanto, torna-se necessário conhecer seus princípios para compreender seu desenvolvimento e possíveis articulações teórico-filosóficas.

Globalidade. Um sistema comporta-se como um todo coeso: a mudança de uma parte altera as outras partes e o sistema como um todo. Também conhecido como relacionamento, uma propriedade que decorre da inteireza, as estruturas básicas dos elementos dos sistemas se relacionam no sistema, sendo então elementos isomorfos, ou transformações um do outro, pressupondo algum tipo de reciprocidade.

Isomorfismo, por princípio, segundo Bertalanffy (1967), são propriedades gerais que aparecem em diferentes disciplinas científicas, e teria “aspectos de uma metafísica, ou de uma filosofia natural”, algo que influi em nossa visão de mundo (BERTALANFFY, 1967, p. 112). Para ele, isomorfismo é mais que uma analogia.

Não-Somatividade ou Inteireza. Um sistema não pode ser considerado como a soma de suas partes, pois pressupõe a presença da interação, ou seja, o sistema não é

constituído por partes independentes, mas por partes interdependentes e que mantêm o funcionamento do sistema através de um processo de *feedback*. O *feedback* não deriva de um modelo de causa-efeito, isto é, *a* afeta *b*, que afeta *c*, e assim por diante, mas de um modelo cibernético ou circular, com *c* levando de volta a *a*.

O *feedback* pode ser negativo ou positivo. O primeiro é aquele que corrige um sistema que se acha com problema e estabelece o seu estado anterior. O segundo, positivo, é aquele que pode desviar o sistema de uma meta pré-estabelecida e utiliza novas maneiras ou táticas de agir.

O axioma geométrico de que o todo é maior que as partes enuncia uma não-somatividade. Por se tratar de sistema aberto e em movimento, a família não é constituída pelas características individuais desses membros, mas sim pela forma segundo a qual se inter-relacionam.

Retroalimentação. Garante o funcionamento circular pelo mecanismo da circulação da informação entre os componentes do sistema por princípio de *feedback* negativo que funciona para manter a homeostase, e o positivo, que responde pela mudança do sistema.

A palavra *feedback* foi originalmente aplicada na Cibernética pelo matemático Norbert Wiener na década de 40. Teve significativa importância no desenvolvimento de máquinas computadorizadas, por entenderem que por trás das máquinas havia um ser humano. E, portanto, não poderiam furtar-se à compreensão de performance de certas funções humanas. Por exemplo: “no caso da condução de uma embarcação, o timoneiro utiliza-se continuamente da realimentação, corrigindo os desvios de rota para manter o barco na direção da meta, sendo que a trajetória real oscila em torno da direção” (VASCONCELLOS, 2002, p. 214).

Segundo Capra (1996), a palavra cibernética deriva do grego *Kybernetes* (“timoneiro”), e Wiener definiu-a como “a ciência do controle e da comunicação no animal e na máquina” (p. 56).

O *feedback* pode ser vantajoso em certas condições e em outras pode ser prejudicial para o sistema, impedindo uma atividade organizada. A consideração desse fenômeno no campo de estudos da família conduz à compreensão de processos de interação. Segundo Vasconcellos, “nas interações intersistêmicas ou nas relações do

sistema com o seu ambiente, um aspecto fundamental são as chamadas relações de retroalimentação” (2002, p. 211).

Homeostase. Processo de auto-regulação que mantém a estabilidade do sistema.

A homeostase não funciona para restaurar um equilíbrio ou nível de funcionamento prévio, constitui o princípio que pode conduzir à estagnação que não permite a mudança e o crescimento dentro de determinado sistema. A homeostase é provocada por *feedback* negativo. Ao focar nosso olhar sobre a família, é possível relacionar que a homeostase de um membro depende da homeostase da família, e essa relação se move em direção linear no sistema familiar.

Morfogênese. Capacidade do sistema para absorver *inputs* do meio e mudar sua organização. Característicos dos sistemas abertos que trocam energia e matéria com o ambiente, “os sistemas abertos seriam abertos tanto a um quanto a outro tipo de *input*, como nos casos de uma chama ou de um organismo vivo” (VASCONCELLOS, 2002, p. 208). Também os sistemas orgânicos e sociais são sensíveis às variações entre matéria e energia que carregam, seja por “uma variedade codificada – que é chamada informação – ou uma variedade não-codificada – que é chamada de ruído” (p. 208).

Os sistemas abertos estão abertos a novas informações, incorporando-as e tornando-se capazes de aprender. Assim, “nesses sistemas, as relações possíveis vão se estabelecendo à medida que vai acontecendo a interação com o ambiente” (VASCONCELLOS, 2002, p. 208).

A capacidade de absorver *inputs* permite ao sistema aberto estar em constante processo de interação e relação com o ambiente, trocando energia. Por exemplo: um indivíduo, uma família e uma sociedade em processo de interação intersistêmica de relações – informações com o ambiente em interação. Assim, “a transformação do sistema é devida às suas leis internas de organização, sendo apenas viabilizada, do ponto de vista energético, pelo *input*” (VASCONCELLOS, 2002, p. 210).

Eqüifinalidade. Independentemente do seu ponto de partida, um sistema aberto apresenta uma organização que garante os resultados de seu funcionamento; ou, como ensina Bertalanffy (1968), o mesmo estado final pode ser alcançado independente das condições iniciais e por diferentes maneiras. Por outro lado, um sistema fechado não

tem essa propriedade, uma vez que seu estado final é determinado pelas condições iniciais.

A propriedade da equifinalidade não advém de uma compreensão ou pensamento novo no pensamento humano, pois os escolásticos medievais já diziam: o que quer que se receba é recebido de acordo com a maneira como se recebe.

O conceito aparentemente abstrato de equifinalidade tem, pois, grande conseqüência prática para o cuidado de famílias.

Circularidade. A relação entre qualquer dos elementos do sistema é bilateral, o que pressupõe uma interação que se manifesta como seqüência circular.

Embora a compreensão de circularidade seja prevista na Teoria Geral dos Sistemas, foi na cibernética de primeira e segunda ordem que o seu conceito foi aprofundado.

Olhar a família sob o prisma da circularidade no pensamento sistêmico é percebê-la como unidade interacional cujos membros se influenciam mutuamente.

Falar de interações intersistêmicas, segundo Vasconcellos (2002, p. 206), “conduz naturalmente à noção das *fronteiras*, através das quais se dão as relações entre os sistemas ou as relações entre o sistema e seu *ambiente*, então considerado com o contexto do sistema”.

Vasconcellos acrescenta ainda que, para ser estudada como unidade, qualquer entidade deveria estar delimitada e “por isso alguns definem fronteiras como os limites do sistema” (p. 207).

A noção de fronteira não é algo concreto, mas uma linha imaginária que separa o sistema do ambiente. “Concebidas como um aspecto da relação do sistema com seu ambiente, as fronteiras são dinâmicas e não permitem traçar com exatidão os limites do sistema”, sendo o “lugar de relações” ou o “lugar de trocas” entre sistema e ambiente (VASCONCELLOS, 2002, p. 207).

Organização Hierárquica. A realidade como um todo se caracteriza por uma estrutura hierárquica, constituída pela superposição de níveis de sistemas que se combinam para formar ordens mais altas na hierarquia. Bertalanffy (1968) trata a “organização como um sistema de variáveis mutuamente dependentes” (p.25) e caracteriza uma organização ou um todo organizado pela existência de interações

fortes e não-triviais entre as partes que a compõem.

Considerando que os membros individuais de um sistema são sistemas do nível inferior seguinte, eles são ao mesmo tempo todo e parte, ou seja, um sistema é subsistema ou supra-sistema em relação ao nível hierárquico imediatamente superior ou inferior.

Sobre este último princípio, no entanto, Bertalanffy dizia não dispor de uma teoria da organização apesar de propor a concepção de “mundo como organização” (BERTALANFFY, 1968, p. 249).

Na Teoria Geral dos Sistemas, ao estruturar esses princípios Bertalanffy considerou a ciência como unidade, não fragmentada em disciplinas ou especialidades, ou uma “unificação dos conhecimentos, que nos permite perceber um grande plano ou estrutura no que, de outro modo, se nos apresenta como especialidades distintas e divergentes” (BERTALANFFY, 1967, p. 170). Propunha assim, estudar as correspondências ou isomorfismos entre os sistemas de todo tipo.

3.2 A abordagem do novo paradigma da ciência segundo Vasconcellos e o pensamento sistêmico

3.2.1 Delineando o paradigma tradicional da ciência e o novo paradigma da ciência

Ao referir-se à mudança de paradigma Vasconcellos (2002) lembra que se trata de termo amplamente presente em nossos dias para as diversas áreas do conhecimento. No entanto, para ela “nem sempre as pessoas conseguem entender o que significam essas novidades, por não terem oportunidade de refletir sobre como as coisas eram antes dessas mudanças que estão acontecendo” (VASCONCELLOS, 2002, p. 67). E, nesse sentido, refere-se à passagem da ciência tradicional (séc. XVII a XIX), da objetividade, simplicidade e estabilidade, para a ciência pós-moderna (séc. XX), da complexidade, instabilidade e intersubjetividade. E faz uma distinção entre ambas as vertentes epistemológicas, esclarecendo a diferença existente e explicando por que chama o paradigma atual de novo paradigma:

O pressuposto da *simplicidade*: a crença em que, separando-se o mundo complexo em partes, encontram-se os elementos simples, em que é preciso separar as partes para entender o todo, ou seja, o pressuposto de que “o microscópio é simples. Daí decorrem, entre outras coisas, a atitude de análise e a busca de relações”.

O pressuposto da *estabilidade* do mundo: a crença em que o mundo é estável, ou seja, em que “o mundo já é”. Ligados a esse pressuposto estão a crença na determinação – com a consequente previsibilidade nos fenômenos – e a crença na reversibilidade – com a consequente controlabilidade dos fenômenos.

O pressuposto da *objetividade*: a crença de que “é possível conhecer objetivamente o mundo tal como ele é na realidade” e a exigência da objetividade como critério de cientificidade. Daí decorrem os esforços para colocar entre parênteses a subjetividade do cientista, para atingir o *universo*, ou versão única do conhecimento (VASCONCELLOS, 2002, p. 69).

E sair

Do pressuposto da simplicidade para o pressuposto da *complexidade*: o reconhecimento de que a simplicidade obscurece as inter-relações de fatos existentes entre todos os fenômenos do universo e de que é imprescindível ver e lidar com a complexidade do mundo em todos os seus níveis. Daí decorrem, entre outras, uma atitude e o reconhecimento de contextualização dos fenômenos e o reconhecimento de causalidade recursiva.

Do pressuposto da estabilidade para o pressuposto da *instabilidade* do mundo: o reconhecimento de que “o mundo está em processo de tornar-se”. Daí decorre necessariamente a consideração da indeterminação, com a consequente imprevisibilidade de alguns fenômenos, e da sua irreversibilidade, com a consequente incontrolabilidade desses fenômenos.

Do pressuposto da objetividade para o pressuposto da *intersubjetividade* na constituição do conhecimento do mundo: o reconhecimento de que “não existe uma realidade independente de um observador” e de que o conhecimento científico do mundo é construção social, em espaços consensuais, por diferentes sujeitos/observadores. Com consequência, o cientista coloca a “objetividade entre parênteses” e trabalha admitindo autenticamente o *multi-versa*: múltiplas versões da realidade, em diferentes domínios lingüísticos de explicações (VASCONCELLOS, 2002, p. 101-2).

Vasconcellos (2002) considera o pensamento sistêmico como o paradigma da ciência contemporânea ou como a epistemologia da ciência novo-paradigmática. Ressalta, no entanto, que “conscientizarmo-nos de nosso paradigma – e questioná-lo – requer esforço e não é processo fácil” (p. 35), pois mudança de paradigma implica necessariamente rever nossos valores e idéias, ou seja, a maneira como vemos o

mundo. Acrescenta que “as mudanças de paradigma só podem ocorrer por meio de vivências, de experiências, de evidências que nos coloquem frente a frente com os limites de nosso paradigma atual” (VASCONCELLOS, 2002, p. 35).

A compartimentalização do todo em partes como se as partes não influenciassem o todo, como afirma Bertalanffy (1968), numa visão mecanicista, linear e biologicista da concepção da ciência, decorre do “célebre método de Descartes do pensamento analítico, que tem sido uma característica essencial do moderno pensamento científico” (CAPRA, 1996, p. 41). A abordagem analítica ou reducionista na qual as partes não podem ser analisadas separadamente a não ser se reduzidas a partes menores, tão aceita no paradigma da ciência tradicional, a exemplo da área “biomédica”, na qual a doença era entendida como algum tipo de avaria na “máquina” de uma pessoa, um mau funcionamento das partes, ou seja, a “máquina avariou”. Para Capra (1996), o “grande impacto que adveio com a ciência do século XX foi a percepção de que as partes não podem ser entendidas pela análise” (p. 41).

Os paradigmas são importantes, como importante é o ângulo de referência através do qual se olha para dimensões diferentes. Como afirma Vasconcellos (2002, p. 43), o “pensamento sistêmico é o novo paradigma ou a nova epistemologia da ciência, é o sentido de paradigma como crenças e valores dos cientistas [...] de quadro de referência epistemológico, no sentido da visão ou concepção de mundo implícita na atividade científica”. Quando essa abordagem é aplicada à ciência como um todo, é preciso saber que

a complexidade das relações causais recursivas nas redes de redes que constituem a natureza em todos os seus níveis introduz necessariamente a incerteza, a imprevisibilidade. E a consciência da destruição da certeza remete necessariamente ao pensamento relacional: se não é verdadeiro em si, é verdadeiro em relação a quê? A quem?

Pensar a instabilidade, irreversibilidade, a evolução, associados aos processos de auto-organização, exige de nós uma ampliação de foco, um foco mais abrangente que permita incluir o tempo irreversível. Ou seja, requer um pensamento complexo, integrador, que afaste a disjunção, a simplicidade (VASCONCELLOS, 2002, p. 152).

Vasconcellos (2002) chama a atenção para a distinção que alguns autores fazem

entre paradigma e epistemologia, este último como o modo e a forma de conhecer. Destaca, entretanto, que é “neutro de seus sentidos – o de premissas ou pressupostos – que o tenho considerado como equivalente a paradigma” (p. 45).

Na compreensão de paradigma e/ou epistemologia é imprescindível o exercício que devemos fazer para ampliar as lentes com as quais buscamos o foco de forma a enxergarmos sistemas amplos. Sobre esta ampliação, Vasconcellos (2002) fala do objeto em contexto, ou seja, olhar através das lentes da contextualidade. Para ela, contextualizar é

reintegrar o objeto no contexto, ou seja, é vê-lo existindo no sistema. E ampliando mais o foco, colocando o *foco nas interligações*, veremos este sistema interagindo com outros sistemas, veremos uma *rede de padrões interconectados*, veremos *conexões ecossistêmicas*, veremos *redes de redes* ou *sistemas de sistema* (p. 112).

Ampliar o foco envolve uma visão circular sobre o todo num dado quadro de referência, no qual, ao ampliar o foco, o observador verá a complexidade, o que lhe permitirá descrever a instabilidade e acatar a intersubjetividade (VASCONCELLOS, 2002), pois o olhar sistêmico, ao contextualizar o fenômeno, amplia “o foco, o observador pode perceber em que circunstâncias o fenômeno observado acontece, verá relações intra-sistêmicas e intersistêmicas, verá não mais um fenômeno, mas uma teia de fenômenos recursivamente interligados e, portanto, terá diante de si a complexidade do sistema” (VASCONCELLOS, 2002, p. 151). Desse modo, poderá incluir-se a si mesmo na observação, buscando ultrapassar a concepção de causalidade linear do paradigma da ciência tradicional para uma causalidade circular para o fenômeno observado.

Reconhecer o dinamismo das relações existentes num sistema pressupõe reconhecer que o sistema está em curso, em processo constante de mudança e evolução, autogerenciando-se e auto-organizando-se. Assim, o olhar de um observador sistêmico o levará a perceber que, no sistema, deverá reconhecer e assumir a instabilidade, a imprevisibilidade e a incontrolabilidade (VASCONCELLOS, 2002). Ainda segundo a autora,

ao reconhecer sua própria participação na constituição da “realidade” com que está trabalhando, e ao validar as possíveis realidades instaladas por distinções diferentes, o observador se inclui verdadeiramente no sistema que distinguiu, com o qual passa a se perceber em acoplamento estrutural, e estará atuando nesse espaço de *intersubjetividade* que constitui com o sistema com que trabalha [...] (VASCONCELLOS, 2002, p.151).

Essa compreensão do novo paradigma da ciência por Vasconcellos (2002) possibilita ultrapassar a ciência tradicional sem relegar os seus conhecimentos, mas pelo contrário, usá-los para fazer uma nova leitura de forma a incluir os aspectos da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade para transcender o pensamento sistêmico, no sentido da objetividade entre parênteses.

Por outro lado, Vasconcellos (2002) ainda percebe objetividade entre parênteses em Capra (1996), embora ele cite nos seus escritos os trabalhos de Maturana e Varela – a teoria da cognição de Santiago. Segundo Capra (1996),

o que torna possível converter a abordagem sistêmica numa ciência é a descoberta de que há conhecimento aproximado. Essa improvisação é de importância decisiva para a ciência moderna. O velho paradigma baseia-se na crença cartesiana na certeza do conhecimento científico. O paradigma novo é reconhecido que todas as concepções e todas as teorias científicas são limitadas e aproximadas. A ciência nunca pode fornecer uma compreensão completa e definitiva (p. 49).

Assim, a percepção da intersubjetividade é ainda uma necessidade a ser inaugurada por muitos de nós, a olhar para o próprio Capra (1996), que desenvolveu um livro belíssimo de dez anos de estudos e discussões e concebe como novo paradigma o pensamento sistêmico, mas considera-o pela vertente do pensamento contextual e processual. Aqui, no entanto, não inclui o pensamento relacional. E, nesse sentido, deixa a objetividade entre parênteses. Ao considerar aqui o relacional percebemos que o pensamento sistêmico em si só, busca a complementaridade dos saberes e do vir a saber e assim quando Vasconcellos (2002) enfatiza que Capra não considerou a objetividade entre parênteses, ela busca, no entanto, acrescentar a necessidade de ampliar as discussões para a inclusão de se perceber que a realidade

não existe independente de um observador.

Bertalanffy (1968), Capra (1996) e Vasconcellos (2002) vêm montando um “quebra-cabeça” para o pensamento sistêmico, ou seja, unindo as várias idéias para a concretude de um paradigma que conceba o todo e as partes de forma *multiversa*, ou, em outras palavras, arrisco dizer que é buscar ver quotidianamente o mundo com um olhar novo-paradigmático. E esse novo olhar remete à consciência de que o conhecimento não nos pertence. Convém reforçar que meu olhar se lança nos autores acima citados, aos quais humildemente tenho buscado compreender para a fundamentação teórica do processo de pensar/agir humano neste estudo.

3.2.2 Considerações sobre a Teoria Geral dos Sistemas

Vasconcellos (2002, p. 188) enfatiza que a Teoria Geral dos Sistemas e a Cibernética desde o início explicaram sua “vocação transdisciplinar” e seus desdobramentos atuais [...], ou pelo menos interdisciplinar”. Porém, não considera que sejam teorias transdisciplinares, pois para tanto deveriam ultrapassar os pressupostos da objetividade e do realismo do universo, o que, segundo ela, não foi atingido.

Sobre a Teoria Geral dos Sistemas, especificamente, Vasconcellos (2002) expõe que “[...] mantendo o pressuposto da existência de uma realidade independente do observador, não preenche [...] critérios para ser considerada uma teoria sistêmica novo-paradigmática. Portanto, não é também uma teoria transdisciplinar” (p. 198). É sua opinião pessoal. Para tanto, aborda a denominação “ciência novo-paradigmática” para superar a “limitação” da objetividade entre parênteses.

Por seu turno, ao afirmar que é a interação que constitui o sistema, Bertalanffy (1968) torna os elementos mutuamente interdependentes, uma vez que o todo está relacionado, e uma mudança em qualquer uma das partes acarretará mudanças no todo; desse modo, para compreender o comportamento das partes, torna-se indispensável levar em consideração as relações entre elas, o que pressupõe uma necessidade de observação *multiversa*.

Vasconcellos (2002) entende que se Bertalanffy dispusesse dos conhecimentos da “Biologia do Conhecer” de Maturana, teria percebido naquela época que a realidade

emerge das distinções do observador: “o observador é que fará emergir, com suas distinções, um sistema, um subsistema, ou um supra-sistema” (p. 206). Porém, ressalta, Bertalanffy estava preso à “crença de uma realidade objetiva: o mundo hierarquicamente organizado, independente do observador” (p. 206).

Por outro lado, Vasconcellos (2002) enfatiza ainda que Bertalanffy deve ter-se sentido especialmente desconfortável em sua época, para trabalhar com os pressupostos da simplicidade e da estabilidade, amplamente difundidos pela física clássica de seu tempo. Esclarece que Bertalanffy,

reconhecendo as diferenças no nível de elaboração atingida para as leis físicas, para as leis biológicas da sociedade humana apontou a necessidade de novas categorias de pensamento científico, mais amplas, de modo que uma ciência rigorosa pudesse abarcar também a biologia e a sociologia (VASCONCELLOS, 2002, p.195).

A compreensão da Teoria Geral dos Sistemas elaborada por Vasconcellos (2002) amplia as possibilidades de melhor aplicar os pressupostos dos seus princípios com as contribuições da ciência novo-paradigmática proposta pela própria autora, uma vez que essa relação seja empreendida, desafia a nossa maneira de enxergar o mundo e as relações e interações nele existentes, de forma a considerar os aspectos da complexidade, instabilidade e intersubjetividade.

3.3 Capra - Ecologia profunda e a Teoria Geral dos Sistemas

3.3.1 Rompendo as amarras – uma nova visão paradigmática

Em seu livro *A teia da vida – uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*, uma obra que levou dez anos de estudos e encontros com diversos cientistas das mais diferentes áreas do conhecimento para dar-se pronta, ele próprio, Capra (1996), apresenta uma nova compreensão da vida com base nos sistemas vivos e uma “mudança de paradigma de uma visão de mundo mecanicista para uma visão de mundo ecológica”, no qual o pensamento sistêmico forma as raízes conceituais que ele

desenvolve para um novo paradigma emergente na ciência (CAPRA, 1996, p. 20).

Capra ressalta ainda a necessidade de “uma nova compreensão científica da vida em todos os níveis dos sistemas vivos – organismos, sistemas sociais e ecossistemas [...], uma nova percepção da realidade [...] para a ciência e para a filosofia, mas também para as atividades comerciais, a política, a assistência à saúde, a educação e a vida cotidiana [...]” (p. 23). Uma mudança de paradigma para perceber que os principais problemas de nosso tempo não podem ser vistos de forma isolada, mas num todo interligado e interdependente de forma sistêmica. Essa percepção implica mudança de paradigma, ou seja, de um paradigma científico para um paradigma social, “uma constelação de concepções, de valores, de percepções e de práticas compartilhados por uma comunidade, que dá forma e uma visão particular da realidade, a qual constitui a base da maneira como a comunidade se organiza” (CAPRA, 1996, p. 25). Distante da visão antropocêntrica adotada pela ciência tradicional, adota uma visão alicerçada em valores ecocêntricos. “Todos os seres vivos são membros de comunidades ecológicas ligadas umas às outras numa rede de interdependência” (p. 28). E nesse sentido, a realidade dos fatos científicos que foram incorporados ao longo dos tempos em nossa forma de pensar, vistos e percebidos por outro ângulo na percepção de valores e ações humanas, a partir de uma nova visão paradigmática do todo e partes interdependentes, permite-nos superar a metáfora cartesiana de visão fragmentada e independente para uma visão sistêmica segundo os pressupostos de Bertalanffy (1968). Segundo Capra,

a ecologia profunda superou essa metáfora cartesiana. Mesmo que a mudança de paradigma em física ainda seja de especial interesse porque foi a primeira a ocorrer na ciência moderna, a física perdeu o seu papel como ciência que fornece a descrição mais fundamental da realidade. Entretanto, hoje, isto ainda não é geralmente reconhecido. Cientistas bem como não-cientistas, freqüentemente retêm a crença popular segundo a qual “se você quer realmente a explicação última, terá de perguntar a um físico”, o que é claramente uma falácia cartesiana. Hoje, a mudança de paradigma da ciência, em seu nível mais profundo, implica uma mudança da física para as ciências da vida (CAPRA, 1996, p. 29).

Sair da concepção das partes para o todo e vice-versa é uma necessidade novo-

paradigmática emergente para superar nossa visão cartesiana, pois “precisamos pensar sistematicamente, mudando nosso foco conceitual de objetos para relações” (CAPRA, 1996, p. 230). A teoria dos sistemas vivos fornece um arcabouço conceitual para o elo entre comunidades ecológicas e comunidades humanas, uma vez que ambas são sistemas vivos que exibem os mesmos princípios básicos de organização, ou seja, redes que são organizacionalmente fechadas, mas abertas aos fluxos de energia e de recursos, suas estruturas são determinadas por suas histórias de mudanças estruturais, são inteligentes devido às dimensões cognitivas aos processos da vida (CAPRA, 1996).

Assim, “todos os sistemas vivos são redes de componentes menores, a teia da vida como um todo é uma estrutura em muitas camadas de sistemas vivos aninhados dentro de outros sistemas vivos – redes dentro de redes” (CAPRA, 1996, p. 170). Por outro lado, Capra ainda diz que organismos, ecossistemas e sociedades diferem em grande medida em graus de autonomia, e que as sociedades humanas, os indivíduos, têm um grau máximo de autonomia que lhes permite desfrutar de muitas dimensões de existência independente. Os sistemas sociais humanos existem para os seus componentes, seres humanos individuais, sendo, no entanto, tipos muito diferentes de sistemas vivos, pois “devido ao ‘mundo interior’ dos conceitos, das idéias e dos símbolos que surgem com o pensamento, com a consciência e com a linguagem humanos, os sistemas sociais humanos existem não somente no domínio físico, mas também num domínio social simbólico” (p. 171). Desse modo, ainda segundo esses princípios “uma família humana pode ser descrita como um sistema biológico, definido por certas relações de sangue”, mas também pode ser descrita como um “sistema conceitual, definido por certos papéis e parentescos [...], papéis dependem das convicções sociais e podem variar consideravelmente em diferentes períodos de tempo e em diferentes culturas” (p. 171).

Olhando para a família na concepção ecossistêmica, na qual, segundo Capra (1996, p. 232), “o comportamento de cada um membro vivo do ecossistema depende do comportamento de muitos outros”, o sucesso familiar depende do sucesso de cada um de seus membros, enquanto o sucesso de cada membro depende do sucesso da comunidade familiar como um todo. E reforça: “entender a interdependência ecológica significa entender as relações. Isto determina as mudanças de percepção que são

características do pensamento sistêmico – das partes para o todo [...]” (CAPRA, 1996, p. 232).

3.3.2 Contribuições ecossistêmicas à Teoria Geral dos Sistemas

O grande impacto que adveio com a ciência do século XX, segundo Capra (1996, p. 41), “foi a percepção de que os sistemas não podem ser entendidos pela análise [...]” mas somente “podem ser entendidos dentro do contexto do todo mais amplo [...]”, pois “o pensamento sistêmico é ‘contextual’, o que é o oposto do pensamento analítico”. Essa concepção de sistêmico não é algo novo, os biólogos organizmicos já o defendiam como o fez Bertalanffy (1968), fervorosamente com a Teoria Geral dos Sistemas, proporcionando aos cientistas um novo modo de pensar, um pensar envolvendo os termos da conexidade, de relações, de contexto, de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (CAPRA, 1996; VASCONCELLOS, 2002).

Ainda segundo Capra (1996), “a visão de Ludwig von Bertalanffy de ‘ciência geral da totalidade’ baseava-se na sua observação de que conceitos e princípios sistêmicos podem ser aplicados em diferentes campos de estudo” (CAPRA, 1996, p. 55), pois os sistemas vivos envolvem organismos individuais, e suas partes envolvem sistemas sociais e ecossistemas.

Pensar o novo paradigma da ciência é pensar de forma globalizante, e esse pensar sistêmico torna mais próxima a compreensão de ser indivíduo no ecossistema como parte e todo, uma célula e suas organelas a todas as múltiplas relações e interações desse contexto, expansíveis a contextos ainda maiores e mais complexos. Por exemplo: a natureza - ser ecológico. Ainda, um sistema aberto de retroalimentação e cíclico como é o ser - indivíduo, família, sociedade.

No entanto, essa compreensão ecossistêmica dos sistemas vivos que envolve “a emergência e o aprimoramento da concepção ‘padrão de organização’ tem sido um elemento fundamental para o desenvolvimento dessa nova maneira de pensar” (CAPRA, 1996, p.133). Para esse autor, as peças que faltavam no “quebra-cabeça” foram identificadas e analisadas nos últimos vinte anos: padrão, estrutura e processo vital. Capra (1996) destaca a importância de compreender essas peças do quebra-

cabeça a partir de Humberto Maturana e Francisco Varela em suas definições de padrão e estrutura de um sistema vivo. Para esses pesquisadores, “o padrão de organização de qualquer sistema, vivo ou não-vivo, é a configuração de relações entre os componentes do sistema que determinam as características essenciais desse sistema”. Em outras palavras, “certas relações devem estar presentes para que algo seja reconhecido” (CAPRA, 1996, p. 134). Por outro, “o padrão de organização só poderá ser reconhecido se estiver incorporado numa estrutura física” e “o processo da vida é a atividade envolvida na contínua incorporação do padrão de organização do sistema” (CAPRA, 1996, p. 134).

Para Capra (1996), então:

a autopoiese – o padrão de organização dos sistemas vivos – é, pois, a característica que define a vida na nova teoria. Para descobrir se um determinado sistema – um cristal, um vírus, uma célula ou o planeta terra – é vivo, tudo o que precisamos fazer é descobrir se o seu padrão de organização é o de uma rede autopoietica. Se for, estamos lidando com um sistema vivo; se não for, o sistema é não-vivo (p. 135).

A atividade organizada dos seres vivos, em todos os níveis de vida, é a atividade mental. As interações de um organismo vivo como as do ser humano com seu ambiente, são interações cognitivas. Assim, a vida e a cognição se tornam elos inseparavelmente ligados (CAPRA, 1996). As relações constituem a essência do mundo vivo, do humano, no cotidiano do processo da vida. Para Capra (1996), “a interdependência entre padrão e estrutura permite-nos integrar duas abordagens da compreensão da natureza, as quais têm-se mantido separadas e competindo uma com a outra ao lado de toda a história da ciência e da filosofia ocidentais” (CAPRA, 1996, p. 146). A unificação delas fornece três dimensões conceituais interdependentes para a nova compreensão científica da vida – o novo paradigma dos sistemas abertos.

3.4 A aplicação do Pensamento Sistêmico na abordagem de família

Primeiramente, a compreensão de família enquanto sistema nos permitirá

visualizá-la em toda a sua complexidade e multidimensionalidade. A representação de um móbile apresentada por Allmond, Buckman e Golman (1979) é como consideram a família, na perspectiva sistêmica.

Visualize um móbile, com quatro ou cinco peças, suspenso no teto, movimentando-se delicadamente no ar. O todo está em equilíbrio, embora se movimente de maneira uniforme. Algumas peças se movem rapidamente; outras estão quase estacionárias. Algumas são mais pesadas e parecem suportar mais peso na direção final do movimento do móbile; outras parecem mover-se para frente em um passeio. Uma brisa que toca apenas um seguimento do móbile influencia imediatamente o movimento de cada peça, algumas mais do que de outras, e o ritmo envolve algumas peças não equilibradas e as movimenta de modo caótico por algum tempo. De maneira gradual, o todo exerce sua influência na(s) parte(s) errante(s) e o equilíbrio é restabelecido, mas não antes de ocorrer uma decidida alteração em direção ao todo. Você também pode observar a instabilidade referente à proximidade e distância entre as peças, o impacto de contato real de umas com as outras e a importância da hierarquia vertical. Uniões de movimentos podem ser observadas entre duas peças. Uma peça pode parecer persistentemente isolada de outras; ainda que a posição de isolamento seja essencial ao equilíbrio de todo o sistema (ALLMOND, BUCKMAN & GOLMAN, 1979, P.16).

A visualização da família por essa analogia nos remete à compreensão das partes e do todo na premissa de suas interações e relações dinâmicas. Um todo coeso, porém por partes interdependentes que se movem em direções diferentes, mas circulares e dinâmicas para manter a “estabilidade” da unidade familiar de forma hierárquica e organizada. Podemos tentar compreender ainda o sistema familiar pelo reconhecimento da metáfora saussureana de Walrond-Skinner (1978), segundo a qual não é possível entender um jogo de xadrez olhando somente para as peças, uma vez que o movimento de cada uma afeta a posição e o significado de todas as outras, a família não pode ser tomada apenas como a soma de suas partes. Ou seja, qualquer movimento em qualquer parte interfere em todas outras e pressupõe uma reestruturação do todo.

Em sendo uma unidade, a família deve ser vista em sua totalidade, o que pressupõe compreendê-la na dinamicidade de articulação e interação de seus subsistemas com os outros sistemas. Penso que poderemos aplicar tal analogia à definição de família, o que possibilitará enxergar cada família como uma unidade e

focalizar o olhar na interação entre os componentes de tal sistema e não vê-los separadamente.

A visão sistêmica ajuda a lançar “luz” sobre um novo modo de pensar em termos de conexidade, relação e contexto. Nesse sentido, encontro pertinência no pensamento sistêmico novo-paradigmático para uma reflexão maior, por sua característica de ciência não-compartmentalizada. E, nesse sentido, compreender a família como um sistema de interações e relacionamento dinâmico, visto como decisivo para compreender também uma situação de cronicidade num membro idoso, por exemplo. Tal situação pode ser aplicada a partir do ponto de vista do sistema familiar e não apenas do ponto de vista de um subsistema individual. Ou seja, numa situação de processo saúde-doença, o todo influencia as partes e as partes, o todo, de forma dinâmica e interdependente, ou seja, as relações são intersistêmicas.

Para esclarecer a aplicação da teoria dos sistemas na abordagem de família seguem destacados os seus princípios básicos na compreensão da família como unidade.

3.4.1 Conceber a organização hierárquica no sistema familiar

“O sistema familiar é parte de um supra-sistema mais amplo e, por sua vez, é composto de muitos subsistemas” (WRIGHT & LEAHEY, 2002, p.38). A família é uma unidade organizada hierarquicamente, na qual cada indivíduo que a compõe é um subsistema, por isso devemos entendê-la dentro de uma perspectiva circular de multifatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais e éticos que se encontram inter-relacionados. Esse entendimento possibilitará, a contextualização dos sistemas pelo seu entrelaçamento como rede de redes, uma fronteira de permeável fluxo de energia entre o todo individual, familiar e outros sistemas.

Ao existir no sistema biológico da pessoa, a doença influencia o próprio sistema psicológico e de forma circular influencia os demais sistemas do grupo familiar, de amigos e vizinhos e de serviços de saúde, entre outros, gerando processo de ajuda, apoio, orientação, acomodação em meio a indecisão, dúvidas, aceitação, renúncia.

Aspectos que não se esgotam nesta lista, mas que podem ou não aparecer dependendo de como os sistemas interagem e se relacionam na organização hierárquica. Dessa forma, “a capacidade de adaptação às demandas dos diferentes níveis de subsistemas constitui uma habilidade necessária para cada membro da família” (WRIGHT & LEAHEY, 2002, p.73).

A doença exige reajustamento do sistema familiar – *feedback* negativo. Segundo Sluzki (1997, p. 76), “a presença de uma doença – especialmente se se trata de uma doença crônica, habitualmente debilitante ou isolante – produz um impacto nas interações entre o indivíduo (e sua família imediata) e a rede social⁶ mais ampla, por meio de diferentes processos de inter-relacionamento”. Continua, reforçando que a doença tende a debilitar o seu portador, reduzindo sua iniciativa de mobilização nos sistemas, ou seja, capacidade de reciprocidade reduzindo também sua iniciativa de ativação da rede. Assim, “a pessoa doente tem menos capacidade de apresentar comportamentos equivalentes aos das pessoas que cuidam dela”, pois quando doentes, “não podemos cuidar com a mesma eficiência de quem cuida de nós” (SLUZKI, 1997, p. 77). Aqui fica bem evidente a analogia do móbile.

O processo de interação e relação é dinâmico na unidade familiar, ocorrendo de forma a influenciar mutuamente todos os membros do sistema familiar e, através de sua inter-relação com o ambiente externo, torna-se permeável ao supra-sistema. Uma forma de representação desse entendimento é o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família proposto por Wright & Leahey, 2002.

⁶ O constructo ou pressuposto conceitual de “rede social pessoal” ou “rede social significativa” vincula a óptica sistêmica utilizada pela terapia familiar às vicissitudes do meio microssocial. Em consonância com a proposta de Gregory Bateson de que as fronteiras do indivíduo não estão limitadas por sua pele, mas incluem tudo aquilo com que o sujeito interage – família, meio físico etc. – podemos acrescentar que as fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais. Este nível intermediário de estrutura social se revela crítico para uma compreensão mais inteira dos processos de integração psicossocial, de promoção do bem-estar, de desenvolvimento da identidade e de consolidação dos potenciais de mudança, e, conseqüentemente, também ilumina os processos psicossociais e de desintegração, de bem-estar e de adoecer, de transtornos da identidade e de perturbação dos processos de adaptação construtiva e de mudança (SLUZKI, 1997, p. 37).

3.4.2 Inteiraza - o todo familiar é maior que a soma de suas partes

A “totalidade da família é muito mais que a simples adição de cada membro [...] os indivíduos são mais bem compreendidos dentro de um contexto maior, o qual normalmente é a família” (WRIGHT & LEAHEY, 2002, p. 40). Assim, diante de uma pessoa portadora de doença crônico-degenerativa, não podemos enxergar/focar o nosso olhar unicamente para a doença e seu portador, pois estes fazem parte de um universo muito maior, complexo e dinâmico que é a família, na qual as relações e interações acontecem através de um complexo mecanismo de retroalimentação em que o todo influencia as partes, e as partes, o todo.

Ao considerar a totalidade familiar sob uma visão novo-paradigmática é possível buscar compreender como o desenvolvimento de processos patológicos crônicos se inter-relacionam com o sistema familiar como um todo, como é o caso do diabetes mellitus.

De acordo com Minuchin (1982, p. 57), “a estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. Uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais”. Por isto, entendo que não podemos conceber a doença isolando-a no seu portador e vice-versa, pois conceber a totalidade e a dinâmica de relações da família com as pessoas é imprescindível para o desenvolvimento de uma metodologia de cuidados que verse sobre o processo de interação e relação da família com a doença no âmbito domiciliar, com base no todo familiar e não apenas de um de seus membros isoladamente. Wright & Leahey (2002, p.41) enfatizam que “para o entendimento mais completo do funcionamento familiar é preciso que as enfermeiras atendam *toda* a família, observando a interação familiar”.

3.4.3 Globalidade – subsistemas da família refletem um processo de transformação um do outro

A família é um todo: qualquer mudança em um membro afeta o todo familiar em graus e intensidade variados – é assim que se comporta o sistema, através do seu processo de entrada e saída de *inputs*, o que mobiliza a energia e o ambiente do

sistema. A compreensão desse processo “pode ser útil para enfermeiras ao pensarem sobre o impacto da doença na família” (WRIGHT & LEAHEY, 2002, p. 41), pois a globalidade implica a reorganização do relacionamento e funcionamento da família em situações que exijam mudança, uma vez que quando “um membro da família começa a se modificar, não será possível aos outros responder como anteriormente” (p. 41). Assim, a organização e o funcionamento familiar costumeiro se alteraram, o que pressupõe o isomorfismo – transformações um do outro – reciprocidade.

A presença de uma doença crônico-degenerativa com toda a sua exigência, por exemplo, para o processo de alimentar-se de seu portador, entre outros aspectos inerentes, é uma possibilidade real de gerar comportamento de reciprocidade nas interações familiares. Aqui estou olhando pelas lentes do feedback negativo, ou a mudança pode levar a um feedback positivo. E nesta última situação o processo saúde-doença poderá decair para a evolução rápida das complicações agudas e crônicas da doença no sistema individual (membro familiar).

Por outro lado, esse processo se dá em um ambiente familiar dinâmico e complexo que precisa ser compreendido através de uma perspectiva de circularidade circular, de inteireza, de organização e transformação ante a mudança do sistema familiar.

Nesse entrelaçamento em que a mudança de um membro afeta a todos na família é útil pensar na existência de “negociações implícitas ou explícitas entre seus membros acerca do cotidiano no decorrer de sua história e presentes no dia-a-dia” (MIOTO, 1998, p. 22). De acordo com Asen e Tomson (1997, p.115), “as enfermidades agudas repentinas, as crônicas e, finalmente a morte, são emergências familiares e alteram o equilíbrio familiar”.

3.4.4 Homeostase - a família entre a mudança e a estabilidade

“A família é capaz de gerar um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade” (WRIGHT & LEAHEY, 2002, p. 41). Essa capacidade da família é reconhecida amplamente na área da terapia familiar. Mas o foco está na capacidade da família de adaptar-se enquanto há necessidade de mudança.

Entretanto, sendo a família um sistema aberto como teorizado por Bertalanffy (1968), ela está em constante fluxo de entrada e saída de energia (interações e relações). Assim, não se pode dizer que a família busca a estabilidade, pois a família é um sistema de fluxo constante de alteração, de forma dinâmica e circular, ainda que estabilidade pressuponha também a junção da simplicidade e da objetividade, pressupostos que não compõem o sistema familiar, pois é complexo, instável e põe a objetividade entre parênteses (VASCONCELLOS, 2002).

Wright e Leahey (2002, p. 42) dizem que “quando acontece uma mudança na família, após a perturbação ocorre uma alteração para uma posição de equilíbrio. A família reorganiza-se ou se reequilibra de modo diferente da organização familiar anterior”. Assim como um móvel a mover-se pela brisa, após a passagem desta, este móvel já se terá acomodado noutra posição.

Assim, como dito anteriormente, a homeostase não funciona para restaurar um equilíbrio prévio, constitui o princípio que pode conduzir à estagnação. Por outro lado, a “mudança” e o crescimento dentro de determinado sistema podem permitir a reorganização, como se vê no exemplo a seguir.

[...] um membro da família recebe o diagnóstico de esclerose múltipla, a família toda terá que se reorganizar, de modo a ser totalmente diferente do que era antes do diagnóstico. No entanto, o equilíbrio entre mudança e estabilidade irão se alterar constantemente em períodos de remissão e exacerbação, porém prevalecerá, com maior frequência, o equilíbrio entre ambas (WRIGHT & LEAHEY, 2002, p. 42).

As autoras ainda acrescentam:

é possível que o conceito da coexistência de mudança e estabilidade seja um dos mais difíceis da teoria dos sistemas a serem entendidos pelas enfermeiras. Em parte porque, na prática clínica real, muitas vezes as famílias apresentam-se “como se” estivessem em total equilíbrio ou “como se” estivessem em constante mudança, ao invés de manifestar um equilíbrio observável entre os dois pólos. Entretanto, quanto maior a experiência em enfermagem da família, mais ampla será a avaliação sobre a complexidade das famílias (p. 42).

A capacidade de adaptação às demandas dos diferentes níveis de subsistemas

constitui uma habilidade necessária para cada membro do sistema familiar diante do processo *continuum* de mudança, pois muitas vezes esta ocorre de maneira imperceptível de momento a momento. Assim, entendo que a família pode apresentar mudança nas áreas cognitiva, afetiva e comportamental. Uma dinamicidade de interações e relações de retroalimentação do sistema para mantê-lo funcionando para o sistema individual, sistema familiar e supra-sistema.

3.4.5 Família, uma unidade de circularidade

Pensar a família como um sistema circular é entendê-la como uma unidade de interações e relacionamentos recíprocos baseados em significados. A exemplo da globalidade e da inteireza, a circularidade envolve recursividade ou retroalimentação.

Interações e relacionamentos conduzem à noção de fronteira (VASCONCELLOS, 2002). Essa linha imaginária intersistêmica – fronteira – tem como função proteger a diferenciação do sistema, logo “cada subsistema tem funções específicas e faz exigências específicas a seus membros; e o desenvolvimento de habilidades interpessoais, conseguidas nesses subsistemas, está baseado na liberdade do subsistema de interferências de outros subsistemas” (MINUCHIN, 1982, p. 59). Assim, ainda segundo Minuchin,

para o funcionamento apropriado da família, as fronteiras dos subsistemas devem ser nítidas. Devem ser definidas suficientemente bem para permitir que os membros do subsistema levem a cabo as suas funções, sem interferência indevida, mas devem admitir contato entre os membros do subsistema e outros. A composição de subsistemas, organizada em torno das funções familiares, não é especialmente tão significativa quanto a nitidez das fronteiras do subsistema. Um sistema parental, que inclui uma avó ou uma criança parental, pode funcionar muito bem, desde que as linhas de responsabilidade e autoridade sejam nitidamente delimitadas (p.59).

As fronteiras “são marcadas por regras que definem quem participa e como participa de cada subsistema”, pois “sua nitidez é fundamental para que o sistema tenha autonomia suficiente a fim de deslocar suas funções, sem prejudicar [...] os membros de cada subsistema” (MIOTO, 1998, p. 23). A “linha” da fronteira é um

lugar de trocas entre os sistemas.

Por outro lado, essas fronteiras, se rígidas, não permitem trocas de relacionamentos nem a interação dos sistemas, podendo prejudicar a família. Assim, segundo Wright e Leahey (2002, p. 42), “os comportamentos dos membros da família são mais bem compreendidos sob o ponto de vista de uma causalidade circular e não-linear”. Na causalidade linear, o evento *a* afeta *b* ao passo que *b* não afeta *a*; de outra forma exemplificativa, considerando uma doença crônico-degenerativa, como o diabetes mellitus tipo 2, podemos dizer que um hábito alimentar rico em açúcares e gorduras da família afeta de forma linear um membro familiar portador dessa doença, mas este não afeta o sistema familiar. Já numa causalidade circular, o evento *b* afeta o evento *a*. Quando, por exemplo, há necessidade de mudança do subsistema familiar para o equilíbrio fluente do sistema quanto ao processo saúde-doença de um membro individual, a dieta familiar alterada no sistema como um todo caracteriza uma readaptação do sistema familiar.

Segundo Wright e Leahey (2002, p. 44), “normalmente, a família e seus membros individuais precisam ser auxiliados no sentido de se deslocar de uma perspectiva linear da situação para uma visão de maior interação, mais recíproca e sistêmica”. A circularidade envolve enxergar a família sob a lente da contextualidade, da complexidade e da instabilidade do sistema familiar e transcender o foco da linearidade. Nessa perspectiva, o processo saúde-doença deve ser visto como causalidade circular. E, para tanto, ao trabalharmos com famílias não podemos ser apanhados no raciocínio da linearidade na tentativa de entendê-las (WRIGHT & LEAHEY, 2002).

3.5 Olhar a família sob a lente da complexidade, da instabilidade e da intersubjetividade

A concepção apresentada por Vasconcellos (2002) contrapõe-se à visão linear de ciência que “criou” uma armadilha ao separar as ciências físicas das humanas, das sociais, de separar a física da química, da psicologia, da sociologia, da biologia e daí

por diante, ou seja, estabeleceu uma desintegração dos saberes que fragmentou por muito tempo, e ainda fragmenta, a visão de mundo e de tudo que existe nele.

O pensamento sistêmico surge então como uma linguagem comum que permite a transdisciplinaridade, razão pela qual pode ser apresentado como o novo paradigma da ciência, que sai da simplicidade para ampliar o seu foco de observação, atingindo assim a complexidade; sai da estabilidade para a instabilidade e sai da objetividade para a intersubjetividade (VASCONCELLOS, 2002).

É difícil aplicar os pressupostos simplicidade, estabilidade e objetividade às ciências humanas, uma vez que nestas permeia toda uma complexidade do existir, suas relações são mediadas por transações mútuas de reciprocidade plenas de instabilidade, imprevisibilidade e incontrolabilidade do sistema. Ainda estará atuando nesse espaço a intersubjetividade.

A complexidade, a instabilidade e a intersubjetividade são dimensões interdependentes entre si, ampliando a possibilidade de compreensão dos sistemas individual, familiar e supra-sistemas – a rede social.

- Olhar a família através das lentes da complexidade é enxergá-la enquanto estrutura organizacional, de interação e relacionamento entre seus membros, num dado momento contextual e atual, considerando as relações intra-sistêmicas através das quais se poderá ver uma teia de fenômenos recursivamente interligados.
- Olhar a família através das lentes da instabilidade é enxergá-la em processo de vir a ser ou tornar-se, pois é dinâmica e não estática, o que pressupõe que está em constante mudança para a “estabilidade”, está aberta ao fluxo de entrada e saída de energia com o ambiente, interagindo com ele e garantindo o funcionamento do todo familiar pelo mecanismo de circulação da informação entre os vários sistemas.
- Olhar a família através das lentes da intersubjetividade é enxergá-la fazendo parte do contexto. É criar espaços consensuais, não de verdades pré-estabelecidas, mas um espaço de consenso estabelecido em relação aos diversos domínios de experiências – morais, sociais, religiosos, éticos e outros.

A família é uma das grandes manifestações da complexidade humana, e a teoria sistêmica procura avançar na direção dessa complexidade. Edgar Morin (1991) diz que a complexidade é uma palavra problema e não uma palavra solução. A complexidade mostra-se exatamente onde o pensamento da simplicidade falha, pois este desintegra a complexidade do real. A complexidade, por sua vez, integra tudo o que tem ordem, distinção, precisão no conhecimento, integra o mais possível os modos simplificadores de pensar, mas recusa as conseqüências mutiladoras, redutoras, unidirecionais e, finalmente, ilusórias de uma simplificação do real na realidade.

O pensamento complexo aspira ao conhecimento multidimensional, mas o conhecimento completo é impossível. Morin (1991) destaca a “inteligência cega” como aquela que destrói os conjuntos e as totalidades, isolando todos os objetos em sua volta sem perceber o elo inseparável entre o observador e a coisa observada. A complexidade é o conjunto de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem o nosso mundo. A complexidade enlaça os aspectos da instabilidade e da intersubjetividade.

CAPÍTULO 4

O PERCURSO TOMADO PARA DESVELAR/COMPREENDER A FAMÍLIA

[...] nosso ponto de vista é o resultado de um acoplamento estrutural, tão válido quando o de nosso oponente, mesmo que o dele nos pareça menos desejável.
(Maturana & Varela, 2001, p. 268)

A opção metodológica deste estudo foi determinada pela questão norteadora da pesquisa “*como se desvela a dinâmica de relações familiares no convívio com o idoso portador de diabetes mellitus tipo 2?*”. É, assim, uma abordagem metodológica que pudesse contemplar o indivíduo e a família de forma sistêmica com perspectiva particular de desvelar o fenômeno e melhor compreendê-lo (MORSE, 1994). E, desse modo, buscar percorrer um maior “raio de visão” que contemplasse o todo e as partes do sistema familiar.

Fui buscar nas ciências humanas um referencial que respondesse a essa intenção, pois a família, enquanto unidade, é considerada como um sistema em interação que se desenvolve no sentido da evolução e da complexificação (RELVAS, 1996).

Na minha prática com familiares e pessoas idosas portadoras de Diabetes Mellitus tipo 2 observo que as relações entre eles constituíam-se num cuidado que implicava desenvolvimento afetivo, em que no contexto familiar engendrava uma relação intersubjetiva, a qual interferia de modo significativo no desenvolvimento do processo saúde-doença nas dimensões biopsicossociocultural-meio-ecológico e espiritual da família.

Tal observação me motivou a compreender como se dava o sistema de inter-relações familiares em seu processo de viver humano, numa visão que não fosse a das partes separadamente e sim do todo, focalizada nas conexões e nas relações familiares, mais do que nas características individuais do idoso portador de Diabetes Mellitus.

Por isso, é indispensável abordar a família como um sistema que, segundo Elsen (2002, p. 12), é

um sistema de saúde para seus membros, sistema este do qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença (ELSEN, MARCON & SILVA, 2002).

Ainda, e sobretudo porque a compreensão de sistema ultrapassa o olhar de partes isoladamente para conceber o todo e as partes simultaneamente na organização da unidade familiar, uma unidade resultante das partes em inter-relação mútua, numa totalidade organizada, feita de elementos solidários (BERTALANFFY, 1968; VASCONCELLOS, 2002; MORIN, 1977).

4.1 A natureza da pesquisa

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que segundo Goldenberg (2000), consiste na descrição de termos e situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos, pois ajuda a descrever a complexidade de determinados problemas e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais. Permite ainda contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilita entender as particularidades do comportamento dos indivíduos, e também, por seu caráter de pesquisa centrado na complexidade das relações humanas no contexto onde emergem as suas inter-relações espaço-temporal num ambiente natural.

Enfatizo que foi realizada uma extensa revisão bibliográfica para fundamentar teoricamente e justificar este estudo. A pesquisa bibliográfica constitui parte da pesquisa descritiva e foi realizada com o objetivo de obter conhecimentos acerca da dinâmica das inter-relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2 e da abordagem naturalística. Ainda, por ser a pesquisa bibliográfica um dos aportes teóricos de material já elaborado, possibilitou o respaldo teórico para desenvolver uma abordagem crítica e reflexiva que assegurasse investigar outras áreas

de conhecimento em que os problemas ainda não estão presentes. Outro aspecto relevante na busca da revisão bibliográfica foi para subsidiar a fundamentação teórica do estudo, que exigiu longas procuras em bases de dados na web of site e visitas a bibliotecas nacionais e internacionais (Portugal e Inglaterra) em diversas áreas do conhecimento, na tentativa de encontrar fontes primárias dos autores que contribuíram para a abordagem sistêmica, pois a pesquisa descritiva busca descobrir, com toda a precisão possível, a relação e a conexão de um fenômeno com outros, com sua natureza e características.

A pesquisa qualitativa geralmente é descrita como holística e naturalística. Holística por preocupar-se com as pessoas e seu ambiente, abrangendo todas as suas complexidades e “naturalística pela premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios autores” (POLIT e HUNGLERT, 1995, p. 271).

Embora a compreensão de *holística* na pesquisa qualitativa seja assimilada por muitos de nós, não consegue, ao meu entender, compreender o universo das inter-relações humanas por ver o todo, pois a palavra “*holística*” precede do grego “*holos*” que significa *todo*. Mas, segundo Morin (1977, p. 122), “o todo não passa de um buraco (whole is a hole). O todo só funciona como todo se as partes funcionarem como partes. O todo deve estar relacionado com a organização”. Destaca Morin ainda que “a descrição das partes depende da do todo, que depende da das partes, e é no circuito partes-todo que se forma a descrição ou explicação” (MORIN, 1977, p. 121). Isso significa que nenhum dos dois termos é redutível ao outro, tornando-se necessário compreender a complexidade que envolve a abordagem qualitativa. Segundo Pombo (2004, p. 20),

Perceber a transformação epistemológica em curso é perceber que lá, onde esperamos encontrar o *simples*, está o complexo, o *infinitamente complexo*. Que quando mais fina é a análise, maior a complexidade que se abre à nossa frente. E, portanto, que o todo não é a soma das partes.

Numa abordagem qualitativa, que busca compreender as inter-relações

humanas, o todo não pode ser maior que a soma das suas partes e vice-versa.

Na abordagem naturalista a investigação é sempre executada num ambiente natural, desde que o contexto seja intensamente implicado no significado de forma contextual, o que exige o “instrumento” humano completamente adaptável para a situação indeterminada que será encontrada. Lincoln e Guba (1985, p. 188) dizem que

O instrumento humano constrói sobre (seu) conhecimento tácito tanto quanto se não mais do que acima do conhecimento proposicional e usa métodos que são apropriados para a investigação humanamente implementada. Entrevistas, observações, análises de documentos, indícios discretos e semelhantes. Uma vez no campo, a investigação toma a forma de reiterações sucessivas de 4 elementos: amostragem proposital, análise introdutória dos dados obtidos da amostra, desenvolvimento da teoria fundamentada baseada na análise introdutória e projeção dos próximos passos num propósito emergente.

Por ser ainda uma investigação naturalística realizada num ambiente natural por causa dos fenômenos de estudo, “não importa que eles possam ser físicos, químicos, biológicos, sociais, filosóficos, tomar seu significado a partir de seus contextos assim como eles tomam de si próprios” (LINCOLN & GUDA, 1985, p. 189).

Segundo a filosofia naturalista, a realidade é múltipla e desvela-se por um processo dinâmico, que consiste em interagir com o ambiente, o que corresponde a um conhecimento relativo ou contextual; os fenômenos humanos são singulares e, portanto, não previsíveis, e os esforços científicos são orientados para a compreensão total do fenômeno em estudo.

Lincoln e Guba (1985) sustentam que “as contribuições da realidade não podem ser separadas do mundo em que elas são experimentadas e quaisquer observações que podem ser feitas são inevitavelmente tempo e contexto dependente” (1985, p. 189). E, nenhum fenômeno pode ser compreendido fora do relacionamento do tempo e do contexto que o gerou.

Neste ensejo, apresento o diagrama *The flow of naturalistic inquiry* elaborado por Lincoln e Guba (1985, p. 188).

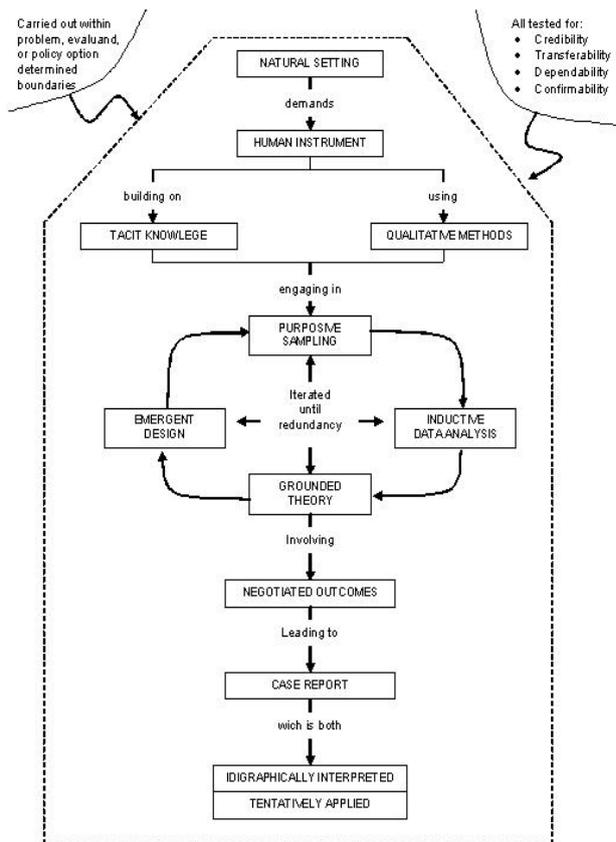


Figura 1: The flow of naturalistic inquiry

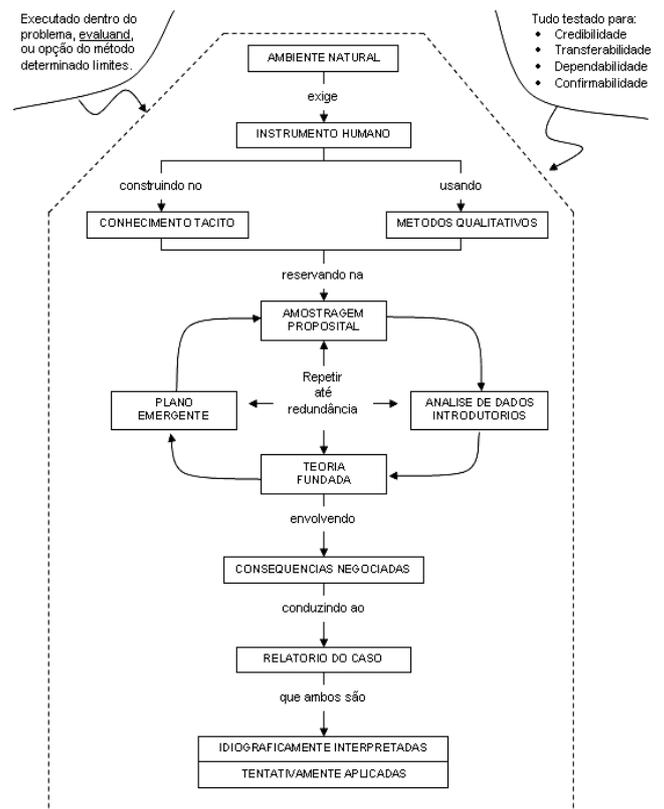


Figura 2: O Fluxo da investigação naturalística

Esses mesmos autores enfatizam que

o uso de humanos como instrumento não é um conceito novo. De fato a antropologia clássica praticamente não utilizou nenhum outro instrumento e muito dessa tradição foi mantida na sociologia moderna, pelo menos o ramo que continua a depender intensamente dos estudos de campo. Mas até mesmo alguns dos gigantes da investigação convencional reconheceram que os humanos podem prover dados tão confiáveis quanto aqueles produzidos por meios mais objetivos (LINCOLN & GUDA, 1985, p. 192)

Ao adotar a abordagem qualitativa busquei ir ao encontro das ciências humanas e sociais seguindo um paradigma diferente daquele da ciência tradicional, de *modelo* que “desde os seus começos, se constituiu como procura de divisão de cada dificuldade no seu conjunto de elementos ínfimos [...] do princípio de que existe um

conjunto finito de elementos constituintes, e que só a análise de cada um desses elementos permite, depois, reconstruir o todo” (POMBO, 2004, p. 15).

As ciências humanas são específicas e possuem metodologia própria, a qual busca os dados e acontecimentos no contexto onde ocorrem. Ademais, a abordagem qualitativa considera que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. O sujeito observador faz parte do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos de acordo com seus valores e crenças, dando-lhes um significado, está preocupado, sobretudo com a compreensão absoluta do fenômeno em estudo. Ele observa, descreve e interpreta tal como se apresenta, sem procurar controlá-lo.

Entretanto, a concepção da ciência como um modelo não encontra ancoradouro nas ciências humanas e sociais, pois “o postulado implícito ou explícito de toda sociologia humana é que a sociedade não pode ser considerada como a soma dos indivíduos que a compõem, mas constitui uma entidade dotada de qualidades específicas” (MORIN, 1977 p. 104)

Demo ressalta que na pesquisa qualitativa “existe o interesse em apanhar também o lado subjetivo dos fenômenos, buscando depoimentos que se transformam em dados relevantes [...] oriundos de pessoas simples” (2000, p. 271). Caminhar pela abordagem qualitativa e pelo pensamento sistêmico nesse contexto é enxergar um universo de rede de relações e interações em *multiversas* formas e maneiras de compreender as relações humanas no seu contexto. E, assim, seguir o percurso da investigação qualitativa: 1) valorizar a subjetividade, 2) as múltiplas realidades; 3) a descoberta, descrição e compreensão da realidade; 4) de forma interpretativa; 5) de maneira organísmica; 6) considerando ser o todo mais que a soma das partes; 7) sendo o próprio investigador parte do processo, 8) os indivíduos em estudo são sujeitos com sua subjetividade, 9) considerar a dependência do contexto e 10) produção de um relatório de narrativa rica (STREUBERT e CARPENTER, 2002).

A utilização de métodos qualitativos permeou todo o caminhar, pois neles encontrei as características que subsidiam o meu pensar/agir reflexivo enquanto indivíduo de inter-relação no universo complexo da ciência na perspectiva novo-paradigmática (VASCONCELLOS, 2002).

Assim, destaco as seguintes características:

1. Ultrapassar a visão holística do todo para compreender que o todo não é mais que a soma das partes e vice-versa, pois “das partes depende o todo que depende das partes, e é no circuito todo-parte que se forma a descrição ou explicação” (MORIN, 1977; p. 121).

2. Abordagem indutiva, busca compreender os múltiplos inter-relacionamentos entre as dimensões que surgem dos dados sem fazer suposições *a priori* sobre tais relações.

3. Investigação naturalística, não tenta manipular o ambiente pesquisado, mas compreender o fenômeno no contexto onde ocorre naturalmente, privilegiando o binômio indivíduo-meio. Nesse sentido, tem-se pois de ser capaz de perceber e conceber a complexidade que permeia a inter-relação na diversidade do seu contexto. E, por isso, a investigação naturalística é, por muitos, considerada ecológica. Mas, acredito que esta ainda ultrapassa a perspectiva ecológica para uma concepção ecosófica, ou seja, para além das questões ambientais, implicando o envolvimento ético-político nas instâncias psíquicas individuais e coletivas que supõe uma transversalidade interdisciplinar (POMBO, 2004).

4. Exercer a interdisciplinaridade da integração dos saberes, e, como dizia Bertalanffy (1968), a integração das diversas ciências naturais e sociais. Reforçando essa compreensão Gusdorf (1985) diz que o conceito de *inter* não implica apenas uma pluralidade, uma justaposição, mas evoca um espaço comum, um fator de coesão entre saberes diferentes. Isto exige, segundo Delattre (1973, p. 207), “renunciar ao conforto das disciplinas especializadas e tentar progredir sobre os terrenos em aberto da interdisciplinaridade”. Destaca ainda que as investigações interdisciplinares têm dado contributos fundamentais de qualidade, e ao longo dos séculos tiveram por objetivo fazer progredir os conhecimentos sem perder de vista a compreensão do homem e do mundo enquanto parte simultaneamente integrante e interessada.

5. E, finalmente, exercer um olhar transversal através do qual se busca ultrapassar o olhar de um observador rigidamente disciplinar.

Este caminhar pela abordagem qualitativa busca compreender o fenômeno em estudo através do contato direto e no contexto onde ocorre, considerando o universo de suas inter-relações, ainda e através de uma atividade interpretativa de construção e

produção de significados numa perspectiva temporal e espacial.

Tendo em vista a natureza desta pesquisa, a abordagem qualitativa é uma mais valia por procurar a natureza do fenômeno em estudo. Ademais, a abordagem qualitativa trata de situações complexas ou estritamente particulares à procura de compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais e possibilitar a compreensão mais refinada e profunda do comportamento dos indivíduos, família e sociedade de forma contextual, tendo como concepção filosófica a compreensão de que: a) a pesquisa qualitativa tem como fonte direta dos dados o ambiente natural e o pesquisador como instrumento que põe a *objetividade entre parênteses*; b) os dados coletados são em sua maioria descritivos; c) os pesquisadores qualitativos preocupam-se muito com o processo e não apenas com o resultado e o produto; d) os pesquisadores qualitativos procuram analisar os dados de forma intuitiva; e) o *significado* que as pessoas dão às coisas e à sua vida é uma questão fundamental na abordagem qualitativa; f) os pesquisadores qualitativos têm inclinações pessoais para o paradigma socioantropológico, guiando-se pela via da interdisciplinaridade; g) os pesquisadores qualitativos são subjetivos e estão perto dos dados, orientados ao descobrimento; h) os pesquisadores qualitativos assumem uma realidade dinâmica (LINCOLN e GUBA, 1985; DEMO, 2000; DESHAIES, 1992; STREUBEERT & CARPENTER, 2002; POLIT & HUNGLERT, 1995).

Nomeadamente, a compreensão das características de *ser* pesquisador qualitativo significa entre outros aspectos que o exercício da ação/reflexão da pesquisa esteja de certa forma vinculada ao âmbito cultural do pesquisador e/ou à prática quotidiana que ele realiza como profissional, características estas que foram efetivamente cumpridas, uma vez que a orientação metodológica foi derivada do processo vivencial de cuidados de enfermagem realizados a indivíduos e famílias no âmbito das atividades profissionais da pesquisadora, no universo dos aspectos da complexidade, intersubjetividade e contextualidade.

4.2 O contexto do estudo

O trabalho foi desenvolvido no Município de Jequié, no sudoeste baiano, distante 358,7 km da capital, Salvador. Segundo a Portaria nº. 2.025/GM set/2004 a sua população é de 148.186 mil habitantes, dos quais 9, 57 é a proporção de idosos na população de 60 anos e mais. O censo do IGBE (2000) registrou nessa 1,4 é de pessoas idosas que já atingiram a idade de 80 a mais anos, dando ao município a característica de longo vivo.

Pelos princípios norteadores da NOAS-SUS 2002, o município encontra-se em gestão plena de assistência municipal de seus serviços de atenção básica, isto é, gestão plena de atenção básica-PAB, mas vinculada também à gestão estadual de seus serviços de saúde segundo a Portaria GM/MS nº. 2.023, de 23/09/2004 – Descentralização em Saúde.

No que tange ao seu perfil epidemiológico, há incidência tanto de doenças consideradas do Terceiro Mundo como de Primeiro Mundo, reforçando o estudo estatístico desenvolvido para o perfil do Brasil onde doenças crônico-degenerativas (como o diabetes mellitus) convivem com as doenças parasitárias e infecciosas. Presentes ainda endemias rurais comuns na região, como: Leishmaniose Tegumentar e Esquistossomose Mansônica (SMS, 2004).

Com relação à estrutura operacional dos serviços de saúde, o Município prima pela assistência primária em Unidades Básicas de Saúde com 04 Centros de Saúde, 16 Postos de Saúde, 18 Unidades de Saúde da Família com 18 equipes e 3 em processo de implantação para 2007, mais o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, totalizando 308 ACSs (Coordenação de Saúde Municipal, em 26/02/2007). Nos serviços prestados pela Secretaria Municipal de Saúde estão aqueles de atenção básica instituídos pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus.

Como gestor de seus serviços estão credenciados no Município: 04 hospitais, sendo 02 de pequeno porte e 02 de médio porte, privados, conveniados ao SUS; 01 hospital estadual de médio porte com capacidade para 200 leitos, unidade de maior demanda de serviços à população do Município e regiões circunvizinhas, conveniado

com o SUS e com a Secretaria de Educação do Estado, para servir de campo às aulas práticas e estágio dos cursos da área de saúde existentes no Município de Jequié/Ba.

No que se refere à questão do envelhecimento, cumpre salientar que Jequié deu início às suas ações de atenção ao idoso mais especificamente no ano de 1996, quando a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, campus de Jequié – Curso de Graduação em Enfermagem aderiu a atividades promocionais para a melhoria da qualidade de vida da população idosa com outros segmentos não-governamentais do Município. Naquele mesmo ano foi criada a Lei nº 8.842/96 da Política Nacional do Idoso.

No Município se observa a valorização e o respeito familiar a idosos, dos quais parcela significativa encontra-se em convívio familiar no mesmo domicílio. Outros, com certo grau de independência, habitam seus domicílios com o cônjuge e/ou um cuidador informal, sob a supervisão da família. Há ainda aqueles que optam por morar sozinhos sem auxílio de outrem.

Em 2001 foi criada no Município a Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta a Terceira Idade – AAGRUTI, entidade sem fins lucrativos com sede no foro jurídico de Jequié. E em 2002 foi criado o Conselho Municipal dos Direitos e Proteção ao Idoso com a Lei nº 1.558 (Jornal - AAGRUTI, 2002).

A contextualização do Município de Jequié objetivou mostrar o cenário onde se desenvolveu este estudo nas suas unidades de saúde que já implantaram o Serviço de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus: Centro de Saúde Almerinda Lomanto, Centro de Saúde Sebastião Azevedo e Centro de Saúde Júlia Magalhães.

Nessas instituições foram identificadas pessoas idosas com 60 e mais anos portadoras de diabetes mellitus tipo 2, em serviço de cadastramento no Programa de Atenção ao Portador de Diabetes e em prontuários de atendimento médico. A escolha de tais instituições decorreu do grande número de pessoas que participam do Programa de Diabetes, pela grande possibilidade de encontrar mais informantes.

4.3 O processo de entrada no campo para a coleta de dados

4.3.1 Entrando no campo de coleta de dados - primeiro momento

Para adentrar esse universo da pesquisa no Município de Jequié/Ba, algumas estratégias foram necessárias para aproximar-me do campo da pesquisa, antes mesmo de encaminhar a solicitação para autorização da pesquisa. Inicialmente senti a necessidade de reconhecer a realidade atual da saúde do Município, uma vez que, estando afastada para estudos de pós-graduação, poderia desconhecer eventuais mudanças estruturais e organizacionais na política municipal de saúde ocorridas na minha ausência.

Assim, entre os meses de fevereiro e março de 2005 procurei agendar encontros com a Secretária Municipal de Saúde e a Coordenadora de Saúde do Município para buscar informações sobre os Programas de Atenção aos Portadores de Diabetes e o funcionamento dos Centros de Saúde. Foram agendados dois encontros com a coordenadora de saúde municipal: no primeiro, essa relatou como se encontravam os programas de atenção aos portadores de diabetes mellitus no Município. Na oportunidade, informei sobre a pesquisa pretendida e seus objetivos. Foi solicitado que apresentasse breve esboço prévio do projeto, que serviria de instrumento para um encontro com os enfermeiros coordenadores de unidades de saúde do Município.

O segundo encontro ocorreu sete dias após o primeiro, no qual foi entregue o referido projeto preliminar à Coordenadora de Saúde do Município, com um pedido à Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa. Decorridos cinco dias, ao retornar à Secretaria Municipal de Saúde, a convite por telefone da Coordenadora de Saúde Municipal, recebi a Declaração da Secretária Municipal de Saúde autorizando o desenvolvimento da pesquisa nas Unidades de Saúde do Município. De posse da Declaração, encaminhei o projeto de tese para o processo de Qualificação e para o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, no mês de maio de 2005, aprovado sem ressalvas pelo Comitê de Ética em 27/06/2005 e pela Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação da UFSC em 05/07/2005.

Respaldo legalmente para realizar a pesquisa, ainda no mesmo mês o Projeto

foi encaminhado à Secretária Municipal de Saúde do Município de Jequié com cópia do Termo de aprovação emitido pelo Comitê de Ética.

De posse do Projeto e da aprovação para a realização da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, a Secretária Municipal de Saúde encaminhou comunicação interna aos enfermeiros coordenadores das Unidades de Saúde do Município informando-os sobre a pesquisa e solicitando todo auxílio necessário para a sua realização.

Acredito que tenha sido uma boa estratégia para ingresso no campo: aproximou as pessoas, estreitou os laços entre instituições de serviço, ensino/pesquisa e mostrou-se necessária para “somar” saberes e contextualizar a realidade do Município no qual a pesquisa se desenvolveu.

4.3.2 Entrando no campo de coleta de dados – o segundo momento

O segundo momento de entrada no campo de estudo foi a visita de apresentação da pesquisadora e do estudo aos Enfermeiros Gestores de Serviço das Unidades Básicas de Saúde: Centro de Saúde Almerinda Lomanto, Centro de Saúde Sebastião Azevedo e Centro de Saúde Júlia Magalhães. A esses enfermeiros foram explicados os objetivos do estudo, solicitando sua cooperação para identificar pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus tipo 2 cadastradas no Programa de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus.

A receptividade dos enfermeiros gestores foi um ponto de extrema relevância para o estudo, pois todos os recursos necessários foram disponibilizados para identificar os prováveis participantes do estudo. Inicialmente fui encaminhada aos enfermeiros do Programa de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus, aos enfermeiros Instrutores/Supervisores do PACS e aos enfermeiros do PSF. Foram-lhes explicados também os objetivos da pesquisa, solicitando sua ajuda, prontamente atendida e materializada com nosso acesso ao livro de agendamento de consulta a portadores de diabetes mellitus tipo 2, aos prontuários de atendimento médico da unidade com apoio do Serviço de Arquivo Médico Estatístico para localizá-los de acordo com o número de cadastro na Unidade Básica às pessoas portadoras de diabetes

mellitus tipo 2. Tínhamos ainda o auxílio dos agentes comunitários de saúde para identificar pessoas idosas convivendo com suas famílias em sua área de abrangência segundo o PACS. Convém destaque ainda a contribuição dos enfermeiros do Programa de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus com a remessa da nominata de pessoas idosas portadoras de diabetes tipo 2 à pesquisadora.

Este segundo momento foi de extrema importância para o *ser* pesquisador, pois percebia o quanto os enfermeiros de serviço precisavam conhecer a razão pela qual suas orientações aos portadores de diabetes não tinham o retorno que almejavam quanto ao controle/manutenção da normoglicemia. Minha pesquisa se mostrava oportuna para responder as suas inquietações, fato que por vezes trazia angústia porque os verbos de nosso estudo são “*Desvelar e Compreender*” e não seria sensato esperar respostas prontas ao questionamento daqueles dedicados profissionais. Mas compreendia-lhes a inquietude, que também era minha, pois não por acaso foi o que me motivou ao presente estudo. Era comum ouvir:

Parece que as nossas orientações não têm efeito.

Sempre chega ao serviço com o diabetes descontrolado e sempre muito nervoso porque diz que a família prepara alimentos que não pode comer.

Tem idosos que sempre faltam às consultas e quando perguntamos o porquê ficam em silêncio.

4.3.3 Entrando no campo de coleta de dados – o terceiro momento

A identificação dos participantes do estudo demandou longas horas e muitos dias de pesquisa nos prontuários das pessoas cadastradas no serviço de diabetes das unidades de saúde a partir de um primeiro levantamento de casos realizado pelo profissional enfermeiro responsável pelo Programa de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus, como mencionado. Esse levantamento tinha como objetivo identificar pessoas idosas na faixa etária de 60 e mais anos portadoras de diabetes mellitus tipo 2. De posse dos números dos prontuários, encaminhava-os para o serviço

de arquivo médico estatístico da instituição, que os levantava pela numeração e os colocava à minha disposição para estudo. Esse estudo era realizado por mim no próprio ambiente da unidade de saúde, devido ao aspecto ético de sigilo documental. Foram dias e dias de estudo ininterrupto no histórico de saúde de cada pessoa idosa para conhecer-lhe o estado de saúde ao longo dos anos em que freqüentavam o Programa de Atenção ao Portador de Diabetes; alguns prontuários registravam uma história de mais de 10 anos, e outros poucos em torno de 4 anos. O conhecimento de tais histórias foi fundamental para o “repport” no momento do contato direto com cada pessoa idosa e sua família. Todo o histórico foi registrado no diário de campo para subsidiar o estudo .

A primeira busca nesses cadastros e prontuários versaram sobre a identificação de pessoas idosas que residem com suas famílias. Obtida essa identificação, retornei aos profissionais enfermeiros do Programa de Atenção ao Portador de Diabetes para identificar os agentes comunitários de saúde-ACS em cuja área de atuação se encontrasse a residência de cada pessoa idosa conforme endereço retirado dos prontuários. Nessa fase foram realizados vários encontros com os ACS para explicar os objetivos do estudo e solicitar sua cooperação para identificar a localização da residência de cada família de pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus tipo 2, e acompanhar a pesquisadora no seu primeiro encontro com essas famílias em seu domicílio. É salutar destacar que os ACS em nenhum momento opuseram qualquer resistência ao estudo, pelo contrário, sentiam-se valorizados pelo reconhecimento de seu trabalho e pela oportunidade de contribuir identificando as famílias cadastradas em sua microárea de atuação.

Após o primeiro encontro com os ACS para informá-los sobre os objetivos do estudo e explicar a forma como participariam na identificação dos endereços residenciais das famílias e na primeira visita, a pesquisadora lhes solicitava número telefônico e endereço residencial, ao tempo em que lhes fornecia o seu número telefônico para troca de informações. Assim, antes do primeiro encontro de visita domiciliar era contactado o ACS por telefone, e passando-lhe o endereço residencial da família a ser visitada; de posse desse endereço, o ACS contactava-a e agendava um horário de visita com a família para o encontro; feito isto era confirmada a visita

por telefone pesquisadora-ACS e agendado o primeiro encontro de visita do estudo à família, onde prosseguiram as etapas seguintes.

As visitas subseqüentes foram agendadas diretamente entre pesquisadora e família, conforme a disponibilidade familiar.

4.4 Os participantes do estudo

O estudo foi desenvolvido com 9 pessoas idosas na faixa etária de 60 e mais anos, em condição crônica de diabetes mellitus tipo 2, e 28 familiares que residiam no mesmo domicílio da pessoa idosa - esposa ou esposo, filhos e filhas, netos e netas, genro e nora - com idades entre 18 e 60 e mais anos. A garantia do anonimato das pessoas que participaram do estudo foi assegurada, sendo identificados por ordem alfabética de “A” a “I”, e duas letras correspondentes a letras de seu nome próprio retiradas de forma aleatória, e a pessoa idosa portadora de diabetes mellitus identificada segundo representação gráfica – genograma como *Pessoa Índice*, e os demais membros da família de acordo com o grau de parentesco.

O número de pessoas que integraram o estudo foi definido no processo de coleta de dados, pelo seguinte critério de inclusão: as famílias estarem convivendo na mesma moradia com a pessoa idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2 devidamente cadastrado em uma das três Unidades Básicas de Saúde - UBS do Município de Jequié (CSAL, CSJM e CSSA), e a pessoa idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2 estar cadastrada no Programa de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus. Entre as famílias (membros que cuidam, que são responsáveis e o próprio idoso) que se prontificaram a participar do estudo, disponibilizando-se para receber a pesquisadora e serem entrevistadas nas visitas domiciliares, nesse processo de coleta de dados e por tratar-se de um estudo de natureza qualitativa, a amostra foi identificada durante o levantamento de dados no campo.

Neste sentido, foi considerada a saturação dos dados, um conceito que segundo Glaser e Strauss (1967) apud Cervený & Bertthoud (2002) pode ser “compreendido como aquele ponto no qual novos dados já não trazem novas compreensões sobre o

objeto de estudo” (p. 182), em relação a alguns aspectos, tais como: o convívio familiar antes e após a doença, conhecimento sobre a doença, percepção sobre as intervenções dos profissionais médico e de enfermagem para a família, a dinâmica familiar e a inter-relação de convívio com o diabetes mellitus, a composição familiar e sua participação no cuidado e as maneiras como a família lida com o diabetes mellitus em um de seus membros. Entretanto, a procura dos aspectos que considerava fundamentais ao estudo, embora que, ao observar o fenômeno procurado e o seu fundamento, partir do princípio que o mundo vivido pelos participantes considerados individualmente e na sua unidade familiar, é a base para desvelar o conhecimento sobre suas vivências.

Ainda, por estar ciente de que todas as abordagens que fazemos são norteadas pelas experiências que tivemos a oportunidade de viver, e sobretudo por tratar-se de um estudo naturalístico, estive atenta aos pressupostos subjacentes à minha atividade de pesquisadora, uma vez que as experiências vividas e os significados de tais experiências era o que pretendia compreender, mantendo a originalidade da existência humana e suas inter-relações de forma singular e no contexto de suas relações.

Os participantes deste estudo são pessoas, e como tais, indivíduos de singularidade e complexidade, imersos num universo de *multiversas* formas de estar no mundo e relacionar-se com ele, especialmente no mundo das inter-relações familiares convivendo com uma doença crônica como o diabetes mellitus tipo 2, além de ser parte de uma árvore genealógica e de uma rede ampla de relações.

O mais importante é a compreensão do *ser* participante, da pessoa em foco ou por outras palavras, da *unidade familiar* em estudo, importante pela natureza do estudo que propiciou identificar pessoas em diferentes fases de desenvolvimento de jovens adolescentes a pessoas senescentes; de não-alfabetizados a pós-graduados; de trabalhadores informais a trabalhadores formais; de aposentados àqueles em processo de aposentadoria; e, em sua maioria assalariados. Mas, todos proprietários de suas casas, servidas por saneamento básico, rede elétrica e coleta de lixo.

4.5 Procedimento de observação de campo: uma possibilidade de descobertas

Inicialmente, destaco que o desvelar deste item segue uma preocupação pessoal do meu *ser* pesquisadora e para tal optei inicialmente, por fazer uma breve contextualização das técnicas de obtenção dos dados segundo alguns autores nos quais busquei subsídios para esta etapa do estudo. Posteriormente, passo a descrever em momentos o que optei por denominar “*abrir as cortinas para desvelar as informações*” de cada etapa percorrida no processo de desnovelamento dos dados.

Como possibilidades de técnica de obtenção de dados utilizei a entrevista em profundidade e observação naturalística.

A entrevista é uma das opções de coleta de dados qualitativos que apresenta as vantagens de propiciar oportunidades para motivar e esclarecer o informante, permitir maior controle sobre a situação e avaliação da validade das respostas mediante a observação do comportamento verbal e não-verbal (CASSIANI et al., 1996).

Para Minayo (1994), a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de dados, pois possibilita a revelação de diferentes situações vividas, a posição e a compreensão da pessoa diante de um fenômeno.

Segundo Triviños (1987), a entrevista é uma técnica privilegiada, pois ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, também oferece ao informante a liberdade e espontaneidade necessárias, o que enriquece a investigação.

Pode-se entender esse tipo de entrevista como aquela que oferece amplo campo de interrogativas advindas de questionamentos básicos norteadores do estudo, em cujo desenvolvimento permite ao participante do estudo uma postura de espontaneidade, descontração e uma linha de pensamento desencadeador de suas experiências. Por outro lado, para Oliveira (1998) a entrevista é um instrumento complexo, pois coloca frente a frente pessoas que, na maioria das vezes, pertencem a mundos diferentes. Assim, para o êxito do seu empreendimento, o pesquisador precisa, segundo Triviños (1987), desenvolver habilidades que permitam um clima de simpatia, de confiança, de lealdade, de harmonia e mais modéstia, que contribui para que se estabeleça o ambiente que permite a mais ampla expressão de naturalidade e espontaneidade.

No enfoque qualitativo a entrevista é resultante não só da teoria que alimenta a

ação do investigador, mas também de toda a informação que ele recolheu sobre o fenômeno que lhe interessa, inclusive na escolha dos participantes que serão entrevistados (TRIVIÑOS, 1987). Outro aspecto importante destacado ainda por Triviños é a necessidade de ser a entrevista gravada e imediatamente transcrita pelo pesquisador ou equipe, antes de realizar outra entrevista com o mesmo participante ou outros, para numa pré-análise ir compreendendo o fenômeno. O autor destaca que a gravação “permite contar com todo o material fornecido pelo informante”, dá ênfase ao diário de campo por ser este um instrumento que acompanha a gravação e possibilita “anotações gerais sobre atitudes ou comportamentos do entrevistado” (p. 148).

Outra técnica utilizada, a observação naturalística, estratégia que permitiu ver como interagem e se relacionam os membros da família entre si, em seu ambiente. É um procedimento que visa “contextualizar o fenômeno, ampliando o foco, o observador pode perceber em que circunstâncias o fenômeno acontece, verá relações intrassistêmicas e intersistêmicas [...], uma teia de fenômenos interligados [...] e terá diante de si a *complexidade* do fenômeno” (VASCONCELLOS, 2002, p. 151). Nessa abordagem de observação, o observador usa a visão sistêmica para ver o fenômeno, na busca de perceber que o fenômeno existe não independente dele, porque ele também faz parte do contexto observado.

Outros recursos utilizados para obter os dados foram o genograma e ecomapa da família. O genograma é a representação gráfica da estrutura familiar e segue os gráficos convencionais genéticos e genealógicos – é uma árvore da estrutura familiar. Segundo Wright & Leahr, (2002, p. 84-5), “propicia dados ricos sobre os relacionamentos, ao longo do tempo, podendo também incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migração”. Segundo as autoras, no genograma é prática incluir pelo menos três gerações.

Pode-se ainda inferir que se trata de um método de colher e sumarizar dados familiares que permitem uma percepção rápida e fácil da estrutura familiar e dos seus problemas. Ilustra não só a transmissão de doenças hereditárias, mas também outros tipos de problemas de alta incidência na família, sejam estes de fatores ambientais ou sociais, traços familiares ou hábitos que predisõem os futuros membros da família à

probabilidade de apresentarem o mesmo tipo de problema.

Como no genograma, o valor primário do ecomapa é a apresentação visual. Por outro lado, o objetivo do ecomapa é “representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos” (WRIGHT & LEAHER, 2002, p. 91), além de integrar todos os elementos do seu meio e a qualidade das suas interações.

Estes dois últimos instrumentos possibilitam melhor visualização das interações mais amplas da família e melhor percepção sobre o contexto familiar, sua estrutura, composição, papéis e como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente (WRIGHT & LEAHER, 2002).

Genograma, ecomapa, entrevista, observação naturalística e diário de campo contribuíram para melhor esclarecer o que foi perseguido no fenômeno em estudo.

4.5.1 Abrindo as cortinas para desvelar a dinâmica das relações da família

Relatados de forma geral os instrumentos que subsidiaram o caminhar para a coleta de dados, passo a discorrer sobre os procedimentos posteriores conforme foram acontecendo.

1º. Momento

O primeiro momento de contato direto com os participantes do estudo mostrou-se como aquele em que o pesquisador vê-se em estado de ansiedade e preocupação e se questiona se as pessoas identificadas através do cadastramento nas unidades de saúde no programa de diabetes aceitarão participar do estudo e se compreenderão os objetivos e o intuito da pesquisadora para o cuidar de enfermagem ao indivíduo e família convivendo com diabetes.

Ao mesmo tempo, emergia a inquietude da busca do conhecimento, da interação humana, da compreensão do fenômeno e do enfrentar o *porvir*.

Imersa nessas sensações, adentrei o campo de estudo humildemente, cônica de que ao abrirem-se as “cortinas” muito se mostraria à minha sensibilidade humana; que, ancorada nos conhecimentos construídos com o referencial teórico, encontraria os subsídios para compreender o fenômeno, certa de que outros conhecimentos seriam

necessários.

Para tanto, antes de iniciar as entrevistas, foi agendado com a pessoa idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2 e sua família, um encontro em seu domicílio, o qual foi feito através do ACS da microárea. Este primeiro encontro se dava com a participação deste de maneira a facilitar a entrada da pesquisadora no campo de estudo.

Acertado com o ACS, ia ao seu encontro, geralmente no Centro de Saúde de sua microárea e juntos nos dirigíamos para a residência da família da pessoa idosa conforme agendado. Todos os encontros agendados foram satisfatoriamente atendidos pelas famílias.

Assim, antes de iniciar as entrevistas, primeiramente fazia-se a apresentação da pesquisadora à família, do projeto de pesquisa, dos motivos que me conduziram a realizá-la, os objetivos e as possíveis contribuições que o estudo poderia trazer para a pessoa idosa e família na sua dinâmica de relações no convívio com o DM tipo 2. Após apresentação sucinta e em linguagem simples e objetiva explicitava o que desejava deles, a necessidade de gravar a entrevista e destacava os cuidados que teria com os dados quanto ao sigilo e o anonimato. Feito isto, e ciente de que haviam compreendido a intenção, perguntava se os membros familiares presentes ao encontro aceitavam participar do estudo. Mediante aceitação, apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, e após sua leitura bem pausada solicitava sua assinatura, deixando uma via com a família e levando outra para arquivo da pesquisadora, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Somente houve duas situações em que foi preciso repetir os passos acima, pelo fato de no primeiro encontro não estarem todos os familiares presentes por ser horário de trabalho, o que não trouxe qualquer prejuízo ao estudo.

Estando de posse do Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes do estudo, iniciava o trabalho de campo com a elaboração do genograma da família, conforme modelo representativo a seguir.

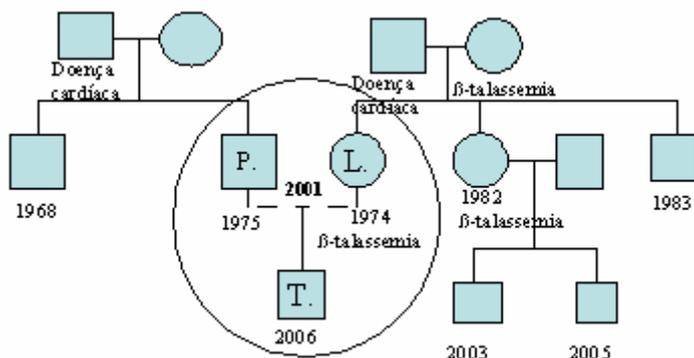


Figura 3: Genograma de uma família fictícia

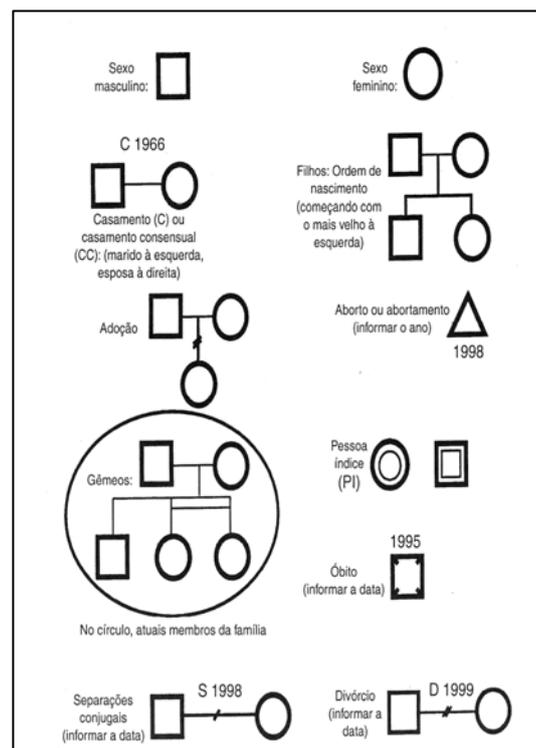


Figura 4: Símbolos utilizados nos genogramas

O genograma era elaborado pela pesquisadora com a participação direta da família. Para isto usava papel de 50X30 cm, lápis preto número 2 e um apagador (borracha). Os membros da família davam informações necessárias, buscavam os documentos de identidade e outros para conferir data de nascimento, casamento e óbito. Também contavam histórias sobre o processo saúde-doença da família e suas inter-relações familiares.

Este se tornou um dos momentos mais emocionantes da pesquisa, pois era permeado de extremo envolvimento familiar, de muitas conversas, sorrisos, lágrimas contidas, tensões, frases por dizer e mudança da expressão facial. Se fosse possível resumir todos esses sentimentos, diria que o *ser humano* é a essência de sentimentos em estado de erupção. E, como não poderia deixar de ser, a pesquisadora, também *ser humano* e na intersubjetividade humana, via-se como parte do contexto, ou seja, a objetividade entre parênteses preconizada pelo novo paradigma da ciência (VASCONCELLOS, 2002).

A elaboração do genograma durava em média cerca de 2 horas, apesar de ser

considerado uma técnica rápida, e por vezes o é quando elaborada numa consulta individual, por exemplo. Porém, neste estudo a elaboração do genograma era permeada por momentos de conversação e manifestações de sentimentos da família, sempre estimuladas pela pesquisadora como contributo para a observação naturalística, pela riqueza e profundidade das discussões.

Ao término da elaboração do genograma, todo material era recolhido, e agendado o próximo encontro para iniciar a entrevista dos membros da família identificados no genograma que residiam no mesmo domicílio da pessoa idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2, a qual, após identificada no genograma, passava a ser conhecida na representação gráfica como pessoa índice.

Ao concluir o genograma, novo encontro era marcado, geralmente de 4 a 7 dias após o primeiro, anotando as informações em diário de campo, utilizando para isto o exercício da memória recente. Também era dado prosseguimento e reelaboração do genograma no domicílio da pesquisadora, o que demandava muitas horas de trabalho na confecção de um novo genograma com dimensões de 100X80cm, sendo utilizado papel branco Superbom, papel-cartolina amarela, azul e vermelha, as quais, representando por ordem de cores, círculo, quadrado e triângulo, símbolos geométricos da representação gráfica do genograma, cola plástica e lápis piloto na cor preta. Com esses recursos e dados era montado o novo genograma para ser apresentado à família no segundo encontro antes da realização da primeira entrevista. Os participantes a serem entrevistados foram tantos quantos apareceram nas relações da unidade familiar identificados no genograma. Esse processo foi obedecido com todas as nove famílias participantes do estudo .

Ressalta-se que foram visitadas 36 famílias conforme levantamento feito no prontuário de atendimento médico e de enfermagem e no livro de aprazamento de consultas do Programa de Atenção ao Portador de Diabetes, mas nas visitas identificava que muitas famílias não satisfaziam os critérios de inclusão no estudo; ao final da seleção, apenas 9 famílias compuseram a amostra por contemplar todos os requisitos de inclusão.

Outro aspecto neste 1º. *Momento* e que considerei fundamental para a aproximação com os participantes do estudo, quanto ao “rapport”, foi o conhecimento

adquirido através das longas leituras e anotações no diário de campo sobre o processo saúde-doença dos idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2, colhido nos seus prontuários nas unidades de cadastramento do Serviço de Atenção ao Portador de Diabetes. Esse registro em diário de campo foi uma ferramenta que possibilitou estabelecer a confiança e o clima de empatia entre a família e a pesquisadora, seu interesse com o problema de saúde em um membro familiar, aspecto relatado pelas famílias em frases como:

Você lembra coisas sobre minha saúde que eu já tinha até esquecido, mas é que faz muito tempo (Família C- Pessoa Índice, idosa diabética, Ad)

Gostei de saber que os profissioanis de saúde realmente se importam com nossa saúde (Família F- Pessoa Índice, idoso diabético, An)

Menina como você consegue lembrar tudo isto de minha saúde! Fico feliz em saber que se preocupa e estudou tudo isto pois tem mais de dez anos que ando por lá. (Família B- Pessoa Índice, idosa diabética, Ma)

Na entrevista, segundo Triviños (1987, p. 149) , o *rapport* “é essencial para atingir a máxima profundidade no espírito do informante sobre o fenômeno em estudo”. A preocupação com essa necessidade ajudou-me de maneira especial na implementação da coleta de dados aos participantes do estudo, reforçando sobremaneira os pressupostos filosóficos dos pesquisadores da abordagem qualitativa.

2º. Momento

No segundo momento de encontro com a família já me sentia mais próxima do seu contexto, pela acessibilidade permitida no primeiro encontro e também porque a família já aguardava a pesquisadora conforme agendamento prévio.

Assim, após as formalidades do encontro, que em sua totalidade ocorreu de maneira descontraída, dava-se início à apresentação reconstruída do genograma pela pesquisadora aos membros familiares. Por suas dimensões (100X80 cm), era colocado numa parede da casa como um quadro, no qual, com a pesquisadora, a família identificava os seus membros. Como na elaboração, esse momento era enriquecido por sentimentos, pois até então os membros familiares não conheciam o significado dos

símbolos utilizados no genograma: chamava-lhes atenção as cores, a disposição das figuras, o significado das linhas, das formas geométricas e de como se podia naquele instrumento representar todos os membros de sua família até a 3^a. geração.

Com o genograma exposto numa parede da sala da casa a família ia relembando seus membros ausentes por óbito ou por residirem em outras localidades, identificando a formação de novas constituições familiares, o ingresso de novos membros, o desenvolvimento de sua árvore genealógica. Nesse momento, tanto as pessoas mais jovens (crianças, adolescentes e adultos jovens) como as mais idosas da unidade familiar viam-se ali representadas em figuras geométricas e identificavam-se no quadro. Tratava-se de um momento rico em expressão de sentimentos com lágrimas, frases saudosas pelos entes queridos que já não se encontravam mais com a família, alegria dos mais velhos por ver a evolução de sua família, satisfação pelos novos integrantes à família. Havia também interesse em dar continuidade ao genograma ali apresentado e desejo de mostrá-lo a outros elementos da família ausentes por residirem em outras cidades.

Apresentado o genograma e identificados os elementos que residiam no mesmo domicílio com a pessoa idosa portadora de DM tipo 2, solicitava-lhes atenção para responder as perguntas que lhes fazia.

A entrevista era realizada com um ou dois membros da família nesse segundo encontro, porém individualmente (questões norteadoras da entrevista em apêndice 2). Durava cerca de 4 a 5 horas, desde a apresentação do genograma até o final de cada entrevista, as quais eram gravadas para que pudessem ser registradas as entonações, as pausas e outras formas de comunicação não-verbal (como suspiros, por exemplo).

Para os demais membros da família ficava acordado o agendamento do próximo encontro para as entrevistas que aconteciam em 4-7 dias em média uma da outra, e assim sucessivamente até entrevistar todas as pessoas identificadas no genograma. Para cada família participante do estudo foram realizados 5 encontros, exceto para a “*Família F*”, que demandou 7 encontros, pelo número de participantes identificados no genograma com influência na dinâmica de relações do sistema familiar.

A entrevista acontecia na residência da família, e embora grande parte dos membros familiares presentes continuassem no domicílio durante a entrevista, esta

ocorria de forma individualizada. Por outro lado, uns poucos membros adotavam uma posição de observação a distância na maior parte do tempo, e por vezes sentiam necessidade de interferir na entrevista, apontando aspectos da relação familiar. Mas o entrevistado não manifestava qualquer reação de descontentamento, pelo contrário, entendia a interrupção como um contributo a sua resposta. Sobre esse aspecto, podia perceber claramente como a retroalimentação, a globalidade e a inteireza entre outros aspectos da abordagem sistêmica estavam presentes no desenvolvimento das entrevistas.

Ao final de cada entrevista, completava os dados anotando as observações no diário de campo. Além da natural complementaridade essas observações eram depois analisadas e serviram para agendamento dos próximos encontros e das idéias (*insights*) que se mostravam. Foram efetuados registros sobre o comportamento dos demais membros durante a realização das entrevistas, as situações em que ocorriam as interrupções durante as entrevistas e o contexto do ambiente físico da residência da família. Segundo Triviños (1987, p. 153),

observar naturalmente não é olhar [...] é destacar de um conjunto (objetos, pessoas, animais etc) algo especialmente [...] Individualizam-se ou agrupam-se os fenômenos dentro de uma realidade que é indivisível, essencialmente para descobrir seus aspectos aparentiais e mais profundos, até captar se for possível, sua essência numa perspectiva específica e ampla, ao mesmo tempo, de contradições, dinamismos, de relações etc.

Após a entrevista, orientado pela pesquisadora, o participante procedia a elaboração do ecomapa, para representação gráfica de sua rede de vínculos relacionais e rede social da qual fazia parte, e a qualidade das interações que ele tinha com o seu meio. O desenho era feito numa folha de papel A4 utilizando lápis preto número 2. Após a representação feita pelo participante, assim como no genograma, eu reconstruía o ecomapa rerepresentando-o ao participante de forma individual no próximo encontro de visita domiciliar, antes da entrevista com outro membro da unidade familiar, para que o ecomapa realizado pudesse ser validado ou ser submetido a correções para nova avaliação, e poder ser utilizado como instrumento para a análise dos dados do estudo. Esse processo se repetiu com cada membro das nove famílias participantes do estudo,

identificados após elaboração do genograma. A realização do ecomapa e seus vínculos seguiu o modelo abaixo .

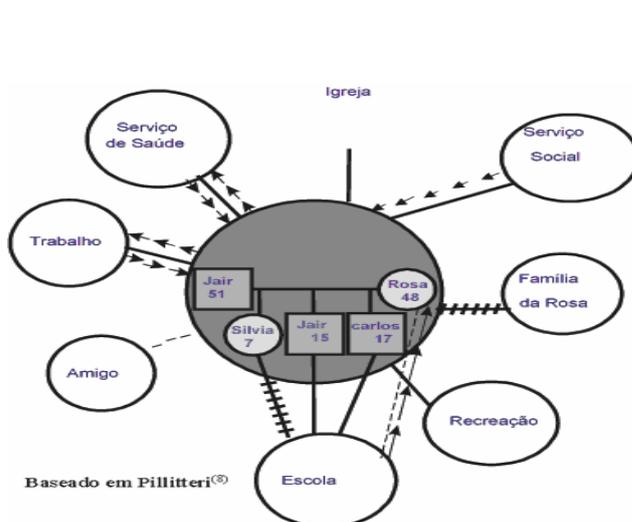


Figura 5: Ecomapa

Fonte: Pillitteri (1999)



Figura 6: Clave de simbologia - Psicofigura de Mitchell, Vínculos (Traço cheio-Vínculos Fortes, **grifo meu**)

Fonte: Agostinho, M; Rebelo, L (1988)

Tendo em vista os padrões transacionais de relacionamentos no sistema familiar (vínculos) e considerando as muitas interpretações encontradas na literatura sobre o tema, elaborei as definições de cada um dos vínculos, seguindo a compreensão do significado que os participantes deste estudo davam à suas inter-relações no sistema familiar e, também, a transversalidade com o encontrado na literatura. A seguir defino a clave de simbologia da Psicofigura de Mitchell:

Os *vínculos fortes* caracterizam os relacionamentos de proximidade, união, respeito, complementaridade e amor dos subsistemas familiares que nutrem sentimentos positivos um com o outro de forma recíproca, uma dependência emocional e sentimento de pertença com valorização dos papéis e valores da unidade familiar de forma hierárquica.

Os *vínculos moderados* caracterizam os relacionamentos de proximidade com estreita dependência emocional entre os membros, porém com um menor grau de envolvimento se comparado com os vínculos fortes, mas com interesses, atitudes e

sentimentos de valores recíprocos entre seus subsistemas na unidade de pertença.

Os *vínculos superficiais* caracterizam os relacionamentos com proximidade delimitada por fronteiras rígidas entre seus membros, embora haja sentimentos de pertença e dependência emocional, há coexistência entre pertencimento e separação num emaranhado de conflitos relacionais.

Os *vínculos muito superficiais* caracterizam os relacionamentos em que há contato entre os subsistemas, porém superficial e definido como de indirefeça.

Os *vínculos negativos* caracterizam os relacionamentos traduzidos por dificuldade de comunicação e inter-relação, freqüentemente manifesto por atritos, ansiedades e desavenças; fronteiras rígidas, com a elaboração de sentimentos emocionais conflituosos.

Os *vínculos de relacionamento distante* caracterizam os relacionamentos de pouco ou nenhum contato emocional.

Os *vínculos de desavença ou rompimento* caracterizam a ausência de contato entre os subsistemas, persistindo sentimento emocional negativo.

Os *vínculos fundidos ou conflituais* caracterizam os relacionamentos nos quais há conflitos explícitos com risco de agressão verbal e ou física.

3º. Momento

Assim chamado para uma melhor compreensão do meu caminhar, era concomitante à realização aos encontros domiciliares já descritos.

Esse momento refere-se ao trabalho minucioso da escuta sensível, do isolamento por horas em ambiente silencioso para transcrever as entrevistas gravadas.

Destaco que essa etapa foi sem dúvida uma das tarefas mais delicadas do processo de investigação. Delicada, pelas minúcias de detalhes que devia perceber e que foram muitas vezes complementadas pelas anotações feitas no diário de campo.

Assim, no silêncio do gabinete de trabalho residencial me isolava do mundo lá fora, para centrar-me na transcrição das 37 entrevistas, todas feitas por mim mesma. Inicialmente, voltava e escutava cada fita como se ouvisse uma melodia; em seguida, começava a transcrição em papel A4 usando lápis preto número 2, transcrevendo as falas tais como eram ditas, respeitando a forma original falada de cada participante do

estudo na íntegra, não fazendo correções linguísticas e/ou gramaticais, mas antes, respeitando a narrativa de cada *Ser* participante, tal como ele se expressava no seu modo peculiar de falar.

O objetivo principal das transcrições serem feitas por escrito numa primeira etapa, era não dividir a atenção de escuta e percepção com outros sentidos (como aqueles ao manusear o computador). Assim, podia retornar várias vezes à mensagem para registrá-la exatamente como fora proferida. Tratava-se de um trabalho minucioso em que a atenção se voltava exclusivamente para captar o conteúdo.

Ao término de cada transcrição escutava mais uma vez a gravação acompanhando-a pelo texto escrito, na tentativa de identificar eventuais falhas e corrigi-las. Foi um trabalho moroso, exaustivo e demandou muitas horas laborais.

Após a transcrição de todas as entrevistas, passava a digitá-las em Programa Microsoft Office Word 2003, resultando num total de 335 laudas, em papel A4, fonte 12 Times New Roman e espaço 1.5.

Acredito ser importante destacar que, segundo alguns autores, como Triviños (1987), por exemplo, o uso de gravadores pode inibir a espontaneidade dos participantes do estudo, mas não foi o que aconteceu com os participantes desde estudo. Sobre isto, o mesmo autor destaca:

quando se tem alcançado nível de simpatia recíproca, de confiança mútua, entre informante e pesquisador, podemos dizer que os dados fornecidos pelo entrevistado são vitais para a pesquisa, porque o informante marca sua presença também com verdadeiro interesse, isto é, está participando ativamente no desenrolar da investigação (TRIVIÑOS, 1987, p. 150)

4º. Momento

A citação acima vem resumir este que chamo de *4º. Momento*, não na seqüência linear de acontecimentos, no que se refere a “*abrir as cortinas para desvelar as informações*”, mas, e sobretudo, por este estudo caminhar pela abordagem novo-paradigmática da ciência pós-moderna que põe a objetividade entre parênteses, ou seja, as relações humanas fazendo parte do contexto do estudo – a intersubjetividade, a complexidade e a instabilidade (VASCONCELLOS, 2002).

Assim a ciência se mostrou, pois à medida que pesquisava, também cuidava, interagiu com os participantes do estudo buscando compreender os problemas que eles próprios identificavam na sua dinâmica de relações, e, por vezes, pesquisador e pesquisado faziam parte do contexto explorado, porque ali emergiam relações de conflito familiar, dificuldades socioeconômicas para promover o sustento e cuidado familiar, o sofrimento causado pela doença no sistema familiar, as *multiversas* formas de hierarquização intergeracional, dentre outros.

Assim, a questão da objetividade sem dúvida foi radicalmente refutada: com base na epistemologia crítica, aqui encontrei reforço para a resposta sobre a importância da intersubjetividade; e também a complexidade em suas redes de relações familiares no universo de cada participante e do todo de forma contextual, e a instabilidade que permeia o viver humano.

Posso resumir este 4º. *Momento* como algo já descrito anteriormente: o pesquisador qualitativo valoriza a subjetividade, as múltiplas realidades encontradas, a descoberta, descrição e compreensão da realidade que se mostra de forma interpretativa e naturalística, considerando ser o todo mais que a soma das partes, e sendo ele próprio parte do processo, uma vez que os indivíduos em estudo são participantes, e também porque considera a dependência do contexto (STREUBERT e CARPENTER, 2002).

4.6 Considerações éticos-legais – o respeito aos direitos das famílias

Os princípios éticos deste estudo foram contemplados como prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e exige respeito à dignidade humana, na ponderação dos riscos e benefícios da pesquisa sobre os sujeitos, na relevância social da pesquisa, na garantia da confiabilidade e privacidade, no respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos e no retorno social dos benefícios da pesquisa.

Por tratar-se de estudo que envolve seres humanos, seguiu as determinações da Resolução acima, destacando-se o seguinte:

a) as famílias que aceitaram participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento pós-informado para o respaldo e proteção da pesquisa;

b) foi-lhes garantido o sigilo das informações prestadas e que seu uso seria restrito ao estudo apresentado;

c) a participação foi voluntária e a qualquer momento poderia deixar de participar do estudo se o desejasse;

d) foi-lhes solicitada autorização para gravação de voz.

Depois de selecionadas por critérios de inclusão, as famílias foram informadas e esclarecidas de forma verbal e escrita, sobre o objetivo da pesquisa.

A operacionalização da abordagem só ocorreu após submetido o anteprojeto de qualificação à Secretaria de Saúde do Município de Jequié/Ba, ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina – CONEP/ANVS número 169/05 e aprovado o Projeto de tese também pelos quatro membros da banca examinadora instituídos pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

4.7 Procedimento de análise e interpretação dos dados

Depois de colher os dados de forma cuidadosa e criteriosa, é comum nos depararmos com a difícil tarefa de organizá-los devido à profundidade e riqueza de conteúdos, para que o sentido fique claro e possibilite ao pesquisador qualitativo extrair deles todos os elementos que emergiram dos participantes do estudo.

Como vimos, a pesquisa produziu quatro tipos de dados brutos: a transcrição literal das entrevistas em áudio gravadas, o diário de campo para subsidiar e complementar os dados, o genograma e o ecomapa, embora estes dois últimos instrumentos tivessem como principal fundamento identificar os participantes que fizessem parte da dinâmica de relação familiar no domicílio e os elementos do seu meio e qualidade das interações entre eles. No entanto, reverteram-se em valiosos instrumentos para compreender a dinâmica familiar.

Segundo Bogdan e Bikler, a análise de dados é “o processo de busca e de organização sistemática de transcrições de entrevistas e notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objetivo de aumentar a sua própria

compreensão desses mesmos materiais e de permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou” (BOGDAN & BIKLER, 1994, p. 205). Assim, uma atividade de muita introspecção, reflexão sobre o encontrado, para fazer emergir o que de fato estava na comunicação verbal e/ou não dos participantes do estudo, o que se encontrava nas entrelinhas, a consideração no que se destacava em certas palavras, frases, expressões de comportamento que podiam servir para contextualizar os dados.

Para interpretar os dados e analisá-los na investigação qualitativa, optei pela análise de conteúdo para atender aos objetivos propostos, buscando obter uma descrição densa sobre as relações dessas pessoas, o que fazem, suas expectativas imediatas ante o processo saúde-doença em um de seus membros e o convívio familiar. Ao final, obter a descrição naturalística da dinâmica relacional da família na vivência da cronicidade em um membro idoso que visualize perspectivas contributivas ao sistema de saúde à família enquanto contexto de cuidado.

A análise de conteúdo é uma técnica refinada, delicada e requer muita dedicação, disciplina, perseverança, paciência e tempo para satisfazer a curiosidade do *ser* pesquisador, exigindo, além disso, intuição, imaginação e observação refinada do que considera importante. Ao mesmo tempo, criatividade para decompor o conteúdo e elaborar as categorias, o que exige do pesquisador certo nível de rigidez.

Fortin (1990) desenha o processo de análise de dados como o que permite a busca de sentido numa descrição da experiência humana, a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência.

Neste estudo para interpretar as informações e analisar os dados optei por seguir o modelo interativo sugerido por Huberman e Miles (1984) que consiste em três passos ou componentes de atividades concorrentes: a redução dos dados, sua organização e apresentação e a interpretação e verificação das conclusões.

Segundo Lessard-Hérbert, Goyette & Boutin (2005, p.108-9), “a composição da redução dos dados inicia-se antes e processa-se também durante e após a recolha dos dados, enquanto as componentes de apresentação e de interpretação/verificação se desenvolvem durante a após a recolha dos dados”. E ainda “a análise qualitativa é cíclica, ou interactiva, já que implica um vaivém entre as diversas componentes”.

Huberman e Miles (1984, p. 23) definem a primeira composição do modelo, a

redução dos dados, como o processo “de seleção, de centração, de simplificação, de abstração e de transformação” do material compilado. São de operação contínua na investigação qualitativa que se inicia desde o momento em que se determina o campo de observação até a fase em que se decide aplicar um sistema de codificação e resumi-lo.

A redução dos dados pode ser feita em três fases distintas da investigação: 1) antes da coleta dos dados – *redução antecipada*; 2) durante a coleta dos dados – *redução concomitante* e 3) após a coleta dos dados – *redução a posteriori*, esta diretamente ligada aos procedimentos utilizados para tratar, apresentar e interpretar/verificar os dados (LESSARD-HÉRBERT, GOYETTE & BOUTIN, 2005).

Huberman e Miles (1984) relatam que a fase de organização e tratamento dos dados condensa numerosas operações que giram em torno do conceito de tratamento dos dados, como a estruturação de um conjunto de informações que permitirão tirar conclusões e tomar decisões. É importante utilizar recursos para uma consulta visual rápida, que são úteis, sem dúvida, no relatório final e que não podem ser por vezes negligenciados, pois o recurso e modos de apresentação que reduzam e estruturam os dados é uma importante via de aperfeiçoamento da análise dos dados qualitativos como, por exemplo, os quadros de categorias, figuras e matrizes, dentre outros.

Com a interpretação e a verificação das conclusões pretende-se “extrair significados a partir de uma apresentação-síntese dos dados – pondo em evidência ocorrências regulares, esquemas, explicações, configurações, possíveis tendências causais e proposições” (HUBERMAN & MILES, 1984, p.24).

Sublinhe-se que a interpretação tem início imediatamente após a coleta dos dados e dá-se pela formulação de conclusões provisórias que são testadas ainda na campo e às quais vão sendo acrescentadas outras no percorrer da investigação, enquanto as novas observações vão se tornando mais explícitas. Essa componente da análise integra uma dimensão de verificação (LESSARD-HÉRBERT, GOYETTE & BOUTIN, 2005).

A interpretação dos dados, na seqüência de sua organização, é criadora de sentido.

A primeira fase, a codificação, consiste em fazer enquadrar num mesmo formato os dados expressos com maior ou menor liberdade e com maior ou menor idiosincrasia; na segunda fase trata-se de os fazer sair do formato

utilizado no tratamento para o transpor e encontrar ou reencontrar um sentido. Assim, em seguida é, primeiramente, redutora para, em seguida, ser criadora através de elaboração de explicações e de novas questões que transcendem a secura dos resultados (Van der Maren, 1987, In: LESSARD-HÉRBERT, GOYETTE & BOUTIN, 2005, p. 123)

A análise e interpretação dos dados constitui-se, assim, de um processo de várias idas e vindas para fazer desvelar o fenômeno, a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência que visa à revelação do “*oculto*”, respeitar o paralelismo intersubjetivo, a sobreposição das estruturas aparentes e reveladoras.

O investigador desembarca no campo da pesquisa munido de um quadro conceitual em embrião e de uma série de questões de âmbito geral, guiado pela sua necessidade de desvelar o fenômeno e aquietar as suas inquietações, mas deve reconhecer que os conceitos teóricos de partida são passíveis de uma alteração no decurso da investigação e, portanto, deverá considerar enquanto pesquisador qualitativo, *ser* multirreferenciado. Nesse contexto, este estudo de abordagem sistêmica mostrou o quão importante é ter em mente e caminhar pela vertente dos multirreferenciais, considerando o fenômeno em estudo, *desvelar e compreender a dinâmica de relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2*. A seguir, descrever os passos que conduziram à análise dos dados, conforme estou construindo neste item a trajetória do tratamento e a análise das informações. Descrevo em itens estes passos e a maneira como foram praticados em relação aos dados obtidos com os instrumentos utilizados.

- Da transcrição das entrevistas, conforme referido no 3^o.*momento* do ponto 5.5.1 “*abrindo as cortinas para desvelar as informações*”, procedi à leitura de todo seu conteúdo procurando estabelecer o grau de congruência entre o narrado pelos participantes do estudo e o texto escrito, em sucessivos momentos de vaivém para compreender o sentido do discurso.

Outras leituras e releituras foram se sucedendo com o objetivo de apreender claramente o significado do discurso, para que pudesse enxergar/perceber o sentido do todo e das partes, reduzindo-os até chegar a uma seleção de material

das entrevistas que permitisse extrair para análise parágrafos e frases, procedendo então à identificação das unidades de análise ilustrativas das experiências vividas e descritas, a essência na definição do fenômeno.

Da leitura da análise desse material seguiu-se a redução das unidades significativas para a qual usei da intuição e da liberdade de imaginação procurando identificar parágrafos ou frases que iam sendo sublinhados no texto em sua essência e que foram considerados reveladores da experiência descrita, sendo feito de forma indutiva *a priori*, visando a definir as “categorias nativas”. Essa é uma expressão que se utiliza quando as categorias são identificadas utilizando-se segmentos das próprias falas dos participantes do estudo.

O processo de exploração do material para encontrar a essência foi moroso; segundo Gil (1999), é longo e fastidioso, porém acrescento: é também de reflexão e entusiasmo para desvelar o fenômeno.

- A categorização é uma etapa delicada, não sendo possível categorizar *a priori* suas principais categorias. Em alguns casos, sua origem será empírica com base no estudo de certo número de casos para a posteriori as categorias serem formadas. A codificação e o registro das categorias nativas foram feitas por conjunto de entrevistas de cada família, gerando um guia de codificações que ia sendo construído na medida em que novas categorias emergiam. Ao final do primeiro processo de categorização de todas as entrevistas encontrei um total de quinze categorias e sessenta e seis subcategorias.

Portanto, encontrar a essência do fenômeno não nos foi um trabalho fácil, exigiu vários processos de consulta/análise dos dados. Por isso, o momento seguinte foi da releitura das categorias nativas que emergiram da análise.

- A releitura foi outro processo moroso e longo de se olhar para os dados em busca da compreensão de sua essência e significado que traziam. Refere-se a um processo em que os investigadores qualitativos buscam para desvelar o fenômeno, pois toda análise deve seguir uma série de etapas precisas, que se iniciam pela definição do universo estudado, delimitando-o e definindo-o

claramente, de forma a identificar o que está e o que não está envolvido.

- Quando desenvolvia as várias releituras das categorias nativas me deparava com o referencial teórico do estudo de forma expressiva. À medida que se mostrava nesse processo cíclico, via a abordagem indutiva me conduzindo para a dedutiva. Fazer o processo de análise dedutivo ou inferencial a partir de palavras ou indicadores não é raro dentro da prática científica. “Os fatos, deduzidos logicamente a partir de indicadores, permitem tirar conclusões, obter novas informações ou completar conhecimento através do exame detalhado dos dados” (FREITAS, 2000, p. 40).

Foi uma fase complexa e inquietante, pois questionava como os dados poderiam estar assim se mostrando, uma vez que todo o tratamento se desenvolveu de forma indutiva. Por outro lado, buscava compreender o porquê, e entre as inúmeras respostas que encontrei está aquela que justamente é o fundamento do meu estudo – *o pensamento sistêmico*, por ser em si integrador. Diante disto, foram dissipadas as dúvidas e deixei que os dados falassem por si mesmos.

- No momento seguinte fiz um novo arranjo das categorias nativas com o que encontrei e recategorizei. Desta recategorização emergiram oito categorias e dezoito subcategorias. As categorias, por sua vez, foram formando-se como “ímãs” que atrem corpos para a sua área de magnetismo. Em outras palavras, os conceitos do pensamento sistêmico emergindo como categorias. Por outro lado, partindo da analogia da célula para explicar o todo e suas partes, usei dessa complexa estrutura e de todas as suas organelas para destacar que cada categoria teve um comportamento integrador, mas em escalas e graus entre si diferenciados em importância conforme os dados se mostravam.
- Em seguida defini cada categoria para ter maior clareza sobre o que ela estava representando acerca dos dados, uma vez que foram estes que a geraram, e elaborei um diagrama representativo das categorias identificado como *célula de categorias*, objetivando visualizar a organização e inter-relações das

categorias.

- No momento seguinte passei a fazer as intersecções entre as categorias que emergiram para avaliar as suas interligações, sobre o que elas estavam enunciando e a relação com o problema do estudo. Para tanto, nesse momento vali-me do *instrumento humano* - pesquisadores com os quais discuti e comparamos os dados para validá-los como adequados. Patton (1990) ressalta a importância do contributo de outros investigadores no processo de análise de um estudo, pois traz novas perspectivas provenientes dos diferentes modos pelos quais duas ou mais pessoas olham para o fenómeno em estudo. Com o auxílio do *instrumento humano*: professora orientadora, co-orientadora e outros professores pesquisadores em enfermagem ficou mais fácil identificar eventuais erros e corrigi-los.
- Feita essa avaliação pelos pesquisadores validadores, voltei a fazer novas intersecções entre as diversas categorias para reavaliar o material já elaborado e ver se as modificações indicadas tinham dado maior visibilidade às informações e pertinência em relação aos objetivos perseguidos e ao conteúdo trabalhado.
- Os temas que emergiram como expressão mais significativa dos dados formaram oito categorias e dezoito subcategorias, que constituíram a base para a análise final e discussão dos resultados.

A organização e a apresentação dos dados foi, como ensinam Huberman e Miles (1984), uma fase determinante da análise, pois:

1. permitiu uma representação dos dados num espaço visual reduzido;
2. auxiliou a planificação de outras análises;
3. facilitou a comparação entre diferentes conjuntos de dados;
4. por último, ela garantiu a utilização direta dos dados no relatório final.

Considerando a ênfase dada por Huberman e Miles (1984), e ao estar de acordo com a perspectiva que desenvolvem para o enriquecimento de estudos qualitativos, tomei a direção apontada por eles por entender o quanto contribuiria para a análise dos dados.

A apresentação dos dados deste estudo se valeu de instrumentos como: genogramas, ecomapas, quadro de categorias e apresentação de uma célula de categorias para melhor visualizar a organização das suas inter-relações.

Apresento a seguir a célula de categorias para mostrar a maneira como foi organizada a discussão dos dados.

No próximo capítulo, “*análise dos dados*”, apresento os significados atribuídos pelos participantes do estudo ao fenômeno estudado.

REPRESENTAÇÃO DA CÉLULA DE CATEGORIAS – VISTA HORIZONTAL



Figura 7: Célula de categorias - vista horizontal

Nas figuras 7 e 8 encontra-se representada a célula de categorias.

A denominação célula não é ao acaso, mas sim pelo que essa estrutura representa em si mesma: uma unidade complexa constituída de organelas que pelo processo de inter-relação mantêm o funcionamento do sistema celular e este intercambia com o meio pela permeabilidade de sua membrana citoplasmática daí mesma forma que a célula de categorias.

A figura vista na posição horizontal e vertical é uma representação de como se apresenta a célula de categorias no estudo.

O uso das cores em degradê representa o grau de intensidade em que cada categoria se manifestou no estudo.

O uso de linhas pontilhadas representa as categorias se inter-relacionando como num sistema celular.

A célula de categorias procura explicar a maneira como os dados se mostraram e a forma como foram sendo organizados para a discussão dos resultados.

REPRESENTAÇÃO DA CÉLULA DE CATEGORIAS – VISTA VERTICAL

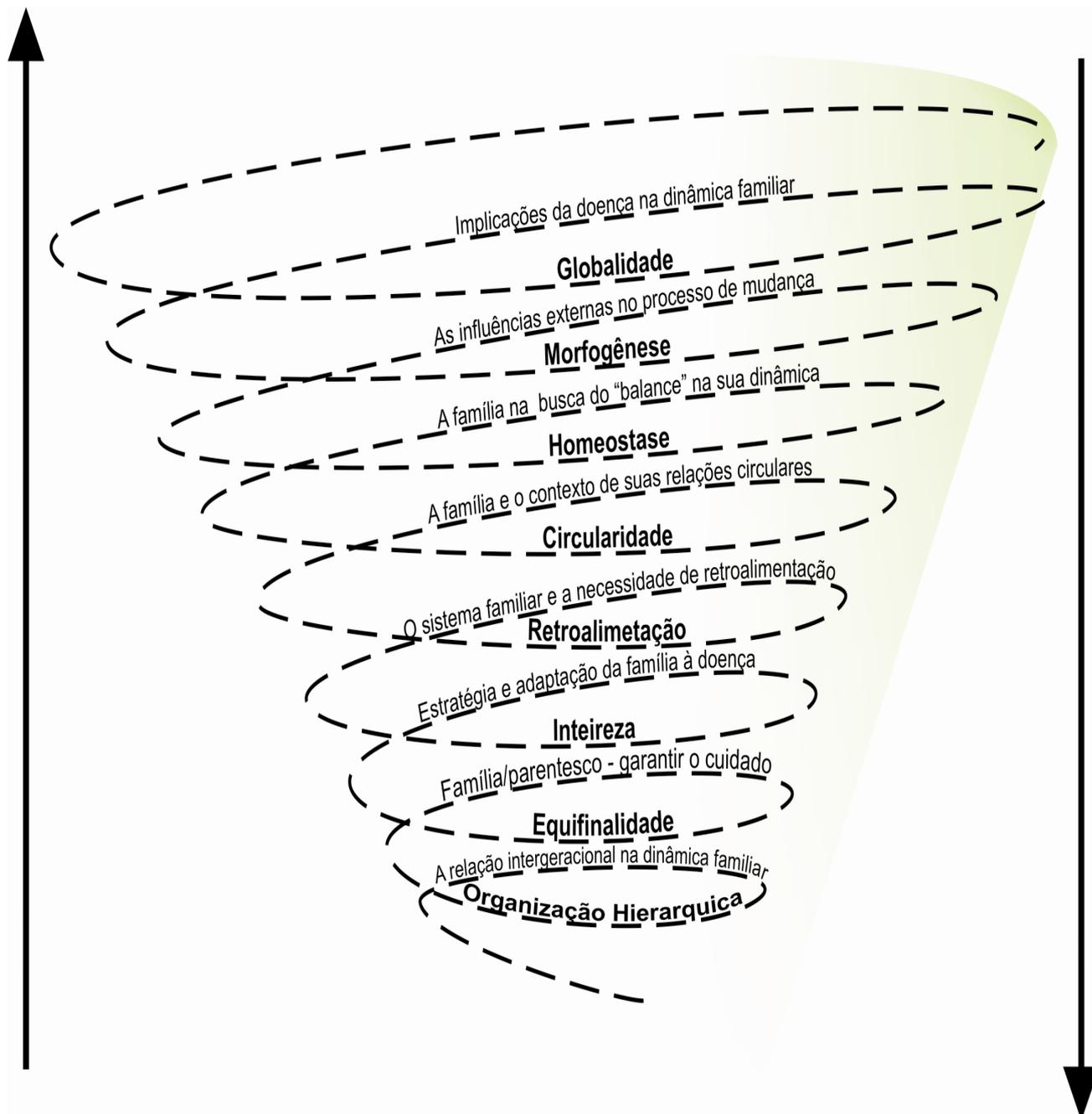


Figura 8: Célula de categorias - vista vertical

Quadro 1: Célula de categorias

QUADRO DE RELAÇÃO DE CATEGORIAS/CÓDIGOS			
CATEGORIA	C	SUBCATEGORIA	SC
Implicações da doença na dinâmica familiar	IDF	Relação de padrão alimentar	IDF-RDPA
		Dimensão biopsicossocial da família	IDF-DBPS
		Inter-relação social familiar	IDF-IRSF
As influências externas no processo da mudança	IEM	Relação entre crenças e o processo saúde-doença	IEM-RCPD
		Suporte social de apoio à família- influência input/output de energia e informação no sistema	IEM-SSAF
A família na busca do “balance” na sua dinâmica	ABB	Cuidar do outro – implicações familiares	ABB-COIF
		Sentimentos decorrentes da busca do “balance” familiar	ABB-SDBF
		Necessidade de manutenção do funcionamento da unidade familiar	ABB-NMUF
A família e o contexto de suas relações circulares	FCC	A circularidade nas mudanças biopsicossociais da família	FCC-CCMF
		O ambiente domiciliar influenciando a saúde	FCC-ADIS
		A reciprocidade de doação na inter-relação familiar	FCC-RDIR
O sistema familiar e a necessidade de retroalimentação	SFR	Carências socioeconômicas para o cuidar	SFR – CSEC
		Serviço de saúde – na ‘contra-mão’ dos cuidados	SFR-SSCM
Estratégia e adaptação da família à doença	EAF	Convívio familiar com a pessoa idosa portadora de diabetes mellitus	EAF - CFPD
		O comportamento do <i>ser</i> diabético influenciando a dinâmica familiar	EAF - CDIF
A família e suas relações de parentesco – maneiras que busca para garantir o cuidado	FRP	Intervenções de outros familiares no cuidado	FRP-IOFC
		A família confere os cuidados à responsabilidade de poucos	FRP - FCRC
A relação intergeracional na dinâmica familiar	RIF	A importância do respeito na relação familiar	RIF-IRRF

CAPÍTULO 5

O DESENLACE DA COMPREENSÃO DO FENÔMENO ESTUDADO

A compreensão não se dá no vazio. Para que ela se manifeste é preciso que haja alguém ou alguma coisa cuja intencionalidade esteja tentando dizer alguma coisa, verbalmente, por meio da escrita, ou da sua maneira própria de se mostrar ...
Ela é, em primeira lugar, uma capacidade fundamental do homem que permite acesso aos seres humanos como tal e ao mundo que se mostra ...
(Martins)

Neste capítulo utilizei como estratégia para compreensão do fenômeno estudado apresentá-lo em duas formas distintas, porém entrelaçadas. O entrelaçamento nada mais é do que a forma como os dados saídos das informações foram conduzindo à sua compreensão. Propus desenvolver a perspectiva de olhar os participantes do estudo considerando o contexto e as circunstâncias que os envolviam; em outras palavras, descrever ou explicar experiências na linguagem da experiência, sem desconsiderar, no entanto, que como pesquisadora sou parte e contexto ao mesmo tempo em que investigo: é a *intersubjetividade*.

A primeira forma de apresentação busca compreender quem são essas pessoas participantes deste estudo, como se encontram representadas em forma figurativa, qual a compreensão que tenho ao olhar as suas inter-relações dinâmicas, o que entendo ser interessante no tema que me ocupa. Para tanto, irei apresentar em conjunto todas as famílias de forma gráfica, utilizando para identificá-las o que de mais expressivo foi percebido por mim em cada uma delas, o que é expresso em uma frase elaborada pela *pessoa índice* de cada família.

Na seqüência, a segunda forma, a continuação da análise que busca o não menos delicado e exigente processo de compreender as categorias e subcategorias que

emergiram dos dados e como ímãs foram-se agrupando.

5.1 Nove famílias - nove contextos de trinta e sete vidas que se entrelaçam no quotidiano de vivências com o diabetes mellitus tipo 2

Para abordar a família enquanto contexto (Figura 9) apresento uma descrição figurativa que possa ir além de mera figura representativa das unidades familiares estudadas.

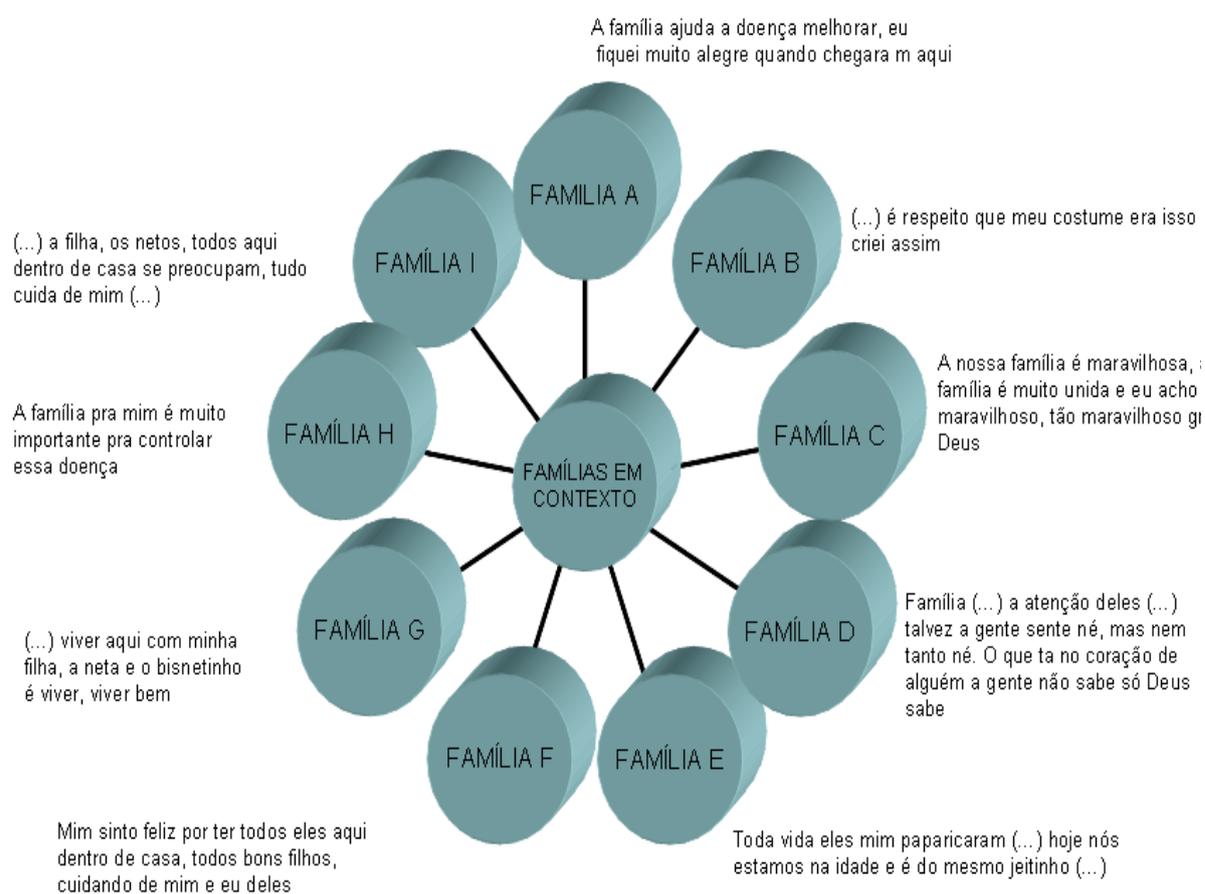


Figura 9: Famílias em contexto

FAMÍLIA A

A família ajuda a doença melhorar, eu fiquei muito alegre quando chegaram e tal (...)

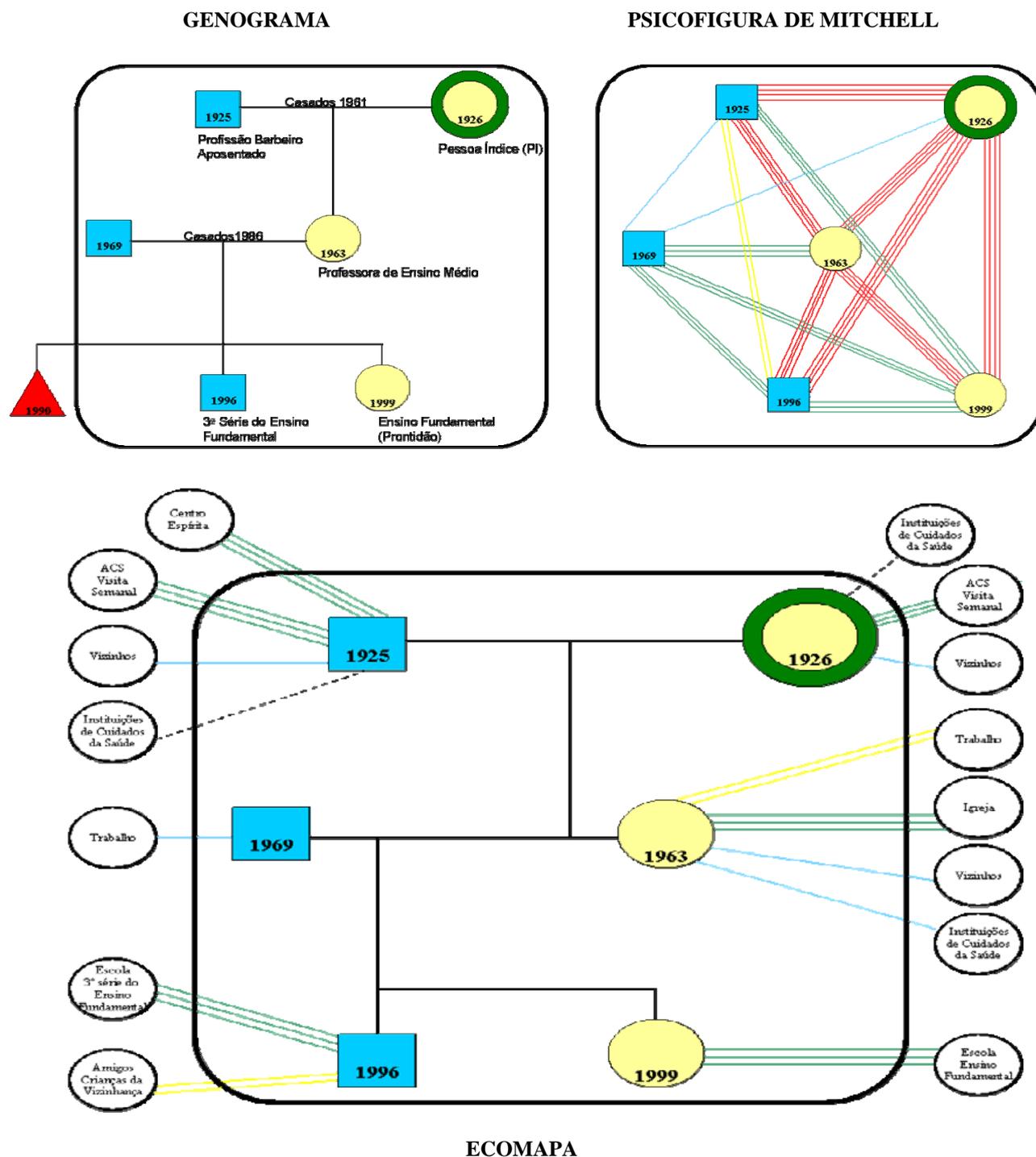


Figura 10: Representação gráfica da Família A

No genograma da *família A* identificam-se três estágios do ciclo vital: idosos, adultos jovens e filhos pequenos.

A designação das diferentes etapas do ciclo vital tem variado conforme os autores. Neste estudo, sigo Asen e Tomson (1997) para compreender o termo “ciclo” por significar “roda” da vida familiar que gira em modo permanente, ligando as diferentes gerações, devido ao alargamento das famílias deste estudo em três gerações e, ainda, porque os seus ciclos de vida se entrelaçam na unidade familiar, no seu quotidiano vivencial no ambiente domiciliar.

Assim, a *família A* circunscreve três gerações, procedentes de família nuclear, pais, filha – genro e netos. Nessa família a *pessoa índice*, uma idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2, profissão do lar, nível de escolaridade ensino fundamental, casada desde de 1961 com o senhor “*Bq*”, de profissão barbeiro aposentado, com renda de um salário mínimo mensal, grau de escolaridade também ensino fundamental, como a esposa. Possuem uma única filha, a senhora “*Nj*”, professora do ensino médio, com grau de escolaridade superior completo e renda de aproximadamente 3 salários mínimos, casada com o senhor “*Gb*” desde de 1986, de profissão comerciante, dono de estabelecimento de venda de bebidas, autônomo, com renda mensal de um salário mínimo. O casal tem dois filhos de ambos os sexos, o menino nascido em 1996 e a menina em 1999, estudantes do ensino fundamental. Os cônjuges têm história de um aborto em 1990 sem causa definida.

O casal de idosos mora com sua família alargada em casa própria com três quartos, sala ampla, cozinha, banheiro, quintal com cultivo de um pomar, hortaliças e na área frontal da casa um jardim com plantação de algumas ervas medicinais e folhas verdes (temperos), ambiente no qual o senhor “*Bq*” passa grande parte de seu tempo.

A opção de unir a família em um único domicílio surgiu do genro e foi adotada pelos demais membros da família com a finalidade de juntos cuidarem-se e dispensar maior cuidado para a *pessoa índice* a idosa “*Ir*”. Para tanto, a filha e sua família mudaram-se para a casa dos seus pais, após reforma da casa para atender às necessidades mais emergentes da família. A outra casa foi alugada a terceiros.

No referente à saúde familiar, salvo o problema da *pessoa índice*, apenas o seu esposo tem história de problemas de saúde, em consequência de atropelamento por

motocicleta, que embora não tenha deixado sequela aparente, o senhor “*Bq*” queixa-se de constantes cefaléias. Os demais membros não referiram problemas de saúde.

Na representação gráfica da *família A*, ao lado do genograma apresento a psicofigura de Mitchell que objetiva mostrar a representação da dinâmica familiar com os subsistemas agregados, através de diferentes linhas de significado pré-estabelecido, os vínculos de interações vividos entre os seus membros.

Nessa figura observa-se que os vínculos da *pessoa índice* são fortes com o esposo, filha e netos e muito superficial com o genro. Esse vínculo é retroalimentado no sistema familiar e se move de maneira circular.

Os vínculos entre o senhor “*Bq*” e sua família variam entre fortes, moderados, superficiais e muitos superficiais. Assim, como a *pessoa índice* “*Ir*”, o vínculo do senhor “*Bq*” com o genro é muito superficial, devido ao modo de *ser* do senhor “*Gb*”, uma pessoa introspectiva. Esse dado será mais bem explorado na próxima fase de análise deste estudo.

Por outro lado, com os netos o senhor “*Bq*” também mantém um certo distanciamento interacional, demonstrando vínculos moderados com a neta e superficiais com o neto. Essa interação demonstrada pelo senhor “*Bq*” foi identificada nas entrevistas e na observação de campo. Observei que as fronteiras intergeracionais são rígidas da parte do avô para com os netos, provocando distâncias interpessoais entre eles. Por vezes, pude observar conflitos interacionais entre o senhor “*Bq*”, sua esposa e filha pela frieza dele com as crianças mesmo quando elas procuravam-no para oferecer carinho. Situações que gerava certa instabilidade na relação familiar e afetava os intercâmbios comunicacionais entre os subsistemas.

No entanto, observa-se que comportamentos dessa natureza – fronteiras rígidas, por alguns membros da *família A*, não chegam a disfuncionalidade do sistema em sua globalidade quanto às funções de proteção da família, como a própria figura pode demonstrar, uma vez que os vínculos interacionais fortes se sobrepõem aos demais. E sobre esse aspecto, Minuchin (1979) esclarece que numa mesma família podem existir diferentes tipos de limites entre os vários subsistemas.

A representação dessa figura permitiu compreender o funcionamento dos diferentes subsistemas desde o segundo contato mantido com a família, facilitando

captar a dinamicidade de suas inter-relações quotidianas no processo saúde-doença e o diabetes mellitus. Ainda, pelo fato de basear-se no sistema familiar, permitiu-me vislumbrar as inter-relações da *família A* com outros subsistemas, como, por exemplo, e em destaque, o supra-sistema relacional familiar, representado pelo desenho do ecomapa.

Como dito anteriormente, o ecomapa é um diagrama das inter-relações da família com a rede social mais alargada e auxilia a identificar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família.

O ecomapa da *família A* demonstra que as suas inter-relações com as instituições de cuidados à saúde é distante e muito superficial. Para essa família tal fluxo de energia é recíproco, de modo que tanto a *família A* como os serviços de saúde municipal e especialmente a unidade básica de saúde do bairro, mantêm-se afastados entre suas partes, ou seja, a família distancia-se porque o serviço não responde às suas necessidades de cuidados quando solicitado. O serviço de saúde não está direcionado para a família.

Essa relação muito superficial ocorre também com os vizinhos, de maneira que o suporte de apoio social destes à *família A* é frágil e distanciado.

A figura do ecomapa demonstra que a relação da *pessoa índice* e seu esposo com a agente comunitária de saúde-ACS é moderado; esse processo interacional é recíproco e intensificado pelo fluxo de relações entre as partes. A ACS realiza visitas domiciliares quinzenais à família, cujos integrantes veem a ACS como única representação do serviço de saúde que têm, e com a qual criaram um vínculo afetivo de amizade, adotando-a como alguém que faz parte de sua família no seu cuidado.

As relações da família com a igreja é moderada para filha e pai, embora ambos com perspectivas diferentes sobre a religião. A filha é católica e o pai espírita. Os demais membros não têm vínculos com qualquer religião. A *pessoa índice*, pelo problema de mobilidade, embora católica não mantém interações com sua religião, assim como o genro e as crianças não referiram qualquer relação.

A relação dos adultos com o trabalho são superficiais e muito superficiais; os cônjuges indicam que estas são ainda estressantes. “Nj” refere que o trabalho de professora lhe exige muito, exigência que se reflete na redução do tempo a ser

dedicado a sua família e, em especial, à mãe que necessita de cuidados e atenção. Para o seu esposo a relação com o trabalho é de superficialidade por exercer uma atividade que não sente satisfação pessoal e econômica, mas que precisa fazê-lo por não encontrar trabalho melhor devido a pouca escolaridade, ensino fundamental incompleto.

No caso das crianças, estas têm uma relação moderada com a escola, demonstrando reciprocidade e fluxo de relação circular de energia no sistema.

Pelo que mostram os gráficos, na *família A* os sistemas mantêm um fluxo contínuo de interações que definem a forma como se relacionam no intra-sistema familiar e deste com o supra-sistema.

FAMÍLIA B

(...) É, respeito que meu costume era isso, me crei assim...

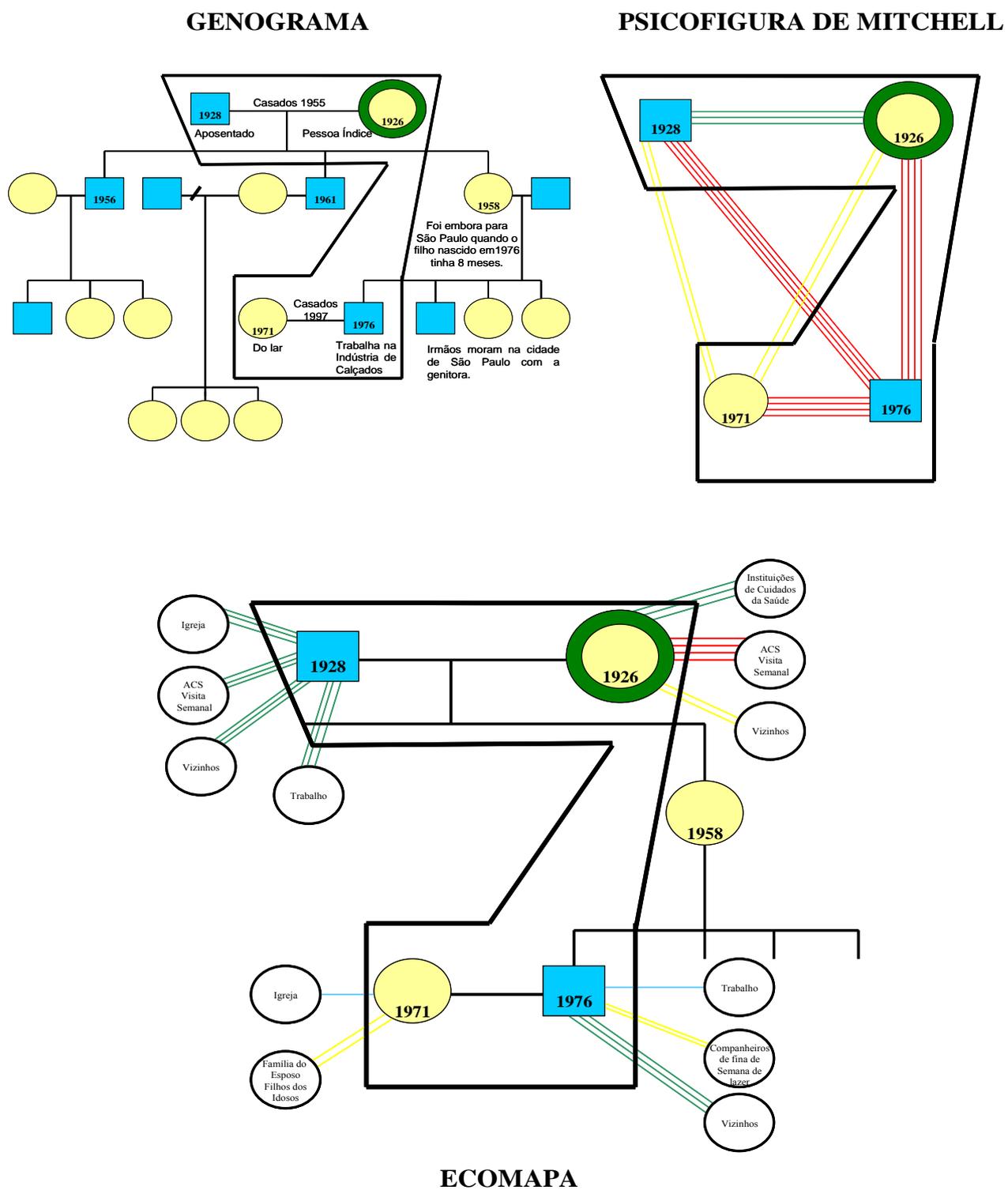


Figura 11: Representação gráfica da Família B

Na representação gráfica da *família B*, o genograma exhibe duas gerações avós e neto. Nesta família o casal de idosos teve três filhos, uma das quais, a filha nascida em 1958, ao ter seu primeiro filho “*Je*” deixou-o aos cuidados dos seus pais e foi para a cidade de São Paulo, SP. Os demais filhos do casal constituíram suas famílias, e um reside em Jequié e outro em cidade próxima.

Nesta família a *pessoa índice* é uma idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2, profissão do lar, nível de escolaridade ensino fundamental, casada desde de 1955 com o senhor “*Jo*” de profissão padeiro, aposentado, com renda de um salário mínimo mensal, grau de escolaridade ensino fundamental, assim como sua esposa. O neto, funcionário da indústria de calçado, com grau de escolaridade ensino médio completo, renda de aproximadamente 2 salários mínimos, casado com a senhora “*Jd*” desde 1997, de profissão do lar e ensino médio completo.

O casal de idosos mora com seu neto e esposa dele em casa própria. O senhor “*Je*” e sua esposa “*Jd*” passam o período diurno com os avós dispensando cuidados às necessidades básicas para a saúde e no período noturno com a sogra, também uma senhora idosa por ficar sozinha depois do falecimento de sua mãe há aproximadamente um ano. Assim, “*Je*” e “*Jd*” buscam administrar seu tempo para atender as necessidades de ambas as famílias em sua parentalidade.

A residência, uma casa simples com piso de cimento vermelho escorregadio, tem dois quartos, sala, cozinha, banheiro no quintal e área no exterior da casa, um quintal com algum cultivo de ervas e hortaliças.

No concernente à saúde familiar, além do problema da *pessoa índice*, seu esposo sofre de hipertensão arterial, o neto queixava-se de fortes dores na região lombar e ambos já eram acompanhados pela unidade básica de saúde do bairro. A senhora “*Jd*” não referiu problemas de saúde.

A psicofigura de Mitchell da *família B* mostra que as interações da *pessoa índice* com os subsistemas familiares é forte em relação ao neto, moderado com o esposo e superficial com a esposa do neto. Esses vínculos geram no sistema um processo de retroalimentação circular.

Os vínculos entre o senhor “*Jo*” e sua família variam em grau de intensidade em relação aos da sua esposa, pois é forte para “*Jd*” e superficial com o neto, e ainda

mantém a mesma igualdade recursiva com sua esposa. É clara a delimitação dos limites relacionais desta família: a *pessoa índice* mantém suas fronteiras pouco permeáveis para aquela a quem poderíamos chamar de sua nora, uma vez que, por ter criado seu neto sentia-se mais mãe do que avó e mantinha uma relação de afastamento de “*Jd*”. No entanto, pude perceber que a adoção dessa atitude suportava um certo grau de tolerância entre ambas. A compreensão reside no ciúme da *pessoa índice* em relação ao neto, aspecto identificado na entrevista e na observação naturalística. Por outro lado, a inter-relação entre o senhor “*Jo*” e “*Jd*” permitia a passagem de um fluxo permanente de energia que alimentava o processo de “conviviabilidade” entre todos os elementos da família. Ainda, porque a relação entre avô e neto era superficial. Nesse contexto de inter-relações, a flexibilidade nas fronteiras de “*Jo*” e “*Jd*” promoviam o desenvolvimento dos diferentes papéis nos diferentes subsistemas da *família B*. Na psicofigura de Mitchell, verifica-se que a relação entre neto e avós é superficial. Por outro lado, a inter-relação deste com sua esposa é de total complementaridade, ou seja, vínculos fortes.

Ampliando o olhar das interações familiares para o supra-sistema da *família B*, segue o ecomapa para expor suas relações mais extensas.

O ecomapa da *família B* demonstra que as inter-relações da família com as instituições de cuidados à saúde é moderada para a *pessoa índice* e o fluxo de energia é recursivo. A pessoa idosa tem relação de proximidade com os serviços de atenção ao portador de diabetes da unidade básica de saúde do bairro, no qual é assistida mensalmente.

O gráfico demonstra que a relação da *pessoa índice* e seu esposo com a agente comunitária de saúde-ACS está entre forte a moderada, demonstrando sua importância para a saúde familiar. Destaco, no entanto, a relação de proximidade e o processo interacional recíproco existente entre ambos, que é intensificado pela realização de visitas semanais da ACS, além do contato diário desta por ser vizinha de porta da *família B*. Tal relação de proximidade intensificou o fluxo de relações entre as partes. Para o casal a ACS é o seu elo de ligação com o serviço de saúde. A inter-relação é reforçada pelo vínculo de amizade entre as partes.

A relação de vizinhança com a ACS ocorre também de maneira moderada,

exceto a *pessoa índice*, que manifesta distanciamento com os demais vizinhos, alimentando uma atitude de isolamento. No entanto, para os demais subsistemas da unidade familiar os vizinhos são o apoio social às suas necessidades desde as mais simples, como por exemplo, um carro para transportar a *pessoa índice* à unidade de saúde, às mais complexas, como ofertar recursos econômicos para comprar alimento e medicamento.

As relações da família com a igreja são moderadas e restritas ao subsistema individual do esposo, o senhor “*Jo*”, para o neto; suas interações com a igreja são muito superficiais. A família é católica, mas seus componentes se dizem distanciados das “caminhadas” da igreja. Para o senhor “*Jo*” na igreja está a sua maior fonte de retroalimentação de energia e o fortalecimento de suas necessidades espirituais.

A relação da família com o trabalho é reforçada pela necessidade de complementar a aposentadoria do senhor “*Jo*”, sendo de interação moderada e reconhecida pelo sistema família. O senhor “*Jo*” trabalha como agente de limpeza de uma creche-escola do bairro e diz ser muito querido pelas crianças, jovens adolescentes e funcionários e sentir-se valorizado pelas contribuições que pode dar ainda à sociedade. Para “*Je*” suas interações com o trabalho são muito superficiais, relata um emprego por produção em serviço de montagem com pouca inter-relação entre seus colegas. E para compensar a pouca inter-relação com eles no trabalho, busca desenvolver um relacionamento à parte com colegas e amigos do bairro onde mora em atividades desportivas nos finais de semana.

FAMÍLIA C

A nossa família é maravilhosa, a família é muito unida e eu acho tão maravilhoso, tão maravilhoso graças a Deus

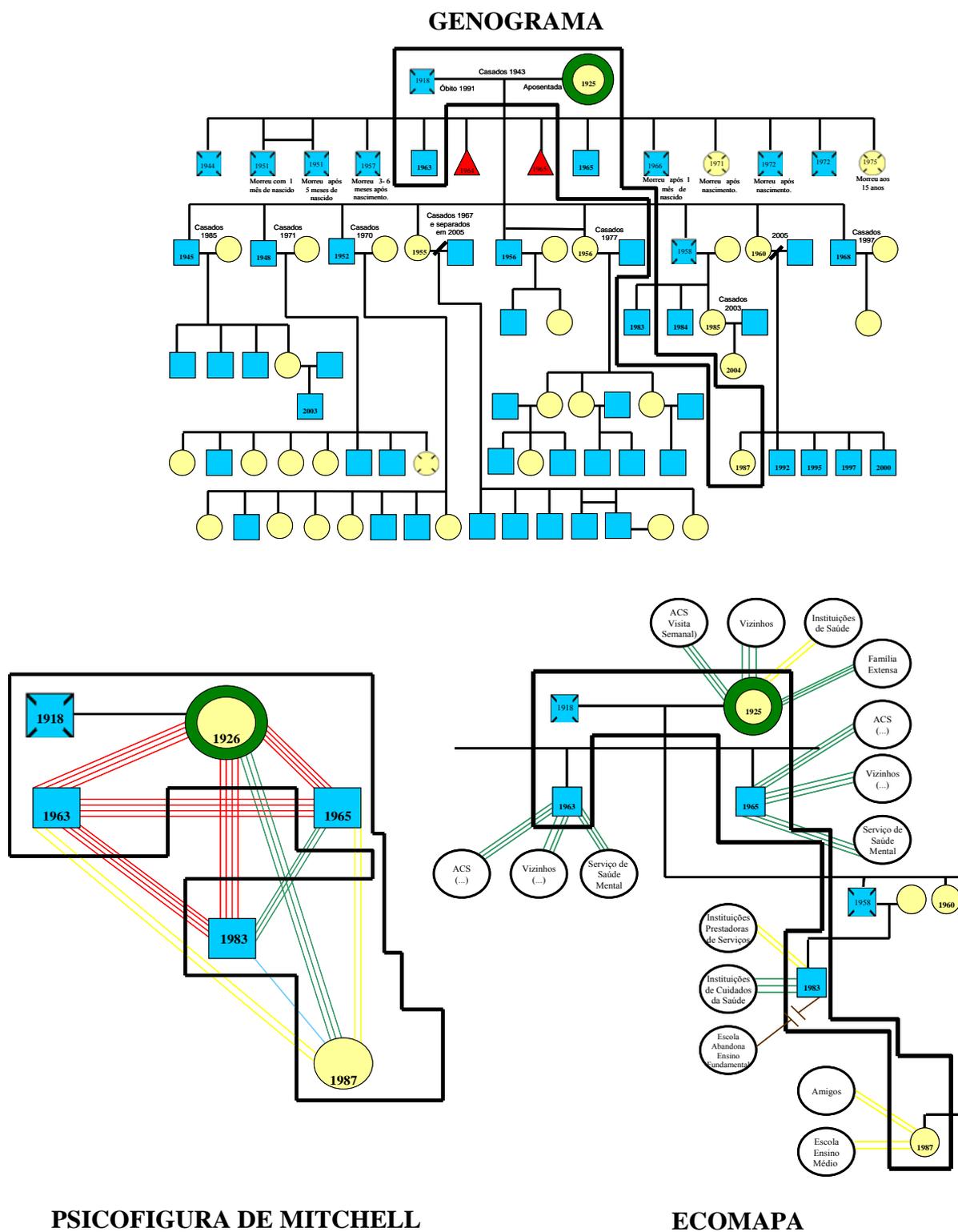


Figura 12: Representação gráfica da Família C

O genograma da *família C* mostra uma família extensa. Do casamento em 1943, o casal teve vinte filhos, com duas gestações gemelares, dois abortos espontâneos. Dos filhos, oito morreram após nascimento ou até um ano de vida, uma aos quinze anos de idade e o outro não soube precisar a idade. As causas dos óbitos segundo a senhora “Ad”- *pessoa índice* estavam relacionadas ao tétano neonatal, entendimento que disse haver obtido recentemente, porque na época do nascimento dos filhos era “comum as crianças morrerem do mal de sete dias”. A causa do óbito da filha de quinze anos foi indeterminada e do outro filho não soube relatar. Já o cônjuge faleceu em 1991 aos 73 anos, por problemas do coração. Entre os filhos vivos, dois moram com a genitora, dois moram no mesmo bairro e os seis restantes moram fora da cidade em municípios do Estado da Bahia e São Paulo.

A *pessoa índice* é uma idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2, com mobilidade comprometida e acuidade visual reduzida, de profissão lavadeira aposentada, renda de um salário mínimo, escolaridade ensino fundamental incompleto. Os filhos “Jr” e “Jo” sofrem de epilepsia desde a infância, usam medicamentos controlados doados pelo programa de saúde mental de instituição pública de saúde. Os senhores “Jr” e “Jo” já estiveram inserido no mercado de trabalho, mas por causa das constantes crises epilépticas tiveram de abandonar o serviço. O grau de escolaridade de ambos é ensino fundamental incompleto. Dos irmãos, apenas “Jo” recebe aposentadoria por invalidez concedida em 2005.

No gráfico da *família C* pode-se identificar dois netos de ambos os sexos, um adulto jovem e uma adolescente. O primeiro abandonou os estudos no ensino fundamental e a segunda cursava a sétima série do ensino fundamental. Dentre os subsistemas individuais do sistema familiar, o neto “Ad” era a pessoa considerada pela unidade familiar como encarregada pela manutenção dos cuidados aos demais subsistemas.

O neto “Ad” passa o período diurno com a avó e os tios cuidando de suas necessidades básicas, mas à noite e em alguns momentos do dia vai à casa de seus pais que fica próxima à da avó para dar atenção aos seus irmãos menores. A residência da *pessoa índice* “Ad” é muito freqüentada pelos netos que residem no mesmo bairro. A relação de proximidade parental intensifica o fluxo de relações e os papéis de vínculos

intergeracionais.

A *família C* habita em casa própria, construção humilde com comodos pequenos e estreitos, em precárias condições de conservação de sua estrutura física, piso em cimento vermelho escorregadio, três quartos, duas salas, cozinha e banheiro no quintal. Cozinha em fogão a lenha e não dispõe de refrigerador para conservar alimentos. A lenha para o fogão é provida pelos irmãos “*Jr*” e “*Jo*”, de “gravetos” retirados da vegetação que circunda o bairro e de restos de madeira encontrados pela comunidade.

Na representação gráfica da *família C*, além do genograma apresento a psicofigura de Mitchell, na qual se observa que os vínculos da *pessoa índice* são fortes em relação aos filhos e neto e moderado com a neta.

O diagrama ilustra a existência de um vínculo afetivo mais estreito entre mãe, filhos e neto e recursivamente expresso entre estes subsistemas, o que não ocorre entre os tios e o primo com a neta da *pessoa índice*. A interação entre eles vai de superficial a muito superficial e movimenta-se de modo circular. O distanciamento parte da neta, uma jovem introspectiva que mantém laços de afetividade restritos com a família, alargando-se apenas em relação à avó. Esse relacionamento é conflituoso para o todo familiar, pois pela sua recursividade causa instabilidade (conflito) nas inter-relações dos diversos subsistemas individuais.

A convivência no ambiente domiciliar impõe restrições, regras, valores, papéis, mas o comportamento de cada subsistema individual tem base em seus referenciais da estrutura familiar e no modo como interagem com o ambiente (Minuchin, 1979). A interação com o ambiente, ou seja, com todos os subsistemas que compõem esse ambiente é de dependência mútua. E, considerando que na *família C* apenas dois dos cinco subsistemas têm o que se pode chamar de bom estado de saúde, e um destes, que é no caso a jovem adolescente, mantém-se distante dessa unidade de cuidado familiar, ocorre uma certa instabilidade no sistema. E este, pela sua própria natureza de alterações contínuas, modifica continuamente, e segundo o entendimento de dependência mútua, um depende do outro, embora uns dependam mais, como é o caso da *pessoa índice* e dos seus filhos, e assim, a solidariedade faz parte da complementaridade relacional.

Segundo a família, o conflito reside no fato da adolescente ter sido entregue pela mãe à avó logo após nascimento. E que, embora a mãe tenha constituído família não assumiu o compromisso de criar e educar a filha, motivo gerador do descontentamento.

Ao olhar para o ecomapa da *família C*, pode-se ainda observar que as interações da neta são restritas ao seu círculo de relacionamento escolar e aos amigos da vizinhança. O vínculo é superficial também entre estes. Convém salientar, que as características da personalidade da jovem adolescente não é o foco deste estudo, mas a influência na dinâmica de relação familiar, razão desta interpretação à luz do discurso dos subsistemas da *família C*.

O ecomapa da *família C* demonstra que as inter-relações da família com as instituições de cuidados à saúde, inclusive o serviço de saúde mental, é moderado e com fluxo de energia recíproco. A família mantém-se em situação de proximidade com os serviços de saúde municipal. O centro de saúde do bairro é a unidade referência para a família que se desloca sempre que possível para ser assistida. No entanto, esse deslocamento é comprometido pela pouca mobilidade da senhora “Ad” e pela escassez de recursos da família para pagar um meio de transporte que a conduza às consultas nos programas de saúde implantados no centro de saúde, em especial o programa de atenção ao portador de diabetes. O serviço mais utilizado pela família é o da farmácia para a busca da medicação para a senhora “Ad” .

Outro serviço de relação de proximidade da família é o de saúde mental, no qual os irmãos “Jr” e “Jo” estão cadastrados e são acompanhados mensalmente por uma equipe multiprofissional e do qual recebem a medicação necessária.

Essa relação de proximidade ocorre também com os vizinhos. Para a *família C* a vizinhança faz parte de sua família alargada, é o suporte de apoio social às suas necessidades de cuidados, deslocamento e ajuda no fornecimento de alimentos.

O ecomapa mostra o processo de interação recíproco da *pessoa índice* e seus filhos com a agente comunitária de saúde-ACS, sendo este moderado. A ACS é vizinha e realiza visitas com periodicidade mensal à família, embora que pelo grau de vizinhança esteja sempre atenta às suas necessidades. Para essa família a ACS é a pessoa que a representa no serviço de saúde junto a equipe de enfermagem quanto às

alterações no processo saúde-doença que apresentem. A família nutria um vínculo interacional afetivo, de amizade e respeito com esse profissional como alguém que faz parte de sua família no seu cuidado, fato identificado também na *família B*.

A família é de religião católica e embora não tenha sido citado no ecomapa, percebi que sentiam falta de participar das missas. Relataram que quando eles gozavam de boa saúde sempre que podiam participavam das atividades da igreja, mas depois do agravamento das doenças que os afetam fecharam-se dentro de casa e apenas deslocam-se para os serviços de saúde em extrema necessidade.

Outro aspecto identificado no ecomapa é o rompimento do neto “Ad” com a escola. Ele abandonou os estudos no ensino fundamental como dito anteriormente, sem concluí-lo. Sua relação com o estudo é distante e não busca intensificá-la. Nos relatos, demonstra não ter tempo para estudar pois precisa cuidar da avó, tios e irmãos pequenos. Essa relação ocorre também no concernente à condição de obter trabalho.

FAMÍLIA D

Família (...) a atenção deles (...) talvez a gente sente, mas nem tanto. O que tá no coração de alguém a gente não sabe só Deus sabe

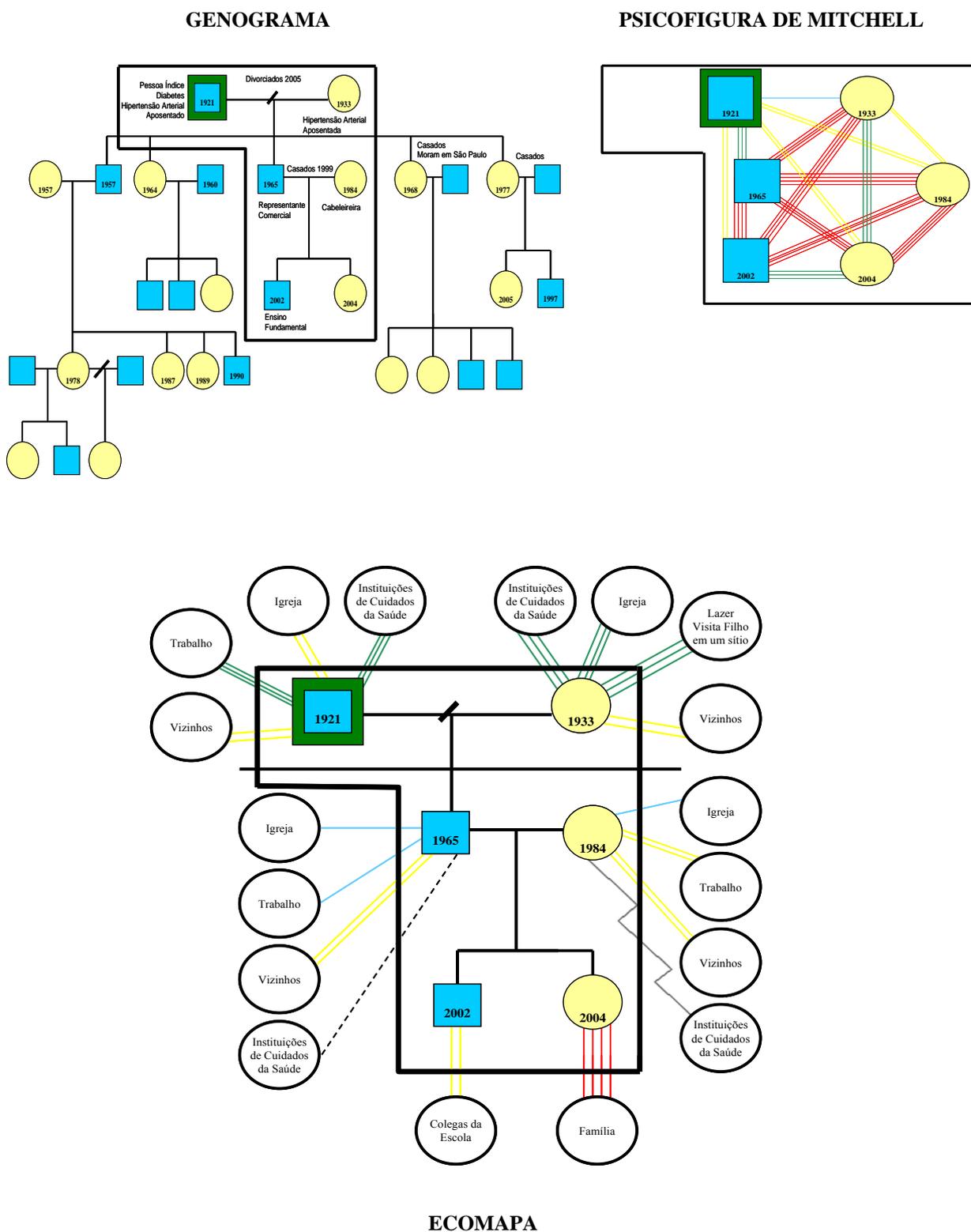


Figura 13: Representação gráfica da Família D

O genograma da *família D* mostra três gerações, procedentes de família nuclear, com pais, filho – nora e netos. O casal tem cinco filhos, sendo três do sexo feminino e dois do masculino; dos filhos apenas três moram em localidades próximas aos genitores. A família encontra-se em sua quarta geração.

Embora habite no mesmo domicílio o casal é divorciado desde 2005. A história do divórcio relatada por eles está diretamente relacionada à necessidade de subsistência da família. A *pessoa índice*, o senhor “*Is*” recebia aposentadoria de um salário mínimo, renda insuficiente para o sustento da família. Assim, de comum acordo, o casal resolveu divorciar-se para que a senhora “*Ca*” pudesse pleitear aposentadoria, uma vez que, estando casados e um dos cônjuges recebendo aposentadoria o outro não teria o direito ao mesmo benefício do INSS. Essa decisão teve o apoio dos filhos e contou com a orientação do serviço social municipal, segundo “*Ca*”.

Essa foi a estratégia adotada pela *família D* para aumentar a renda familiar. No entanto, o casal acabou separando-se não só de direito, mas também de fato, pois embora resida no mesmo domicílio não tem vida conjugal. O relacionamento é de amizade e respeito.

A *pessoa índice* “*Is*” é portador de diabetes mellitus tipo 2 e hipertenso, de profissão comerciante e nível de escolaridade ensino fundamental. A senhora “*Ca*”, sua ex-esposa, é a sua cuidadora principal, assim como dos demais subsistemas familiares. “*Ca*” é hipertensa e estudou até o ensino fundamental, profissão do lar.

Dos filhos do casal, o senhor “*Ab*” que mora com os pais, é representante comercial, com grau de escolaridade ensino médio completo, renda mensal de aproximadamente um salário mínimo, casado desde de 1999 com “*Fn*”, de profissão cabeleireira, autônoma, ensino médio incompleto e renda mensal de um salário mínimo. O casal tem dois filhos de ambos os sexos, o menino nascido em 2002 estudante do ensino fundamental, e a menina em 2004.

A *família D* mora em casa própria, construção simples com cômodos estreitos, em precário estado de conservação, piso de cimento vermelho escorregadio e com cavidades, tem três quartos, sala, cozinha, banheiro no quintal. Na sala da casa funciona o salão de beleza de “*Fn*”, ambiente também utilizado pela família como sua

sala de estar, espaço para receber visitas de amigos, vizinhos e de outros membros do sistema familiar.

A autorização para a montagem do salão foi acordado entre “*Is*” e “*Ca*”. No entanto, reconheceram que esse arranjo espacial tem influenciado de forma negativa a vida familiar causando conflitos relacionais entre seus subsistemas.

A psicofigura de Mitchell mostra que as interações entre os subsistemas da *família D* é assimétrica e distante entre a *pessoa índice* “*Is*” e os demais subsistemas familiares sendo muito superficial em relação à ex-esposa, moderada com o filho e neto e superficial com a nora e neta. Esse processo interacional demonstra reciprocidade. Por outro lado, o vínculo entre os subsistemas é expresso por uma inter-relação de retroalimentação e circularidade, exceto entre nora e sogra que mantêm uma característica de linearidade. A relação é de distanciamento e muito superficial.

A representação gráfica do filho do casal e sua esposa mostra uma inter-relação de fluxo de energia muito forte. Esse fluxo envolve seus filhos, a terceira geração, de forma que a energia entre eles é retroalimentada e confere aos sistemas um vínculo forte. Entre as crianças, o vínculo é moderado.

A assimetria assinalada na *família D* demonstra os limites relacionais que imperam entre cada subsistema. O intrassistema familiar é diretamente influenciado pelo fluxo de energia que rodeia a *pessoa índice* e sua ex-esposa, mas essa assimetria não compromete as relações do sistema no princípio da globalidade, pois como genitores buscam manter a unidade familiar ante as flutuações nos papéis e valores anteriormente ao divórcio. Existe tolerância e flexibilidade entre eles na circulação de entrada e saída de energia na dinâmica familiar.

No meu entender, essa flexibilidade na relação familiar compõe a “chave” que dá diversidade a cada subsistema na família. E, por outro lado, segundo Gimeno (2001, p. 122), “para lá das mudanças que se teceram ao longo de uma história de vida partilhada, a família tem em cada dia a tarefa de cuidar dos afetos e construir o futuro partindo do presente, para não ter que depender apenas da herança do passado”.

Após delineamento dos vínculos na psicofigura de Mitchell, passo a desenvolver as inter-relações da *família D* com a rede mais extensa de suas inter-relações.

O ecomapa da *família D* demonstra que as inter-relações da família com a rede social é muito variada, circulando entre vínculos que vão desde moderados a negativos e distantes, em processo circular de energia com reação de reciprocidade.

A inter-relação de cada subsistema familiar com as instituições de cuidados à saúde é variado em relação aos serviços oferecidos, aqueles que mais buscam e sentem a necessidade de maior cuidado pelas instituições de saúde como a *pessoa índice* e sua ex-esposa, demonstram um vínculo de proximidade moderado, alimentado por um vínculo de recursividade.

A *pessoa índice* e sua ex-esposa costumam freqüentar com regularidade o centro de saúde do bairro, nos programas de atenção ao portador de diabetes mellitus, hipertensão, laboratório de análises clínica e farmácia. A regularidade da freqüência é expressa pela complementaridade entre eles e os profissionais do serviço, através de uma relação de vínculo moderado.

Já o mesmo não ocorre com o filho do casal: apesar da boa imagem que os genitores passa-lhe sobre o centro de saúde e os programas que os assistem. Não compatilha da opinião dos genitores, mantendo um relacionamento de distanciamento com o centro de saúde do bairro.

Corroborando o conceito do filho do casal, a nora mantém um vínculo negativo com o referido centro de saúde, porque não encontra ali a assistência aos filhos por programas de atenção à criança, como acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, assistência médica pediátrica e medicamentos quando prescritos.

Com a rede de vizinhança a família mantém uma relação superficial, assimilada em todo o subsistema familiar em sua globalidade. Os vizinhos são considerados como “conhecidos”, para “bom dia”, “como vai?” sem muita proximidade na vida particular da família.

No ecomapa da *família D* não está a representação gráfica do agente comunitário de saúde-ACS como visto anteriormente nas demais famílias e como será visto nas subseqüentes, talvez porque o profissional tenha pouco tempo de serviço na microárea de abrangência, está ainda na fase de cadastramentos das famílias locais.

A relação com o trabalho é diversificada entre os subsistemas da unidade

familiar. A *pessoa índice* complementa a aposentadoria com a venda de mel de abelha, que ele retira de colmeias da mata que circunscreve o município, beneficia e vende nas cidades circunvizinhas e até em São Paulo. É atividade prazerosa, uma espécie de lazer, daí seu vínculo moderado com esse trabalho.

O filho mantém uma relação muito superficial e estressante com o trabalho de representante comercial, ganha por comissão e precisa andar muitas horas por dia, trabalhando todos os dias da semana e ao final do mês o que recebe não é suficiente para sustentar a família. A sua esposa, como cabeleireira também nutre um vínculo superficial com sua atividade e pouco satisfatório, pois enfrenta o conflito do seu salão de beleza instalado na sala dos sogros, ainda duas crianças para cuidar ao tempo que cuida da beleza de terceiros. O ganho com o trabalho é pouco, sendo complementado com a aposentadoria da *pessoa índice* e sua ex-esposa.

No ecomapa da família pode-se observar que as inter-relações dos subsistemas da família com a igreja é variado. Dizem-se protestantes e frequentar a igreja com muita dificuldade, pela escassez de tempo, à exceção a senhora “Ca”, que tem vínculo de proximidade moderado. O senhor “Is” tem vínculo superficial, o filho e nora muito superficial. A inter-relação familiar com a igreja é reforçada pela genitora que procura manter na família a circularidade na retroalimentação dos demais subsistemas individuais.

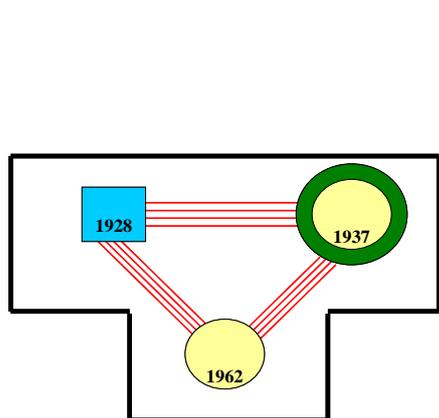
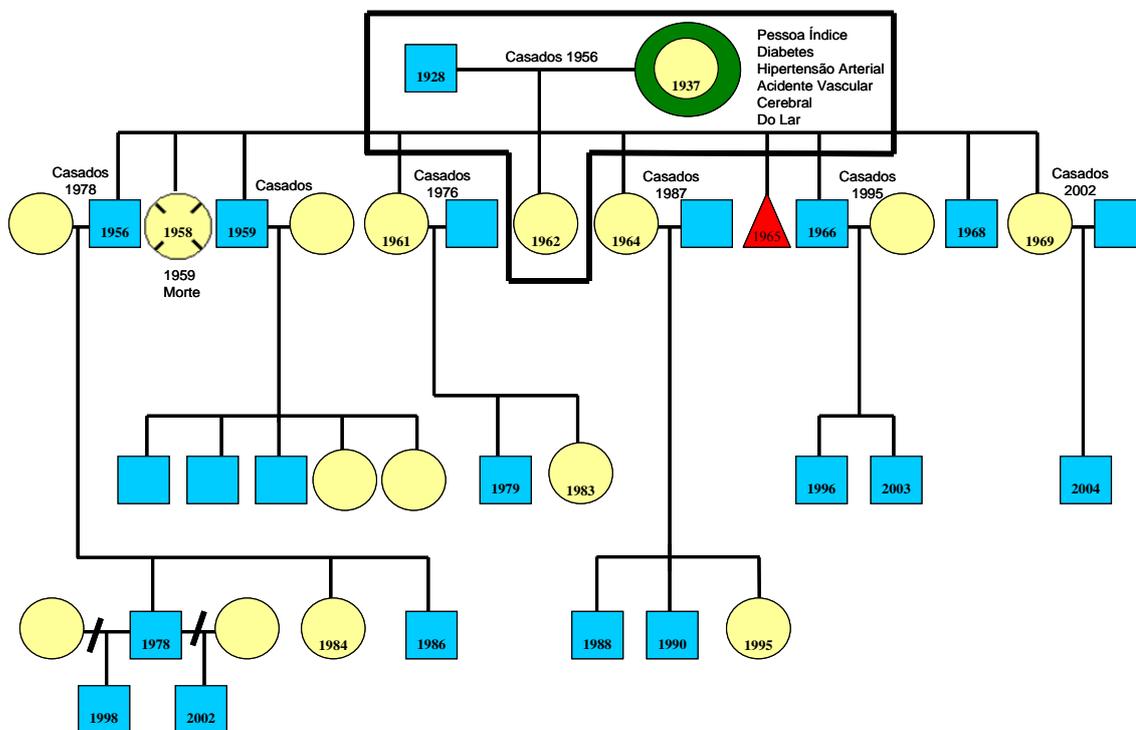
No concernente às crianças, a do sexo feminino tem vínculo muito forte no sistema familiar e este em relação a ela, a do sexo masculino demonstrou um vínculo superficial com a escola.

Outra situação identificada no ecomapa é a inter-relação da senhora “Ca” com o lazer expresso pela necessidade de estar com os filhos que moram distante. O lazer é realizado com viagens de passeio para visitar os filhos que moram perto do município, e nesta busca “estabilizar” as energias do sistema familiar como estratégia de realimentação e coesão entre os diversos elementos da família e o sentimento de pertença.

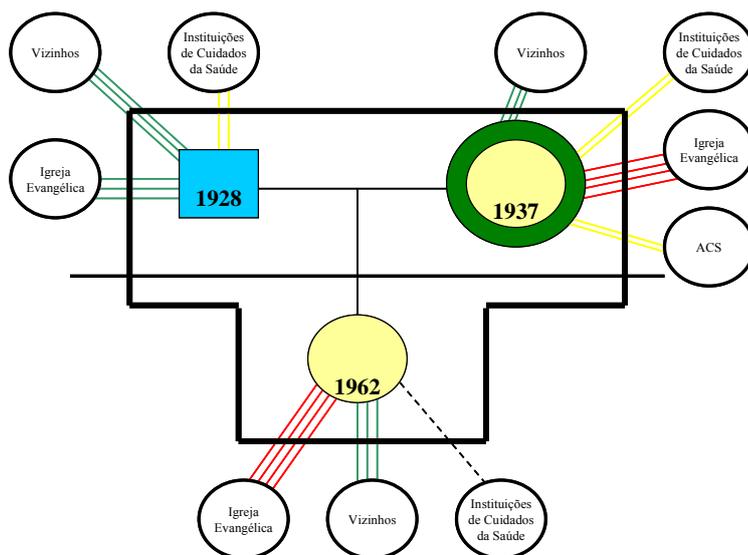
FAMÍLIA E

Toda vida eles me paparicaram (...) hoje nós estamos na idade e é do mesmo jeito (...)

GENOGRAMA



PSICOFIGURA DE MITCHELL



ECOMAPA

Figura 14: Representação gráfica da Família E

Na representação gráfica da *família E*, o genograma exhibe três gerações, embora só duas, genitores e filha, convivam no mesmo ambiente. O casal teve nove filhos, entre os quais um óbito em 1958 de criança antes do primeiro ano de vida e um aborto espontâneo. Dos demais filhos, seis são casados e dois solteiros; apenas três residem na mesma cidade dos genitores, incluindo a filha que reside com o casal, os demais em cidades distantes e em outros Estados brasileiros.

Nessa família a *pessoa índice* “La”, idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e seqüelas de um acidente vascular cerebral-AVC ocorrido em 2004, boca lateralizada à esquerda e dislalia (distúrbio na fala caracterizado pela dificuldade em articular as palavras). Profissão do lar, nível de escolaridade ensino fundamental completo, casada desde de 1956 com o senhor “Jd”, aposentado do Departamento Nacional de Estradas e Rodagens-DNER, com renda de três e meio salários-mínimos mensais, grau de escolaridade ensino médio. A filha “He”, grau de escolaridade ensino médio completo, deixou o emprego de comerciária na cidade de Feira de Santana, Bahia, para cuidar dos genitores após casamento de sua irmã caçula, que morava com os pais.

A *pessoa índice* “La” e seu esposo moram em sua casa própria com a filha “He”. A casa, construção ampla em excelente condição de conservação e limpeza, com três quartos, sala ampla, cozinha, banheiro, corredor lateral, área de serviço, varanda e quintal amplo pavimentado e com plantação de pomar e cultivo de ervas e hortaliças.

No referente à saúde familiar, além da alteração do padrão de saúde da *pessoa índice*, sua filha sofre de problemas respiratórios de natureza alérgica; o esposo não refere qualquer problema de saúde.

A psicofigura de Mitchell da *família E* mostra que as interações da *pessoa índice* “La” com os subsistemas familiares seu esposo e filha são fortes, inter-relação circular, ou seja, entre os subsistemas da *família E* o vínculo interacional é retroalimentado entre as partes e o todo familiar de forma complementar.

O modo como esse casal de “parceiros” se relaciona manifesta uma história de vida partilhada com amizade, respeito e amor. Observei o comportamento de um como resposta ao comportamento do outro, uma parceria que se reflete também no

comportamento da filha no sistema, de forma a retroalimentá-lo.

Quando vistos na figura do ecomapa os vínculos da *família E* demonstram que suas inter-relações com as instituições de cuidados à saúde são superficiais para a *pessoa índice* e seu esposo, e distante para a filha do casal. Esse vínculo de distanciamento reflete um fluxo de energia que é recursivo, uma vez que a interação dessa família com o serviço de saúde é linear. Tal linearidade está na forma como a família e o serviço de saúde se inter-relacionam, ou seja, a família busca apenas o serviço para a aquisição de medicamentos e o serviço mantém-se distante da família.

A *pessoa índice* tem relação de proximidade apenas com a médica do programa de atenção ao portador de diabetes, uma vez que é assistida por esse profissional em consultório particular. A opção em pagar um plano de saúde particular partiu do esposo, mesmo comprometendo a renda familiar para atender as necessidades básicas da família, mas julgou necessário para assegurar a assistência de saúde à senhora “La”, muito difícil na unidade de saúde do bairro, por longas filas a ponto de precisar alguém da família dormir na frente do estabelecimento para conseguir uma ficha de atendimento.

O gráfico demonstra que a relação da *pessoa índice* com a agente comunitária de saúde-ACS é superficial, e os demais subsistemas da família não chegam a citá-la. Identifiquei que existe um distanciamento recíproco entre a família e a ACS da microárea, fato que atribuo à alta rotatividade de profissionais dessa natureza na área em questão e pela pouca resposta que o serviço de saúde do bairro dá às suas necessidades de saúde.

O vínculo com os vizinhos é moderado para todo o sistema familiar. A família tem uma história de vida ali construída de aproximadamente trinta anos, onde muitos filhos nasceram, construíram laços de amizade, compartilharam vivências, o casal comemorou *bodas de ouro*, compartilhando com a vizinhaça, ou seja, cinquenta anos de casados em dezembro de 2005. As inter-relações saudáveis construídas ao longo do tempo na vizinhança deram à *família E* respeitabilidade na comunidade, mas se caracteriza como vínculo funcional, ressaltando as fronteiras dessa rede social.

A *família E* é de religião protestante e seu vínculo com a igreja é forte para a *pessoa índice* e sua filha, e moderado para o esposo. A inter-relação da família com a

igreja evangélica é simétrica e complementar. A história relacional entre esses subsistemas e a religião data de 2004 para o casal, iniciada logo após o AVC da *pessoa índice*, pois até então, eram católicos. Para os subsistemas filiais, aqueles que residem no mesmo município é anterior a essa data, e foram as filhas já evangélicas que chamaram o casal para participarem da sua religião.

Para estes subsistemas é na igreja evangélica que encontram a sua maior fonte de retroalimentação de energia e o fortalecimento de suas necessidades espirituais. A *pessoa índice* relatou que era católica fervorosa, com imagens de santos dentro de sua casa, tinha como devoção oferecer “Caruru de São Cosme e Damião” às crianças, mas em decorrência do AVC mudou sua crença e encontrou na religião evangélica a força em Deus que necessitava para enfrentar a doença e alcançar a saúde.

Na representação gráfica do ecomapa da *família E* não está a inter-relação com o trabalho, porque não foi construído pela família nessa figura, mas creio ser indispensável fazer uma breve referência ao subsistema individual da filha da *pessoa índice* que não tem vínculo empregatício. Uma condição que lhe traz conflitos pessoais, pela necessidade ter um ganho para bancar as suas despesas pessoais e manter um vínculo relacional com outras pessoas fora do subsistema familiar, uma vez que sempre trabalhou para manter seu sustento e agora depende da pouca ajuda econômica do pai e de sua irmã mais velha, mas ao mesmo tempo, sente a responsabilidade de precisar cuidar dos pais idosos e em especial da mãe, pelo seu problema de saúde com a doença crônica. Esse aspecto será mais detalhado na próxima etapa, na análise das categorias.

FAMÍLIA F

Me sinto feliz por ter todos eles aqui dentro de casa, todos bons filhos, cuidando de mim e eu deles

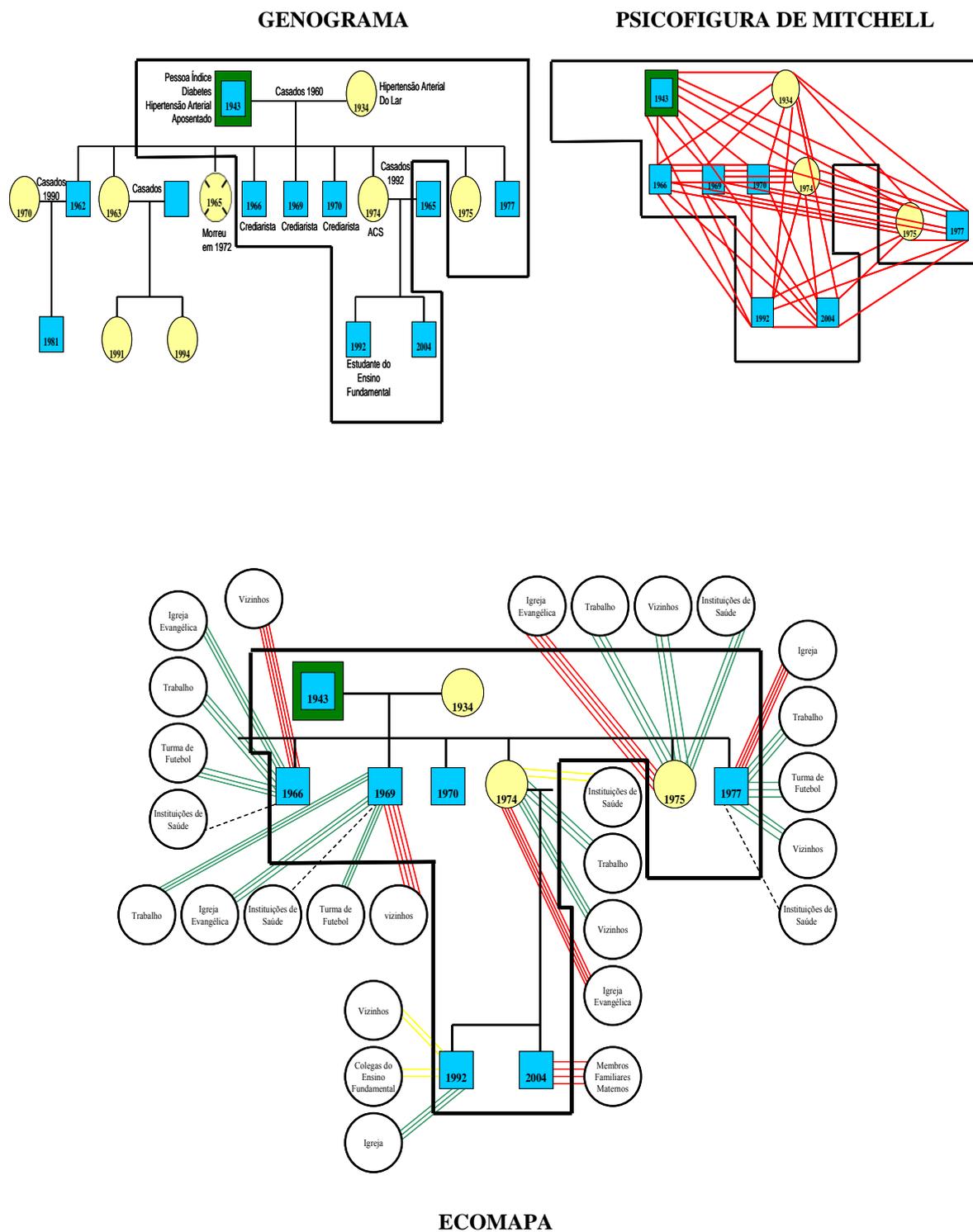


Figura 15: Representação gráfica da Família F

O genograma da *família F* circunscreve três gerações procedentes da família nuclear: pais, filhos e netos. Os cônjuges têm oito filhos, sendo cinco do sexo masculino e três do sexo feminino e um caso de óbito de uma filha em 1972 com sete anos de idade, de causa não referida. Dos filhos, três são casados, e dentre estes dois residem em outros municípios do estado da Bahia, uma mora nas proximidades da casa dos genitores e integra a inter-relação do sistema intrafamiliar com seus filhos. Os demais filhos são solteiros e residem com os pais.

Nesta família a *pessoa índice* “An”, um idoso portador de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, nível de escolaridade ensino fundamental completo, aposentado com renda mensal de um salário mínimo, casado desde 1960 com o senhora “Be”, de profissão do lar, grau de escolaridade ensino fundamental incompleto e com histórico de hipertensão arterial controlada.

Todos os filhos do casal têm o ensino médio completo. Focando o olhar sobre os que compõem a dinâmica familiar, todos os filhos estão inseridos no mercado de trabalho, mas que apenas quatro no mercado formal. Os do sexo masculino trabalham no comércio na função de crediário, as do sexo feminino têm vínculo de trabalho com a Secretaria de Saúde do Município, ambas como agentes comunitárias de saúde há mais de 5 anos. A renda mensal de cada um é em média um e meio salários-mínimos para os que estão no mercado de trabalho formal, e os demais não têm renda fixa. O sistema familiar une esforços para suprir as necessidades básicas de alimentação e pagar energia elétrica, água e telefone.

Entre os netos, dois passam a maior parte do tempo na casa dos avós, um cursa o ensino fundamental e o outro fica com os avós em tempo integral. Como vão para a casa dos pais apenas para dormir, compõem a dinâmica do sistema familiar. A genitora destes, a senhora “Ne”, divide-se entre as funções de ACS na comunidade e os cuidados familiares, especialmente à *pessoa índice* e ao filho pequeno; compartilha com sua mãe os cuidados do todo familiar.

A *pessoa índice* e sua esposa moram com seus filhos em casa própria, de construção simples, em bom estado de conservação, cômodos estreitos, piso escorregadio em cimento liso vermelho, com três quartos, sala de visita pequena, sala de jantar conjugada com a cozinha, banheiro e quintal.

No relativo à saúde familiar, salvo o problema da *pessoa índice* e sua esposa, todos os demais subsistemas não relataram qualquer problema de saúde.

Na representação gráfica da psicofigura de Mitchell da *família F* se observa que os vínculos entre os seus subsistemas são fortes e se movem de maneira circular; as fronteiras intergeracionais são fluidas, com fluxo de energia entre todos os membros da unidade familiar, demonstrando elevado grau de inter-relações afetivas e intercâmbio comunicacional entre os subsistemas.

Segundo Gimeno (2001, p. 140), “as funções familiares básicas que nos enchem culturalmente traduzem-se em metas e projetos que orientam a vida familiar”. A autora ressalta que “cada família tenta aproximar-se do seu ideal e aproximar os seus membros da felicidade e da conquista das suas próprias metas particulares”. Assim, identifiquei na *família F* que a coesão, comunicação, respeito, atividades compartilhadas, amor e sentimento de pertença são as metas compreendidas pelos subsistemas que dão a condição de vínculo forte ao sistema familiar de forma globalizante e, em especial, para a saúde da *pessoa índice* “An”.

A representação gráfica dessa figura permitiu conhecer as inter-relações dos diferentes subsistemas da *família F*, possibilitando compreender como os seus vínculos fortes proporcionam a dinamicidade de suas inter-relações quotidianas no processo de mudança diante do diabetes mellitus.

Já quando se refere a vínculos com a rede extensa, o desenho do ecomapa da *família F* mostra que sua representação gráfica não mantém a mesma uniformidade demonstrada da psicofigura de Mitchell. As inter-relações da família com as instituições de cuidados à saúde são de distanciamento, superficiais e moderados, com um caráter de recursividade.

Na *família F*, embora entre os adultos jovens haja dois de seus subsistemas individuais trabalhando no serviço de saúde municipal como ACS e uma delas vinculada à unidade de saúde do bairro, estes mantêm-se distanciados dos serviços oferecidos pelo centro de saúde, apenas o procurando em casos extremos de desvio de saúde. Aparece como obstáculo a dificuldade para agendar atendimento.

Por outro lado, a *pessoa índice* e sua esposa estão mais próximos do serviço de saúde, freqüentam os serviços de atenção ao portador de diabetes e hipertensão, mas

ressalvam que o serviço não reponde às suas necessidades de cuidados quando solicitado, pois as consultas são agendadas em períodos longos e em caso de consulta extra é preciso dias para conseguí-la, o que segundo eles dificulta o tratamento. Essa opinião também é compartilhada pelas filhas ACS que enfatizaram o fato de a demanda ser maior do que a oferta de serviço, e o planejamento dos cuidados à saúde da população não está direcionado para a família, embora exista o Programa de Saúde da Família implantado no município em que uma das filhas faz parte da equipe. Esses discursos fazem parte dos dados das entrevistas e anotações em diário de campo que realizei.

As inter-relações da *família F* com os vizinhos vão de fortes a moderadas para o casal e filhos, e superficiais para o neto. O vínculo com a vizinhança tem um grau de parentalidade, amizade e respeito. Os vizinhos são suporte social de apoio. Os membros jovens da família cresceram juntos com seus vizinhos e mantêm uma inter-relação de companheirismo e amizade. As vizinhas se tratam de comadres e os homens de compadres. No entanto, as fronteiras são visíveis e respeitadas por todos os envolvidos.

A relação da família com a ACS da microárea de abrangência é de proximidade, ela também faz parte da vizinhança e é considerada como uma amiga da família. A ACS realiza visita mensal à *pessoa índice* e sua esposa para preenchimento das fichas de acompanhamento do PACS. O processo interacional é recíproco e intensificado pelo fluxo de relações entre as partes construído através da convivência proximal vizinhança.

As relações da *família F* com a igreja são fortes para todos os subsistemas exceto para o neto que, são moderados. A família é evangélica e de participação ativa em atividades religiosas e sociais da igreja. Entre os subsistemas da família há aqueles que participam nos grupos de jovens como monitores, os que realizam visitas domiciliares às pessoas acamadas e em ambientes hospitalares, como a *pessoa índice* “An”, que dedica os sábados para visitar enfermos acamados. Toda a família é assídua à igreja. A sua inter-relação com a igreja evangélica é simétrica e complementar, é o local de fortalecimento de suas esperanças e força em Deus para o viver familiar cotidiano.

O vínculo com o trabalho é moderado para todos os subsistemas individuais. O

trabalho ajuda-os a complementar a renda familiar e sentem-se valorizados por poderem contribuir com o genitor nessa função de prover as necessidades do sistema familiar. Alguns apenas referiam a instabilidade econômica devido ao baixo salário, mas sublinhavam o respeito adquirido no serviço pelos colegas e a amizade construída. Destacavam o ambiente de trabalho como extensão do lar, demonstrando satisfação, à exceção dos subsistemas na função de ACS que referiram sentir-se limitadas na comunidade no exercício profissional diante das solicitações desta.

Outro aspecto que derivou da relação de trabalho refere-se à inter-relação entre os subsistemas individuais com os colegas de trabalho no concernente ao lazer. O vínculo de amizade entre colegas proporcionou a criação e manutenção de um time de futebol que semanalmente se reúne para jogar e divertir-se. Para esses adultos jovens, era o único lazer de que dispunham, além da igreja.

O neto adolescente mantém um vínculo superficial com a escola. A criança menor, por ainda não frequentar escola, tem relação exclusiva com o sistema familiar, com forte vínculo entre eles e reciprocidade no fluxo de relação.

FAMÍLIA G

(...) viver aqui com minha filha, a neta e o bisnetinho é viver, viver bem

GENOGRAMA

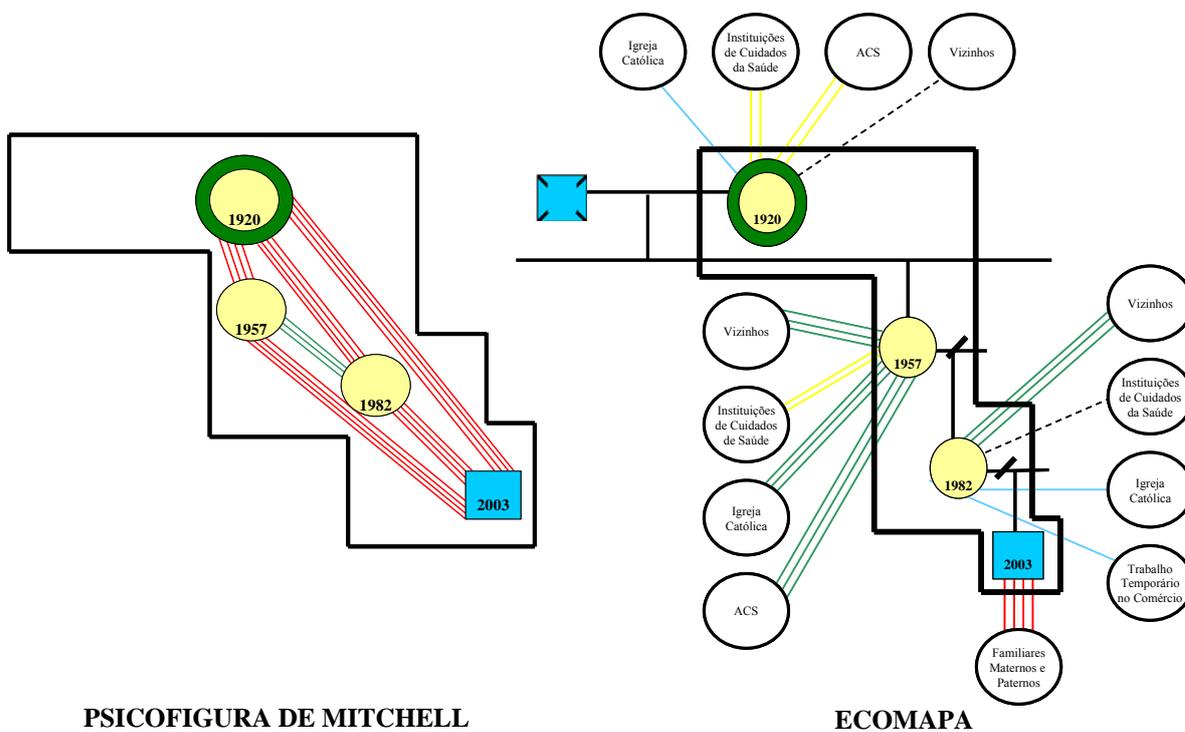
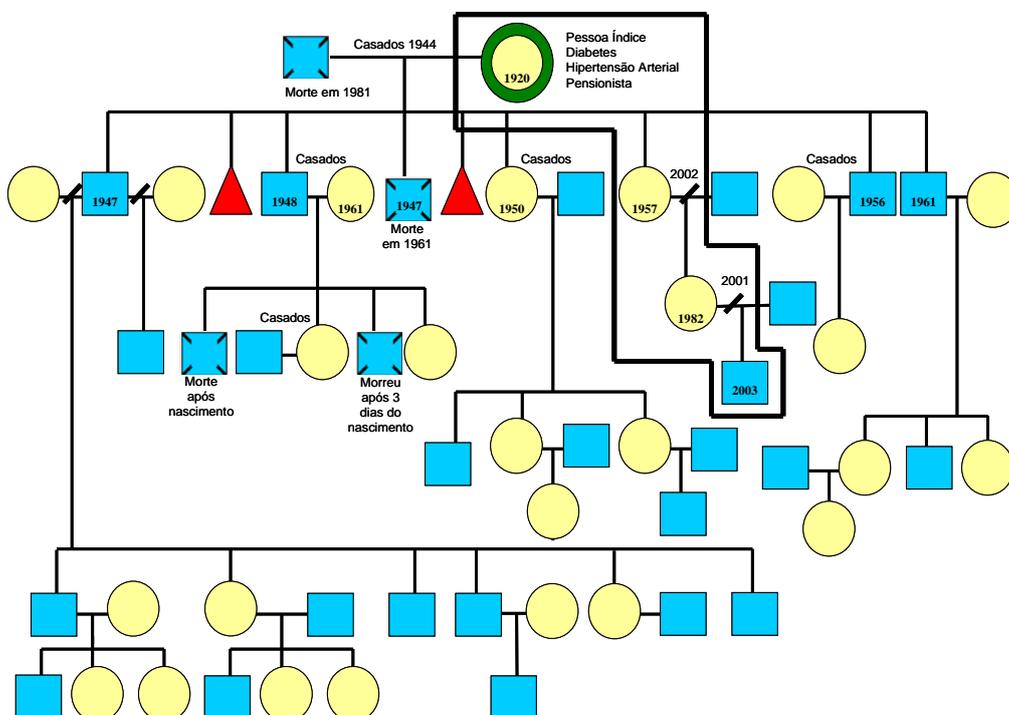


Figura 16: Representação gráfica da Família G

O genograma da *família G* exhibe quatro gerações a partir da *pessoa índice* “Ol”: avó, filha, neta e bisneto. A *pessoa índice* é viúva desde 1981 após 37 anos de vida conjugal, da qual tiveram sete filhos, dois abortos espontâneos. Dos filhos, cinco do sexo masculino e dentre estes um óbito em 1961 de um jovem adolescente com quatorze anos de idade, e duas do sexo feminino. Dos filhos da *pessoa índice* “Ol” apenas “Mr” mora com a genitora, os demais moram em Salvador, capital do Estado da Bahia, e um em município próximo à cidade de Jequié.

Embora a *pessoa índice* “Ol” tenha constituído uma família alargada como se observa no genograma, os filhos encontram-se longe da mãe e têm pouca ou nenhuma participação na dinâmica familiar, à exceção da filha “Mr” e sua família, que moram com a mãe. A distância dos filhos gera sentimentos de solidão e isolamento da *pessoa índice*, dado de relevância identificado no estudo dessa família.

A *pessoa índice* “Ol”, idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, acuidade visual e auditiva comprometidas e portadora de lesão descamatosas na face, região ântero-lateral direita (dentre os seus problemas de saúde, esta é a que mais afeta “Ol” por sentir que compromete sua auto-imagem e auto-estima). Profissão do lar, nível de escolaridade ensino fundamental incompleto, aposentada, com renda de um salário mínimo mensal.

A filha “Mr”, de profissão costureira, grau de escolaridade ensino fundamental incompleto, fora do mercado de trabalho desde 1988, quando os problemas de saúde de sua mãe começaram a se agravar. Estado civil separada desde 2002, tem uma filha “Li” nascida em 1982 da união conjugal. “Li” tem o ensino médio completo, inserida no mercado de trabalho informal, sem renda fixa, solteira, mãe de uma criança nascida em 2003 fruto de relacionamento efêmero. A criança é cuidada pela avó e bisavó materna e recebe atenção dos avós paternos, porém a responsabilidade do sustento é da *pessoa índice*. O “bisnetinho” é uma criança saudável, alegre e comunicativa.

A *família G* mora em casa própria, uma residência simples e bem cuidada, com piso a cimento vermelho escorregadio, três quartos, sala, cozinha, banheiro no quintal, onde reservam uma área para cultivar algumas ervas e hortaliças.

No tocante à saúde familiar, salvo as alterações de saúde da *pessoa índice* “Ol”, os demais subsistemas individuais não referiram qualquer alteração.

A psicofigura de Mitchell da *família G* mostra que as inter-relações da *pessoa índice* com os subsistemas da unidade familiar são fortes e com fluxo de energia circular. Os vínculos dos subsistemas individuais em relação à *pessoa índice* movem o sistema familiar num processo de retroalimentação. A inter-relação familiar é movida pelo sentimento de gratidão e respeito com a *pessoa índice* e intercambiado por afetos, cuidados e amor. Por outro lado, o vínculo entre “*Mr*” e sua filha é moderado, retratando uma “fragilidade inter-relacional” entre ambas pelo fato de “*Li*” assumir uma posição de distanciamento em relação à mãe para ajuda nas atividades da vida diária familiar e na manutenção dos cuidados da *pessoa índice* e de seu próprio filho. No entanto, existia um grau de tolerância e flexibilidade entre ambas, permitindo a circulação de energia realimentando o sistema familiar e garantindo a convivibilidade entre o todo.

Voltando o olhar para os vínculos mais extensos da *família G*, o supra-sistema observado no ecomapa, as inter-relações da família com as instituições de cuidados à saúde são superficiais e distantes, com fluxo de energia recursivo. Para a *pessoa índice* a relação está restrita ao serviço de atenção ao portador de diabetes e ao serviço de hipertensão arterial da unidade básica de saúde do bairro, no qual é assistida em períodos de um a dois meses. Já para “*Mr*” esse vínculo reside no fato de conseguir agendar uma consulta e levar sua mãe lá na data aprazada. O vínculo de “*Li*” com a unidade de saúde é de relacionamento distante. A família e a unidade de saúde mantêm-se distantes uma da outra.

No ecomapa vê-se que os vínculos da família com a agente comunitária de saúde-ACS são superficiais para a *pessoa índice* e moderados para a sua filha e não manifesto pela neta. O vínculo entre “*Mr*” e a ACS é de proximidade pelo apoio e amizade dessa profissional para com a saúde familiar. A ACS faz parte da vizinhança da família e mantém contato diário por residir nas proximidades da casa; mantém informada a senhora “*Mr*” sobre as datas de consultas de sua mãe quando agendadas, a chegada de medicamentos na unidade de saúde e por constituir-se em elo de ligação entre a família e a unidade de saúde. Como observado em outras famílias deste estudo, a inter-relação dessa profissional com a família é apoiada pelo vínculo de amizade entre as partes.

O vínculo da família com a vizinhança ocorre de maneira moderada exceto para a *pessoa índice*, que manifesta distanciamento com os vizinhos. Tal posicionamento da *pessoa índice* mostra-se como características pessoais de isolamento e introversão. Por outras palavras, observei que a adoção dessa posição vem de sua própria crença de que as pessoas não têm paciência para conversar com ela devido à redução de sua acuidade auditiva e ainda pelo fato de ter uma lesão facial que afeta a sua imagem corporal.

Nos demais subsistemas da unidade familiar os vínculos com os vizinhos são moderados e a relação entre eles é de apoio social e emocional.

A *família G* é de religião católica e seus vínculos com a igreja são moderados para “*Mr*” e muito superficiais para a *pessoa índice* e sua neta. “*Mr*” diz encontrar na igreja o fortalecimento de suas necessidades espirituais e esperança na melhora de saúde de sua mãe. É também o ambiente de seu lazer. Para “*Li*” o vínculo superficial com a igreja está na opção em não ser praticante da religião; já para a *pessoa índice* esse vínculo reside no fato de não ter suficiente mobilidade para se deslocar à igreja, e por não haver uma atividade pastoral da igreja católica que leve a palavra de Deus à sua casa.

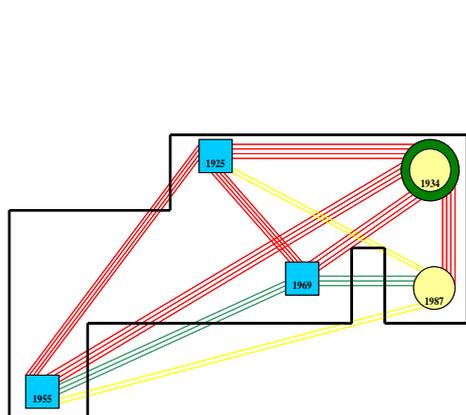
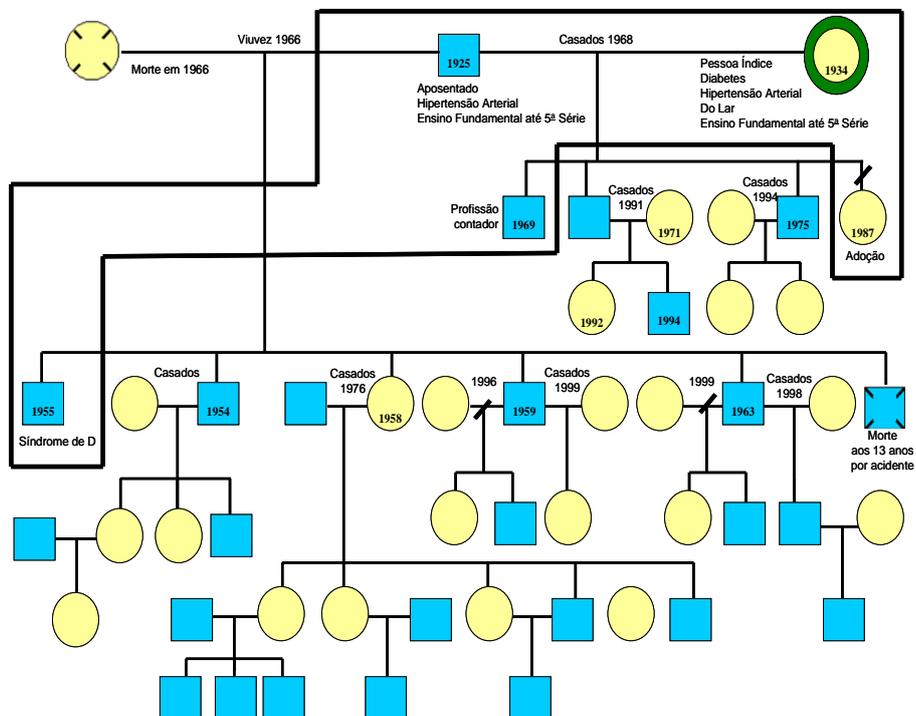
Outro vínculo identificado no ecomapa está pautado na relação muito superficial de “*Li*” com o trabalho. Esse vínculo de superficialidade está na instabilidade do emprego temporário no setor comerciário da cidade que não lhe possibilita fortalecer relações de trabalho. Trata-se, no entanto, do efeito causado pela incerteza, aliada aos desafios do mercado de trabalho escasso e à insegurança de obter um emprego formal com sua restrita qualificação profissional.

Outro vínculo a observar no ecomapa é a forte inter-relação da criança com os demais subsistemas da unidade familiar; um vínculo demonstrado pelos gestos de amor e cuidado entre os seus subsistemas com a criança. Esses vínculos da família com a criança mostraram o ambiente familiar como o espaço mais próximo e solidário das inter-relações para o bem-estar físico de seus membros que vai além de um forte sentimento de pertença.

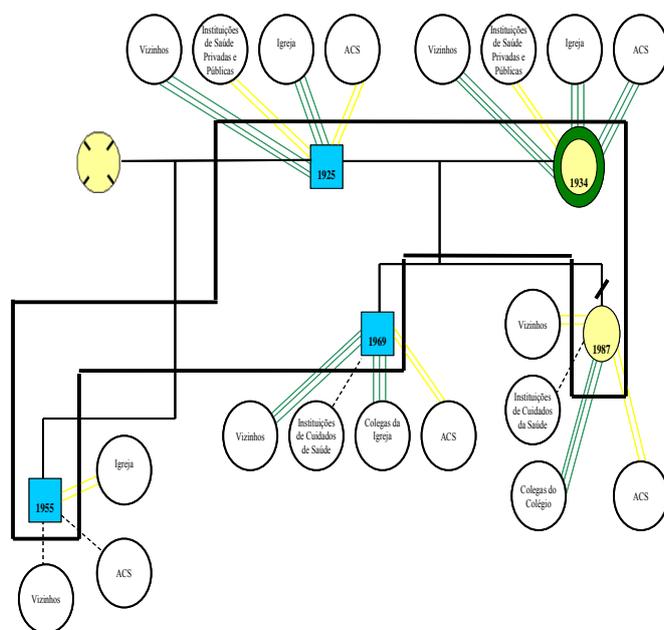
FAMÍLIA H

A família pra mim é muito importante pra controlar essa doença

GENOGRAMA



PSICOFIGURA DE MITCHELL



ECOMAPA

Figura 17: Representação gráfica da Família H

O genograma da *família H* mostra uma família reconstituída, originária da viuvez do progenitor ocorrida em 1966. O termo “reconstituída” significa que na atual configuração familiar existem “pessoas que num passado mais ou menos próximo, tiveram outras famílias (nucleares, entenda-se), em parte agora reunidas neste novo sistema” (ALARCÃO, 2006, p 206).

Assim, o genograma da *família H* configura um novo sistema familiar constituído de um novo casamento em 1968 com a *pessoa índice* “*Ma*” deste estudo. Trata-se de uma família extensa. Da configuração anterior, o genitor teve seis filhos, sendo cinco do sexo masculino e entre estes, registro de óbito de um adolescente aos treze anos por acidente; e uma do sexo feminino, sem causa revelada, os filhos deste primeiro casamento constituíram a nova família. E, desta constituição originaram-se mais três filhos, todos do sexo masculino e uma adoção. Os cônjuges têm no total nove filhos e todos foram criados pelo subsistema conjugal. Dos filhos do casal, incluindo a adotiva, apenas três são solteiros e moram com os pais, um dos quais é portador de necessidades especiais, originário da primeira união conjugal.

Os demais filhos, casados, alguns moram no município de residência dos pais e outros em cidades circunvizinhas. Para os subsistemas dessa família, o termo “família reconstituída” é usado apenas para designar o sobrenome de seus membros, pois o sentimento de pertença e interação entre os subsistemas não separa filhos em fratria, em “os teus e os nossos filhos”. Todos são nossos filhos, e a família é nossa família. Os padrões transacionais funcionam nas partes e no todo familiar.

A *pessoa índice* deste estudo, a senhora “*Ma*”, idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, de profissão do lar e ensino fundamental até a 5ª. série, casada com o senhor “*Jm*”, também portador de hipertensão arterial, com igual nível de escolaridade, aposentado, com renda mensal de aproximadamente dois e meio salários mínimos. Dos filhos que residem com o casal, “*Jf*” tem ensino médio completo formado em contabilidade e fora do mercado de trabalho; “*Jq*” uma jovem adolescente que tem como ocupação os estudos, encontrando-se no ensino médio e “*Mj*” portador de necessidades especiais – Síndrome de Down (Trissomia do cromossomo 21) é o segundo filho do primeiro casamento do genitor.

A *família* mora em imóvel próprio, residência confortável e arrejada de dois

pavimentos. No piso térreo mora um dos filhos do casal com sua família. A casa tem cômodos estreitos, três quartos, duas salas, varanda, cozinha, banheiro e área de serviço.

No que se refere à saúde familiar, à exceção da *pessoa índice* e seu esposo os demais subsistemas individuais não manifestaram qualquer desvio no seu estado de saúde.

Na representação gráfica da psicofigura de Mitchell da *família H*, observa-se que os vínculos interacionais na família são fortes entre os genitores e seus filhos e circularmente entre eles. No entanto, a inter-relação entre os subsistemas parentais-irmãos varia de moderada a superficial. O vínculo superficial é linear da direção de “*Jq*” para “*Mj*”, mas sem expressar distanciamento, apenas por aquele centrar-se em si própria da adolescente “*Jq*”. Esse aspecto, comportamental é mais visível na análise das categorias.

Passando para a representação gráfica do ecomapa da *família H*, vê-se que os vínculos familiares com a rede social é diverso, todavia encontra consonância entre alguns sistemas. Assim, pode-se observar que as inter-relações da família com as instituições de cuidados à saúde são superficiais e distantes, com fluxo de energia recíproco.

A família tem como unidade de referência o centro de saúde do bairro apenas para aquisição de medicamentos prescritos para a *pessoa índice*. Essa relação é linear para ambos os sistemas. Assim, como visto anteriormente na *família E*, a *pessoa índice* “*Ma*” tem um plano de saúde particular pago por seu esposo. A aquisição do plano teve como objetivo a manutenção das consultas, uma vez que no centro de saúde de referência agendar uma consulta envolvia dormir numa fila por dias e sem a garantia de consegui-la. Essa despesa a mais comprometeu a renda familiar, mas destacaram a tranquilidade da assistência à saúde sempre disponível. Este aspecto, encontra eco no enunciado da *família E*.

No âmbito dos subsistemas de vizinhança a *família H* mantém vínculos moderados, nutrindo uma inter-relação de proximidade, respeito e parentalidade com seus vizinhos, que são considerados a continuação do sistema familiar, porém reservadas as fronteiras relacionais de modo visível entre esses sistemas, salvo o filho

“*Mj*”, que é mais distante dos vizinhos.

No ecomapa observa-se que os vínculos da família são superficiais com a agente comunitária de saúde-ACS, sendo moderados com a *pessoa índice*. A ACS realiza visitas mensais à família para acompanhar o cartão de aprazamento das consultas e registros dos valores da glicemia e pressão arterial no manual de anotações.

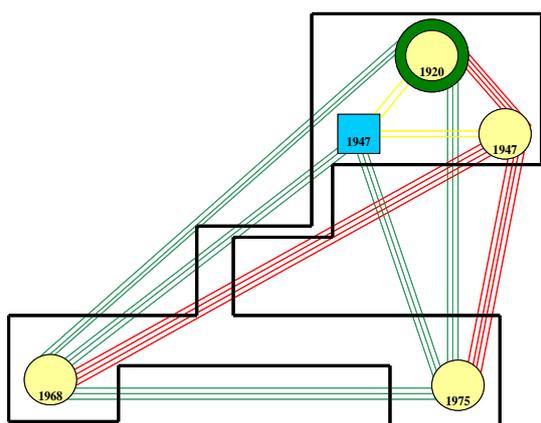
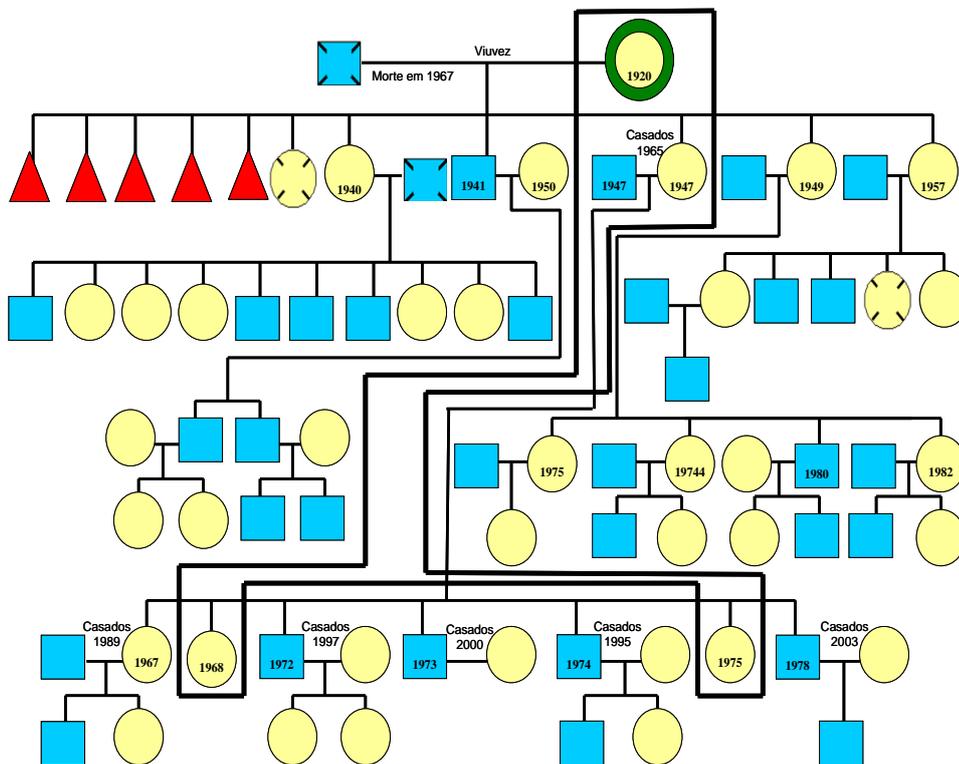
Para esta família a ACS é a pessoa que representa o serviço de saúde na comunidade, embora isso não lhe facilite o acesso à unidade de saúde do bairro.

Outra rede do supra-sistema familiar é a igreja. A família é católica e praticante. Os cônjuges fazem parte do “*Movimento de Maria*” e os filhos pertencem ao grupo de jovens catequistas da igreja. Os vínculos da família com a religião são moderados. Para a *família H* o seu envolvimento nas atividades da igreja é de complementaridade de suas necessidades espirituais, do sentimento de bem-estar, de promoção da saúde e prevenção das complicações da doença. O ambiente da igreja é o espaço de lazer familiar e de retroalimentação do sistema em seu todo.

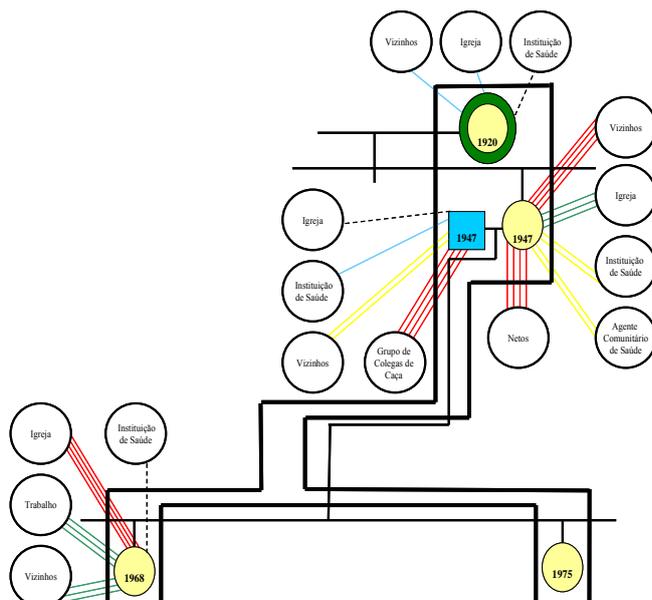
FAMÍLIA I

(...) a filha, os netos, todos aqui dentro de casa se preocupam, todos cuidam de mim (...)

GENOGRAMA



PSICOFIGURA DE MITCHELL



ECOMAPA

Figura 18: Representação gráfica da Família I

No genograma da *família I* observa-se que a *pessoa índice* é viúva desde 1967, e de sua união conjugal teve seis filhos e cinco abortos. Dos filhos, um do sexo masculino, cinco do sexo feminino, destas um óbito de causa não esclarecida. O laço de consangüinidade encontra-se em sua quarta geração.

A *pessoa índice* “Da” é portadora de diabetes mellitus tipo 2, hipertensa, índice de massa corporal acima de 30, mobilidade física comprometida e com seqüela de acidente vascular cerebral com desvio labial à direita, semi-analfabeta, de profissão trabalhadora rural, aposentada pelo Funrural. Mora com a filha “De”, também diabética, embora tenha casa própria localizada numa pequena propriedade rural em outro município vizinho de Jequié, por necessidade de cuidar de sua saúde. Na zona rural, sua casa e a propriedade onde a terra é cultivada é cuidada por outras duas filhas que são trabalhadoras rurais.

A filha “De” e a família, esposo e filhos optaram por cuidar da *pessoa índice* “Da” em seu domicílio devido à precariedade de assistência à saúde na zona rural e pelas constantes complicações de saúde que lhe agravavam a doença.

O subsistema individual “De”, de profissão feirante, afastou-se do trabalho para cuidar da saúde de sua genitora, com ensino fundamental incompleto, casada desde 1965 com “Ru”, grau de escolaridade ensino fundamental incompleto, aposentado e renda mensal de um salário mínimo.

O sistema familiar de “De” é configurado por sete filhos, sendo quatro do sexo masculino e três do sexo feminino. Dos filhos apenas duas solteiras, morando com os genitores e avó. Os casados moram nas proximidades da casa dos genitores. Dentre os filhos três têm ensino superior completo e os demais, ensino médio completo. Os filhos contribuem economicamente para o sustento da família e da *pessoa índice*.

As filhas que residem com os genitores, ambas com ensino superior completo e servidoras públicas, são as principais responsáveis pela manutenção dos cuidados da *pessoa índice* e da sua genitora. Ambas as irmãs têm o mesmo vínculo empregatício e como estratégia para o cuidado à saúde familiar uma faz duplamente a escala de serviço, ou seja, faz a sua escala de serviço e a de sua irmã, ficando esta última, o subsistema “Ro”, com disponibilidade de tempo para exercer a função de cuidadora principal.

A *família I* mora em casa própria, ampla e confortável, em boas condições de conservação, com três quartos, duas salas, varanda, garagem, cozinha ampla, banheiro, quintal.

Sobre a saúde do sistema familiar, além da *pessoa índice* “Da” e sua filha “De”, o genro, o senhor “Ru”, tem hipertensão arterial e hérnia de disco na região lombar. Os demais subsistemas individuais não manifestaram qualquer desvio no seu estado de saúde.

Assim, como visto nas *famílias E* e *H*, na *família I* os filhos de “De” uniram-se para pagar um plano de saúde particular para sua genitora, pela dificuldade de marcar consulta e acompanhar seu estado de saúde no programa de atenção ao portador de diabetes na unidade de saúde do bairro.

A psicofigura de Mitchell dos subsistemas da *família I* mostra que os vínculos no sistema familiar são evidenciados como fortes e moderados, mas a assimetria na inter-relação do senhor “Ru” com sua esposa e sogra revela vínculo superficial.

O vínculo forte é circular e retroalimentado entre o subsistema “De”, entre filhos e a *pessoa índice* “Da”, inter-relação que privilegia as ligações de confiança, respeito, gratidão e o suporte mútuo de interação, cumplicidade e complementaridade entre esses subsistemas parentais.

Já pela psicofigura de Mitchell as interações entre os subsistemas dos netos com a *pessoa índice* “Da” são moderados e recíprocos, assim como entre esses subsistemas e o progenitor. Entre esses sistemas existe uma relação de respeito, reconhecimento, afeição e cuidado. Nota-se, porém, uma relação de limite de fronteiras visíveis, especialmente entre o progenitor e seus filhos, que não ocorre entre netos e a avó, *pessoa índice* “Da”.

Nessa família o fluxo de energia interacional se dá através da sua circularidade no subsistema “De”, que ocupa uma posição no sistema familiar de ligação entre todos os sistemas de forma globalizante. Assim, papéis, valores e crenças do intra-sistema familiar estão em fluxo espiral de energia a partir de “De”.

Tecidas as considerações sobre a psicofigura de Mitchell da *família I*, passo a desenvolver as suas inter-relações extensas com a rede social.

Pelo seu ecomapa, as inter-relações da *família I* com a rede social é muito

variada, desde vínculos fortes a distantes, e com um fluxo recíproco de energia.

O vínculo da *pessoa índice* com as instituições de cuidados à saúde é distante, numa inter-relação prejudicada pela falta de acessibilidade aos serviços oferecidos pelo centro de saúde do bairro, unidade de referência para a família. A *pessoa idosa* depende do serviço público de saúde para receber cuidados. No entanto, é relatado pela família que a unidade de saúde do bairro mantém-se distante da comunidade, especialmente daqueles mais idosos pela falta de aproximação e de facilitação dos cuidados aos portadores de doenças crônicas. A família precisa envidar esforços em situações de agravo de saúde para pagar serviços particulares para mantê-los sob cuidados.

A pouca acessibilidade ao serviço público de saúde é também o motivo que leva o subsistema individual “*Ro*” a nutrir um vínculo de distanciamento desses serviços. Essa relação, por seu turno, é recursiva: tanto o serviço de saúde público como a família estão em movimento de distanciamento.

Na família, salvo a *pessoa índice*, o genro é quem busca os serviços do centro de saúde referência, porém com vínculo muito superficial. Apesar de hipertenso, não é usuário do serviço de hipertensão, enquanto sua esposa, “*De*”, embora não usuária do serviço, alimenta uma relação superficial, dizendo: “*ruim com ele, pior sem ele*”.

No concernente à relação familiar com a agente comunitária de saúde, apenas “*De*” faz-lhe referência entre os membros da família, mas com vínculo superficial.

Com a rede de vizinhança, o vínculo familiar é forte no subsistema “*De*” que considera as vizinhas como comadres, companheiras na educação dos filhos e no suporte de apoio à família. Essa relação encontra eco no subsistema “*Ro*”, embora numa relação moderada. O vínculo do progenitor com a vizinhança é superficial. A assimetria, no entanto, reside da *pessoa índice* “*Da*”, que mantém um vínculo muito superficial com os vizinhos, talvez pelo fato de a senhora “*Da*” morar há poucos anos com sua filha “*De*” é não ter consolidado laços vinculares com seus vizinhos.

Pela representação gráfica os vínculos familiares com a igreja são diversificados. A família é católica e praticante das atividades comunitárias da igreja. O cônjuge, no entanto, mantém-se distante, e a *pessoa índice* “*Da*”, por problemas de locomoção, não frequenta a igreja. Quem mais se envolve nas atividades comunitárias

da igreja é a filha “*Ro*”, que os considera uma “bênção, pelas obras de solidariedade que ajudam a comunidade a enfrentar problemas e adaptar-se às suas necessidades”.

Outro aspecto é a relação com o trabalho, enunciado por “*Ro*” que demonstra um vínculo moderado, embora suas atividades laborais sejam realizadas pela irmã. Sente-se “abençoada” por ter um emprego que lhe permita cuidar de sua genitora e avó em tempo integral, pela facilitação de uma escala de serviço que é preenchida pela irmã.

Dois outros vínculos podem ser identificados no ecomapa. O primeiro forte e circular, relacionado com a inter-relação entre o subsistema “*De*” e seu neto, uma criança do sexo masculino, estudante do ensino fundamental. O segundo é a inter-relação do subsistema “*Ru*” com os companheiros de caça, atividade que considera seu único lazer. Enfatiza que, depois da aposentadoria, só encontrou alegria quando começou a sair em finais de semana com um grupo de amigos para ir à mata caçar, atividade fortalecedora de suas energias no processo de retroalimentação da dinâmica familiar.

Por fim, tecidas essas considerações sobre as nove “*famílias em contexto*” deste estudo, ressalto que no desnovelamento das inter-relações da dinâmica familiar no processo de convívio com a doença crônica em um membro da família encontrei-as emaranhadas nas oito categorias e em suas subcategorias que emergiram dos dados do estudo, num processo de entrelaçamento, que se pretende esclarecer no próximo item.

5.2 O viver familiar e o diabetes mellitus tipo 2

Após apresentação das famílias em contexto, passo a segunda fase da análise no processo de desvelar e compreender *o viver familiar e o diabetes mellitus* através dos discursos dos participantes deste estudo, nas categorias e subcategorias que emergiram. Nesse processo, preoquei-me em elaborar um diagrama de cada categoria com vistas a uma visão geral que possibilite perscrutar suas respectivas dimensões.

Antes porém, destaco que o trabalho de Bertalanffy sobre os sistemas permitiu

compreender a unidade familiar como conjunto de elementos em interação, possibilitando ainda fazer sobressair a interconectividade entre todos os membros do sistema familiar, o que equivale a dar primazia ao papel das interações e relações e, conseqüentemente, à transmissão das mudanças desencadeadas de um ponto para todos os elementos do sistema.

O sistema familiar é uma rede complexa de inter-relações necessárias para o desenvolvimento pessoal, embora nem todas perceptíveis aos olhos do observador, seja este um participante externo ou interno ao processo (GIMENO, 2001). Indubitavelmente, essa questão permeou-me ao longo de todo o processo de compreender a inter-relação familiar, uma vez que nela se configura uma complexa rede de enlaces múltiplos, difícil de derensolar, e justamente por conceber essa realidade que este estudo se encaminha pela via da complexidade, da instabilidade e da intersubjetividade, pressupostos da visão novo-paradigmática da ciência (VASCONCELLOS, 2002).

Com base na observação naturalística realizada nos domicílios das famílias e dos depoimentos, genogramas e ecomapas dos participantes, obteve-se melhor compreensão da inter-relação familiar no processo do viver com o diabetes. Tornou-se possível, por seu intermédio, confirmar que o diabetes mellitus tipo 2 extrapola o evento biológico e individual em si, interferindo na unidade familiar como um todo. Compreendeu-se que a doença crônica, por exemplo e em destaque, o diabetes mellitus tipo 2, não deve reduzir-se à individualidade, mas, antes, fazer parte do processo de interdependência na unidade familiar.

Assim, a compreensão e a explicação do comportamento familiar só se concebe a partir da interação recíproca para se referir à dupla direcionalidade e causalidade circular nessas relações, que são de caráter interpessoal dentro do âmbito familiar, sendo então, transacionais. As transações são os únicos padrões úteis para descrever a realidade dos contextos relacionais familiares (MINUCHIN, 1982).

Dessa forma, as famílias deste estudo se mostraram como um sistema onde as inter-relações entre seus componentes são uma característica substancial, em cuja análise considerei essa rede complexa de interações circulares e transacionais que existe entre todos os elementos do sistema familiar. Nessa perspectiva, observa-se

como os participantes deste estudo constroem seu processo de viver familiar com o diabetes mellitus tipo 2.

5.2.1 A primeira categoria “*Implicações da doença na dinâmica familiar*”

A característica dessa **CATEGORIA** encontra-se enovelada nas subcategorias “*Relação de padrão alimentar*”, “*Dimensão biopsicossocial da família*” e “*Inter-relação social familiar*” do portador do diabetes mellitus tipo 2 ao conviver com a doença e a sua família, e, nas ramificações que foram se formando e que no diagrama abaixo seguem apresentadas:

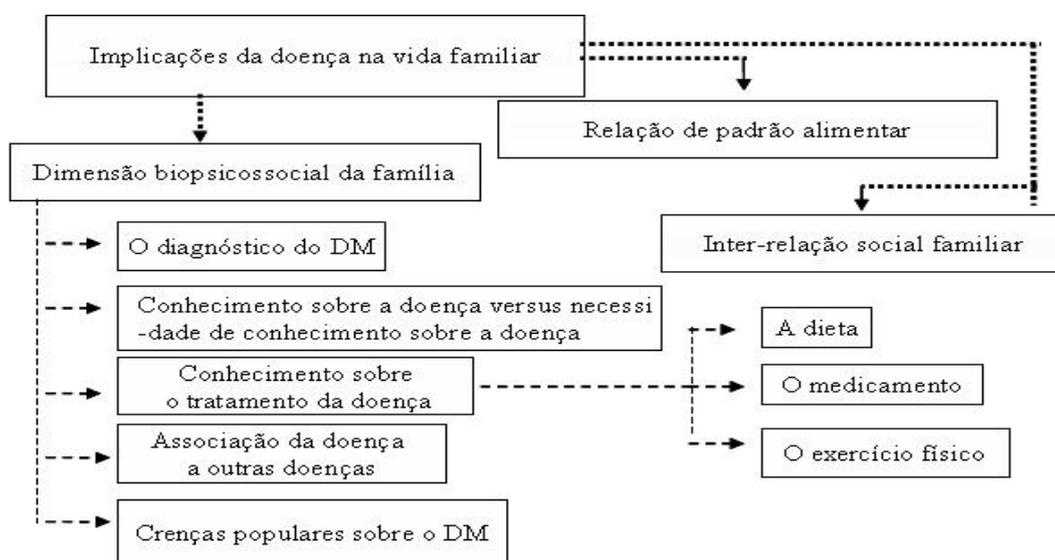


Diagrama 1: Ramificação da primeira categoria

Essa categoria foi pensada a partir dos familiares e das pessoas idosas, além das minhas observações. Ela buscou compreender as inter-relações do sistema família com o convivibilidade com a doença crônica.

A doença como fator de mudança no processo da dinâmica da vida familiar pode ser compreendida na proporção de eventos que implicam uma série de adaptações e readaptações familiares pela necessidade de mudança, algumas com intensidade maior que outras, mas, no conjunto, segue-se como um todo e inseparável e, diante do reconhecimento de que algo está acontecendo no sistema, e este precisa

manter seu fluxo de energia circulando; para fazê-lo, influenciam-se uns aos outros, geralmente de forma lenta, mas sempre com certo grau de globalidade.

5.2.1.1 Subcategoria “*Relação de padrão alimentar*”

Na vida familiar e no processo de envelhecimento a instalação da doença crônica é uma experiência que gera desconforto, tensão e exigências na vida cotidiana das famílias participantes deste estudo, pela necessidade de adaptar-se ao controle e tratamento da doença, inclusive mudança no hábito alimentar. Esse processo adaptativo é primeiramente sentido pelo *ser idoso* portador do diabetes mellitus, que se vê compelido a eliminar do seu cardápio diário uma série de alimentos já solidamente incorporados à sua história de vida, como se constata nos depoimentos dos próprios idosos transcritos abaixo.

(...) eu não sei onde achei essa doença. Agora só posso comer um bocadinho de feijão, um bocadinho de arroz só isso que eu como. De uns dias pra cá a carne só como um pedacinho dentro do feijão, deixei de comer galinha assada. A vida ficou pra mim sempre pior, pra mim pior. Eu queria comer aquele pratão de comida com farinha (risos), aquele pratão de comida com farinha e chuchu (...) (Família B – Pessoa índice, idosa diabética- Ma)

(...) antes de ter diabetes era uma vida boa, saudável, comia tudo, nada fazia mal, depois eu senti assim uma diferença no corpo, parecia que estava faltando uma coisa em mim (...) Eu tirei banana, arroz, inhame, beterraba, batatinha, banana da terra, só pode comer bolacha creme-crack, água e sal, a minha vida hoje tá assim, só essas coisas, um pouco de feijão com arroz e sem farinha (...) (Família E – Pessoa índice, idosa diabética- La)

(...) não posso comer nada, se comer tem que ser sem sal, sem gordura, singelo. Não posso comer coisas que eu comia, as frutas que eu gostava tanto não posso comer. (Família G – Pessoa índice, idosa diabética- Ol)

Por outro lado, a vivência pessoal com o diabetes faz com que seu portador busque estratégias de adaptação pessoal para o viver cotidiano com vistas a alcançar o “balance” na mudança. No entanto, qualquer parte de um sistema está relacionada de tal modo com as demais que qualquer mudança numa delas provocará uma mudança em todas as partes e no sistema. Assim, no processo vivencial das famílias deste estudo, a experiência da doença é vivida por todos os seus subsistemas de forma complementar.

A compreensão do todo mostra uma relação funcional entre as partes, vistas como reciprocamente indispensáveis. No entanto, isto não significa, que todos os componentes de um sistema relacional tenham de mudar ao mesmo tempo ou com o mesmo grau de intensidade, para os participantes deste estudo, essa mudança ocorreu inicialmente na perspectiva da alteração dos hábitos alimentares.

Aquelas comidas que a gente comia e passou a comer aquelas comidas fracas (...) eu não sou de comer tudo não. Aí olha a comida e não deseja muito comer, tem semana que come mais, tem semana que não come quase nada (...) No dia que eu quero uma comida diferente eu faço pra mim só. (Família D – Esposa – Ca)

A comida tudo de uma panela só e depois da diabetes ela (esposa) começou a alterar aí começou fazer separada a minha alimentação porque nem todo mundo vai achar boa aquela comida sem gordura, sem sal, sem tudo. Então houve essa mudança né, que antes não tinha. (Família F – Pessoa índice, idoso diabético- An)

Digamos que a relação era melhor no sentido da alimentação, né? Porque antes a gente comia de tudo e aí depois da diabetes, como no caso ele não pode comer de tudo, aí dificulta. Por quê? Porque às vezes ele quer comer, a gente impede de comer, a gente orienta que não pode. Então de uma certa forma mudou, mudou muito do antes para o depois, eu acho que essa mudança se ocasiona em todas as famílias que tem uma pessoa que tem diabetes, né? Sempre tem que mudar mesmo, não pode ficar da mesma forma. (Família F – Filha 2, Ta)

Mudou alguma coisa, cortou certos tipos de comida que não podia comer. Cortou açúcar e algumas comidas também (...) A dieta cortou algumas coisas (...). (Família D – Filho, Ab)

As famílias, ao referirem a separação da alimentação como estratégia de adaptação, encontram-se por vezes em situações conflituosas devido à mudança, e em mecanismo de *feedback* procuram corrigir o sistema para a meta anterior. A importância da mudança em termos de retroalimentação positiva ou negativa ou outros mecanismos se assenta na premissa implícita de certa estabilidade no sistema familiar (WATZLAWICK, BEAVIN, JACKSON, 1967). No entanto, por vezes é obscurecida pela homeostase, ou seja, a existência de uma “calibração” ao comportamento habitual ou aceitável da família, dentro do qual os indivíduos costumam funcionar. O termo calibração é defendido pelos autores acima, com o significado de “regulagem” do sistema.

Nas famílias participantes deste estudo, o cuidado com a alimentação como estratégia para o controle/manutenção do bem-estar da saúde de um de seus membros tornou-se uma função global que permitiu obter efeitos mais adaptativos à unidade familiar como um todo.

Aqui dentro de casa são dois diabéticos só que isso não é hereditário não. Não sei como foi que isto aconteceu (...) eu tinha uma dieta tão boa (...) mas depois a gente relaxa e fica comendo uma coisa, comendo outra, muita gente dentro de casa né. Nunca a gente faz a coisa pra gente sozinha, tem que dividir (Família D – Esposa, Ca)

(...) a gente sempre foi uma família unida, a gente nunca foi de ficar brigando, então a mudança que eu mais percebo, que eu vi foi na alimentação, na questão de alimentação. (Família F – Filha 2, Ta)

(...) a mudança foi praticamente uma mudança total, questão de alimentação principalment (...) Foi muito difícil porque a gente não tava acostumado com essa maneira e principalmente, com essa parte de alimentação, mas com o tempo a gente vai se habituando aos poucos, mas consegui. (...) o que mais mudou para a família foi a alimentação, isso é uma coisa que tá na mente eu não esqueço com toda certeza, a alimentação. (Família H – Filho, Jf)

Por outro lado, o esforço conjugado da família anda lado a lado com o estado de preocupação inerente às inter-relações no sistema em seu todo, influenciando-se mutuamente, mas apesar de úteis, proporcionam inevitavelmente, mudanças complexas na reorganização circular da dinâmica familiar, num processo em que ocorre uma “habituação” às necessidades impostas no processo saúde-doença, e que por vezes a família permitiria numa convivência respeitosa e como tal necessária à readaptação fluente como maneira satisfatória às exigências que a unidade familiar enfrenta para manter a sua unicidade.

Ao compreender o significado da globalidade para a família, e da sua complexidade comunicacional na inter-relação entre seus membros, constata-se que o comportamento de todo indivíduo dentro da família é de interdependência. Como se pode notar nas falas dos participantes do estudo, as mudanças para melhor ou para pior no membro da família identificado como o portador de diabetes mellitus tipo 2 implica efeito sobre os outros membros do sistema familiar, em função de sua própria saúde psicofísica e até social.

Por outro lado, ao considerarmos a complexidade comunicacional entre os membros do sistema familiar, estamos “olhando pela lente” das suas inter-relações com o todo familiar, pois o objeto dos sistemas interativos não é o indivíduo em si, mas os indivíduos como “pessoas-que-se-comunicam-com-outras-pessoas e porque na perspectiva sistêmica o foco está nas relações entre os elementos” (WATZLAWICK, BEAVIN, JACKSON, 1967, p. 120). E, ainda, de acordo com Bateson (1980), os sistemas humanos são descritos mais adequadamente em termos de *informação/comunicação* do que em termos de energia.

Assim sendo, os sistemas humanos apresentam uma interação circular, isto é, o comportamento de *A* pode levar ao comportamento de *B*, que pode levar ao comportamento de *C*, que pode, por seu turno, levar ao comportamento de *A*, e assim sucessivamente. De modo que os indivíduos, na sua relação com outros significantes com quem interagem, não só respondem ao *feedback* como também o suscitam, ou seja, atuam circularmente. Como pode ser observado nas falas:

(...) teve que diminuir o sal, o açúcar também teve que diminuir um pouco somente isso aí. Aí a gente também vai até acostumando também à comida deles. Todos da casa teve que acostumar porque no início ela começou a fazer duas panelas uma pra eles e depois avaliaram que não ia ficar fazendo dois tipos de comida, aí com o tempo assim a gente já acostumou. (Família F – Filho 3, Ji)

(...) aqui é assim: o que ela pode, o que ela come todo mundo come, então a gente só pode comer hoje o que elas comem (...) a nossa vida (...) tá assim, vive em torno da vida delas, porque eu não posso fazer uma coisa pra mim, pra ele e pra minha irmã porque eu sei que elas vão sentar à mesa e ver e vão querer comer né. Então a gente cortou, quer dizer o nosso hábito hoje é assim, é saudável por causa dela(...). (Família I – Neta, Ro)

No entanto, a inter-relação circular por vezes pode gerar uma certa rigidez de comportamento em determinados membros da família pela necessidade de mudança para criar um clima que favoreça o desenvolvimento de uma socialização da unidade familiar para enfrentar o diabetes mellitus tipo 2, causando nesses membros um desvio de saúde caracterizado por diminuição da taxa de açúcar no sangue em virtude do “equilíbrio” da saúde familiar. Sobre esse aspecto, Gimeno (2001) relata que “a vida familiar é descrita como uma dança, oscilando ente as duas vertentes em busca de

harmonia, mesmo que a dança tenha ritmos distintos em cada espaço e em cada momento” (p. 148). Como podemos constatar nas falas abaixo:

(...) muitas vezes a gente vai tirar também o açúcar daqui de nossos alimentos por causa dele como regime do diabetes e a gente passa a ser até o hipo, como tive uma época que eu tava sendo hipo, eu tava com uma quantidade de açúcar baixa, por quê? Porque eu tava tirando algumas coisas que aqui em casa não tava comendo. (Família F – Filha 4, Ne)

(...) às vezes eu fico até com falta de açúcar no sangue porque eu não vou fazer duas panelas não. A minha glicose tá baixa, a alimentação é sem sal, gordura menos, só no temperinho (...) a do neto é separado, entendeu? (...) e a de minha filha é tudo junto, só que ela futuca mais coisa, né; até nisso então, a doença mexeu. (Família G – Filha, Mr)

As famílias têm potencial para a mudança, mas em casos de mudanças leves, é provável que a família desenvolva seu potencial de resiliência para adaptar-se. Por outro lado, se a mudança for forte e, sobretudo, se for entendida como ameaça à estabilidade, a família ou alguns dos seus membros, como os citados anteriormente, podem desenvolver um comportamento preservador homeostático, com vista à saúde do membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2, podendo promover determinado risco à sua própria saúde, e por vezes, também conduzir todo o sistema familiar a um estado de crise. Crise aqui é entendida como uma situação em que estão perturbados a adaptação e o “equilíbrio” interno do sistema, como resultado de uma série de acontecimentos imprevisíveis.

Por outro lado, a relação familiar é um processo no qual se tenta harmonizar os elementos que dão “estabilidade” com os que facilitam a mudança, o que pressupõe que disso dependa a funcionalidade e a satisfação familiar (MINUCHIN, 1982; OLSON, 1985). Porém, se a família permanece em situação de estabilidade máxima, como o que acontece nos sistemas fechados, não será capaz de captar energias externas para investir em seu funcionamento e assim se estagnar. A característica de ser flexível às exigências da mudança constitui o *ponto-chave* dos sistemas funcionais, sendo responsável por sua sobrevivência. Nas famílias participantes deste estudo foi identificado elevado grau de preocupação para manter o sistema e também para buscar a mudança como estratégia de sobrevivência.

Eu faço várias coisas, às vezes eu compro multimisturas, às vezes eu compro aveia, compro semente de linhaça, essas coisas, faço essa farinha, às vezes como eu falo, a gente não come uma banana frita, eu cristalizo, tá entendendo? Compro um chá calmante assim pra diabetes pra ele tomar. Assim o que a gente pode fazer daqui de dentro de casa, que está assim ao alcance da gente, a gente faz, se não faz mesmo porque não pode. (Família F – Filha 4, Ne)

Bolo aqui as meninas não anda fazendo porque elas dizem, pra fazer pra comerem e eu não comer que elas não fazem, mas quando chega a fazer me dão um pedacinho (...) (Família I – Filha, De)

(...) as preocupações da família (...) assim os filhos é o cuidado não comer as coisas, não fazer isto. Este processo todo faz mal, então eu atendo também né. (Família D – Esposa, Ca)

É consenso entre os estudiosos do diabetes que esta é uma doença que exerce grande influência no processo de padrão alimentar para controle da glicemia, prevenção das complicações agudas e crônicas, e, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), a prevenção primária se faz com um regime alimentar saudável e atividade física regular. Retomando o aspecto regime alimentar saudável, uma vez que é esse ponto que estamos considerando neste momento, pergunto: que regime é esse? Quais os aspectos que lhe estão inerentes? E sobretudo, está sendo considerado o contexto familiar em que será implementado? São questões para reflexão, não para levantar discussões; deixemos que os resultados deste estudo falem por si sós sobre esse aspecto.

Considerando que o portador do diabetes mellitus tipo 2 é parte e todo ao mesmo tempo dentro de um sistema familiar, e no qual os seus membros têm uma relação de recursividade circular configurando uma rede de enlaces entre si, a alimentação é um dos aspectos nos recursos de adaptação que a família cria no sistema. Por isto a relação entre as pessoas do sistema é global e definida em sua mutualidade.

Convém salientar que o objetivo de compreender a dinâmica familiar neste estudo é mais intenso do que extenso, sendo necessário explorar primeiro as explicações interacionais, antes da integração de outros quadros de referência, pois compreendo ser a abordagem sistêmica contemplativa. Assim, estou mais preocupada

com a abordagem descritiva antes de preocupar-me com a explicativa, isto é, *como* e não *por que* o sistema interacional funciona.

Os participantes deste estudo oferecem mutuamente definições de suas relações quando descrevem a sua *relação de padrão alimentar* e sua dinâmica de convivência com o diabetes mellitus tipo 2 em seu cotidiano. Quase inevitavelmente, transfere o seu foco de atenção para as suas relações e interações transacionais, isto é, aquelas que são importantes para ambas as partes, ou seja, a pessoa idosa portadora do diabetes mellitus tipo 2 e a família, e que sejam suficientemente satisfatórias para a manutenção de uma dieta alimentar a ambos os sistemas, o individual e o familiar.

Com relação a tal aspecto, Watzlawick, Beavin e Jackson (1967, p. 121) relatam que nas regras de relações em termos mais categóricos, cada um dos participantes “procura determinar a natureza da relação. Do mesmo modo, cada um reage com sua definição das relações, a qual pode confirmar, rejeitar ou modificar a do outro”. Este é um processo que deve merecer dos profissionais de saúde atenção meticulosa, pois nas relações permanentes, como é o caso da *família*, não pode ser deixado sem resolução ou flutuando, porque levaria o sistema familiar a afastar-se e/ou dissolver as relações, o que agravaria a saúde familiar. É comum os profissionais de saúde se perguntarem: por que será que as minhas orientações não são seguidas a contento? Talvez esteja aí uma das explicações. A compreensão de uma relação como simétrica ou complementar no contexto familiar é sobretudo aceitar que ao lidar com as partes estamos simultaneamente lidando com o todo, e que a análise de uma família não é a soma da análise de cada membro individualmente, pois existem características do sistema, isto é, padrões de interação, que transcendem as qualidades individuais dos seus membros.

5.2.1.2 A subcategoria, “*Dimensão biopsicossocial da família*” enlaça um leque amplo de significados sobre os aspectos que envolvem o diabetes mellitus tipo 2. A análise das informações que emergiram de tal subcategoria conduziu à compreensão desses significados, os quais serão descritos nas ramificações a seguir.

São elas:

- diagnóstico do diabetes mellitus;

- conhecimento sobre a doença versus necessidade de conhecimento sobre a doença;
- conhecimento sobre o tratamento da doença;
- associação da doença a outras doenças e
- crenças populares sobre o diabetes mellitus.

- ***O diagnóstico do diabetes mellitus***

A descoberta da doença não passa de forma imperceptível aos membros individuais, uma vez que se vê como uma unidade, um todo, interagindo com outras unidades. Assim, o diagnóstico é compartilhado e vivenciado por todos, embora cada um tenha uma compreensão que varia conforme o grau de conhecimento que traz consigo ao longo do seu processo evolutivo pessoal/social.

Para esses, a doença não se restringe ao indivíduo portador do diabetes, mas atinge toda a família, não apenas no sentido econômico, mas e sobretudo, nas demais inter-relacionais da unidade familiar no seu processo vivencial cotidiano. Estou considerando a complexidade da doença cuja compreensão exige uma visão global, como ensina Gameiro (1992, p. 187): “a família é um rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados”.

Esse aspecto, no entanto, merece uma reflexão quando tratamos especificamente do diagnóstico do diabetes. E, segundo Guerreiro (2001, p. 73), “[...] cada pessoa tem percepção única do seu corpo, no qual as manifestações de alterações são de domínio particular”.

Para a maioria dos participantes deste estudo, à descoberta da doença segue-se uma percepção do seu corpo, um diagnóstico por profissional de saúde, uma falta de conhecimento sobre a doença e a não-aceitação do diagnóstico, como pode ser observado em relatos colhidos ao longo das entrevistas realizadas:

(...) quando o doutor (...) falou com ele que ela tava, que ela era diabética, que o açúcar dela tava muito alto, aí foi aquele susto né pra ela. Ela ficou assim assombrada com aquilo, que ela não sabia o que era diabetes a gente também não sabia o que era diabetes nessa época. Aí foi levando a vida, foi indo pro posto, o povo foi explicando ela, foi explicando... que até hoje ela não sabe o que é diabetes ainda direito, nem a gente também (...) (Família B – Nora, Jd)

Quando eu soube que minha mãe tava diabética (...) foi um susto porque eu não entendia, né, (...) eu achei que a qualquer momento ela poderia morrer, fiquei em pânico, comecei a chorar, fiquei desesperada (...) aí passando os anos e tal que fui compreender (...) (Família E – Filha, He)

O médico (...) foi quem disse que eu estava com o açúcar alto, falou e passou remédio. Eu tomei os remédios e venho sempre controlando; uma hora tá alta, outra tá baixa. Aí disseram que era diabetes. (Família A - Pessoa índice, idosa diabética –Ir)

(...) um dia em que fui fazer exame de sangue na farmácia (...) isto tem 9 anos, quando recebi o resultado né (...) ele disse a senhora está com diabetes, aí eu disse não aceito, não aceito, não. (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

Essas falas revelam também que a doença gera conflitos nas pessoas idosas e em seus familiares, um emaranhado de sentimentos que vão desde a negá-la até sua aceitação e controle. Os conflitos mais comuns originam-se do susto com a descoberta da doença e o medo da morte, num movimento ascendente sobre os sintomas manifestos no *corpo do ser* portador da doença e na preocupação da família.

Em algumas falas percebe-se a negação da doença de forma veemente, como algo que não pode estar acontecendo com ele ou ela, que se trata de um erro técnico na leitura dos exames e desconfiança do profissional que emite o resultado da doença. Há também o questionamento: por que isto está acontecendo comigo?

Eu disse, que eu quero que a senhora, doutora (...) mande meu exame pra Salvador e se vier de Salvador dizendo que eu tou diabética eu aceito, mas daqui de Jequié, não. (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

(...) no começo ele achava que não, que ele não tinha diabetes, então eu chegava pra ele e dizia: pai, a partir de 110 é considerado diabético, entendeu? É considerado diabético. Se o senhor tá com essa glicemia de 130, então o senhor é considerado diabético. – “Ah, porque tem pessoas que tem essa glicemia de 130 depois normaliza, volta. Não, mas vamos ver, tem outros procedimentos que faz pra realmente saber se é diabético ou não”. (Família F – Filha 4, Ne)

(...) ela assim, por ela ter 86 anos, ela renega a doença, ela não aceita, né? Ela convive com ela, mas se for perguntar entre esses 12 a14 anos ela não, não aceita de forma nenhuma que ela tenha isso (...) (Família I – Neta, Ro)

Não há como ignorar que a relutância e a aversão dessas famílias à doença estão relacionadas diretamente a suas concepções a respeito da morte ou do morrer com o diabetes mellitus; suas falas evidenciam a angústia e a fragilidade humana ante a doença crônica degenerativa.

A perspectiva de olhar para si e questionar-se sobre a doença e negá-la faz parte de um universo do *ser* que remete a um sentimento de tristeza que parece estar ligada diretamente à gravidade da doença. A negação é um mecanismo de defesa do ego, usado como estratégia para bloquear experiências desagradáveis que ameaçam a pessoa em situação de enfrentamento, mas não é considerada como o efeito definitivo, e sim numa etapa de um processo vivencial, processo este que pode conduzir à aceitação de sua condição, do conflito ou da ameaça a que está submetida (LAZARUS & FOLKMAN, 1984). Tal sentimento, no entanto, não passa despercebido pelo sistema familiar, pois vêm-se imersos devido às suas interações familiares. O sistema familiar não apenas reconhece, mas também sente e procura canalizar tais sentimentos para a criação de um clima favorecedor de determinada tolerância em sua unidade diante da necessidade de adaptar-se à doença. Assim, os eventos que ocorrem ao *ser individual* na família são *perspectivados* dentro do seu contexto e nas conexões de suas relações, mais do que as características individuais. Nos participantes deste estudo, também esta foi uma característica evidente: a existência da doença envolvendo a todos gerando sentimentos negativos. Os depoimentos a seguir retratam a realidade vivida por estas famílias.

(...) essa doença (...) me causa tristeza, pois a alegria da gente é saúde, a pessoa tendo com saúde ocorre tudo melhor, vive melhor com a pessoa.
(Família C – Filho1, Jr)

O sentimento é o de não poder dar o remédio pra poder sarar entende?
(Família G – Filha, Mr)

Todo mundo compreendeu e aceitou, todo mundo: parentes, os filhos, a família. Agora eles ficaram assim tristes (...) Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

(...) a pessoa que tem diabetes, isso fica preocupado com o futuro se vai morrer com isso. (Família D – Nora, Fn)

Quando se diz que os sistemas são caracterizados pela globalidade, está-se enfatizando no *diagnóstico do diabetes mellitus* o olhar sobre as relações intersistêmicas no contexto familiar dos participantes deste estudo, uma vez que o processo saúde-doença foi contextual para os entrevistados, sendo parte de suas vidas no “seio domiciliar”, como se destaca também na fala a seguir, em que um membro familiar resume o sentimento de todos os participantes deste estudo, vista a partir da minha análise.

(...) a gente sempre foi assim, unidos, chegados e agora com isso eu sei que, querendo ou não, é doença (...) e essa dela eu acho que é a pior de todas. A pior assim em um sentido que se fosse uma febre, eu não me oporia a gastar o quanto fosse pra que ela, (...) saísse; se fosse uma dor de dente, mas eu sei que o que ela sente eu não posso, não é querer, meu, entendeu? (...) se fosse por nós ela já estaria curada, eu tou falando ela assim porque é minha mãe, mas as duas né (...) É uma coisa que você se cuida, se cuida, se cuida e não vê logo o bem (...) Fico pedindo pra Deus pra que alguém estude lá e veja uma forma assim de sanar porque é triste, viu? (...) a diabetes, eu tenho a coisa assim: não é somente a minha avó que tem, e nem a minha mãe; nós cinco temos, porque é uma doença que abalou a família toda. (Família I – Neta, Ro)

A inter-relação manifesta pela globalidade e caracterizada pelo desejo de cura da doença, de união, de gratificação, de afeto dessa família reforça o que a ampla literatura especializada estudada nos coloca: a família é uma unidade de cuidado entre seus membros no processo saúde-doença, uma vez que nela se registram com maior intensidade sentimentos de respeito, característica identificada nas nove famílias participantes deste estudo.

- ***Conhecimento sobre a doença versus necessidade de conhecimento sobre a doença***

O conhecimento sobre o diabetes é algo construído pelo imaginário das famílias e difundido culturalmente no meio no qual estão inseridas. A cultura enlaça os sistemas de crenças “que são as cognições e as idéias das pessoas em determinadas situações [...] Algumas crenças representam a aplicação de valores de situações específicas [...] outras são aparentemente mais concretas” (TURNER, 1999, p. 38-9).

O conhecimento que as famílias deste estudo têm sobre o diabetes é, de forma geral, obtido por informação repassada na rede familiar e na rede social mais ampla, nas quais se situam os meios de comunicação e divulgação social, achados que vão ao encontro do estudo de Silva (2001). No entanto, é no meio social parental o contexto em que tal conhecimento oferece a primeira definição da doença para as famílias deste estudo, e que se incorpora à unidade familiar de forma global.

A **globalidade** em que os significados sobre a doença aparecem impulsiona o processo de interação e organização da família para seu pensar/agir diante do conceito que constroem do diabetes mellitus, regulando seus sistemas de símbolos, como se observa nas falas:

Não sei o que é essa doença (...) diz que quando adoece tem que cortar aquele lugar (...) quando adoece.(...) quando tem um ferimento da diabetes tem que cortar né, só, mais nada, não entendo não. (Família A – Esposo, Bq)

Meu conhecimento é pouco, o que eu sei é que pode causar cegueira e também a pessoa pode perder o senso da realidade (...) O que eu acho mais grave é esse negócio, amputar a perna (...) (Família A – filha, Nj)

Isso é uma doença puxada da família, dos avós, dos parentes. (Família B – Pessoa índice, idosa diabética – Ma)

(...) lá na roça o povo dizia que diabetes é porque comia muito açúcar. Diabetes pra mim é um negócio no sangue, não sei. (Família B – Esposo, Jo)

Eu sinto que diabetes, a diabetes é uma doença comedeira, tá compreendendo, a pessoa não pode passar a hora de alimentar. Eu tomo a injeção é de 7-7h30 antes de dar 8h eu tenho que cuidar logo no café senão ô, quando dá 9h eu tenho que comer qualquer coisa de 2h pra 3h eu tenho que alimentar qualquer coisa, qualquer coisa senão não agüento; aí assim, desce o sangue. Porque o sangue de quem tem diabetes, o sangue é fraco, é fraco, não agüento a diabetes, o sangue é fraco. (Família C – Pessoas índice, idosa diabética, Ad)

O conhecimento sobre o diabetes construído pelos participantes deste estudo é de cunho sociocultural que tem *multiversas* maneiras de significados e interpretações e encontra ressonância nos recortes de discursos da biomedicina. Os participantes deste estudo apresentaram diferentes entendimentos referentes o diabetes; a maioria relacionados as alterações corporais, sociais e ambientais. A doença é “perspectivada” como um evento que não tem cura, comedeira, açúcar no sangue, urina doce, que afeta

o corpo e desenvolve complicações, como, por exemplo, a amputação de membros, cegueira, dentre outras.

Compreender o diabetes sob a perspectiva de seu portador e dos membros de sua família é conceber o processo pelo qual a doença é reconhecida na estrutura intrafamiliar e onde os indivíduos são cuidados. E, também, que é nesse espaço relacional que se estabelece uma rede complexa, intersubjetiva e interdependente entre seus membros no processo dinâmico de convivência com a doença.

No entanto, é preciso ainda lembrar que há dificuldades identificadas que são inerentes ao sistema familiar quanto ao conhecimento da doença, ou melhor, ao seu “desconhecimento”, expresso por alguns participantes deste estudo, tais como:

Eu não entendo o que é o diabetes não; não entendo mesmo nada. Não vou falar bobagem que eu não sei o que é. (Família B – Esposo, Jo)

(...) eu entendo da doença, nada. (Família D – Nora, Fn)

Essas falas revelam certa inquietação, certo conflito interno sobre o conhecimento do diabetes, mas tais inquietações em si mesmas não têm ressonância em suas vivências quotidianas com a doença, uma vez que esses mesmos participantes que informam não deter qualquer conhecimento sobre a doença, em outros momentos mostram certo conhecimento sobre o assunto, como se observa através das falas:

Diabetes pra mim é um negócio no sangue, não sei. (Família B – Esposo, Jo)

(...) a doença na vida deles (...) eu acho que é difícil porque sabe que o diabetes não tem cura, vive ali no regime, é difícil. (Família D – Nora, Fn)

Por outro lado, emerge noutros participantes o desejo de conhecer mais sobre a doença. Necessidade de conhecer sobre “algo” existente e que faz parte do contexto da inter-relação com o outro e com o mundo é um fator de essência da natureza humana, que mediante o desenvolvimento de sua capacidade de ação/reflexão constrói e dá significado e significância ao mundo e às relações que o envolve, ou o “mundo da vida”, como chamava Edmund Husserl (in HABERMAS, 1991 p.35), ao mundo das

experiências subjetivas. Segundo Capra (2002, p. 86), um “mundo interior dos conceitos, idéias, imagens e símbolos” como uma dimensão essencial da realidade social, uma vez que “a natureza simbólica envolve antes de mais nada a comunicação de um significado e que as ações humanas decorrem do significado que atribuímos ao ambiente que nos rodeia”. O “mundo da vida”, no meu entender é sentido pela pessoa idosa portadora do diabetes e no sistema familiar em sua complexidade, e a família vê-se necessitando conhecer o diabetes para melhor poder interagir no contexto relacional do qual faz parte para contribuir na melhoria da saúde de sua unidade, como podemos observar nas falas:

(...) é bom, né, a gente aprender um pouco de cada coisa (...) obter mais informações sobre a doença pra ajudar (...) (Família D – Nora, Fn)

(...) você que tem uma pessoa que tem diabetes em casa sempre tem que tá se informando, né. Então de uma maneira ou outra a gente sempre acaba é indo atrás de alguma informação pra ficar sempre ligado como é que é. (Família G – Neta, Li)

Sinto necessidade de saber mais sobre a doença porque eu só vejo falar assim seu açúcar tá como? Pronto, aí digo: tá tanto, tanto, tanto. Ninguém nunca me explicou o que, como é a diabetes não, só diz que é açúcar no sangue e aí só isso. (Família I – Filha, De)

Para alguns participantes deste estudo essa necessidade de conhecimento está relacionada à possibilidade de os profissionais de saúde explicarem sobre a doença:

(...) pra poder cuidar dela (...) o médico não explicou nada. (Família E – Esposo, Jd)

(...) nunca tive explicação alguma sobre o que é diabetes de qualquer profissional de saúde. (Família F – Filho 5, Ja)

Quando a gente vai comer é que às vezes a gente fala pra ele que não, que não pode, mas uma explicação assim precisa mesmo pra explicar pra ele assim, isso não acontece, na verdade não acontece. Embora que ele saiba assim que a diabetes é uma doença que é açúcar no sangue, eles entendem mais ou menos assim, mas uma explicação assim, a gente nunca teve (...) (Família F – Filha 2, Ta)

Ângelo ressalta que “pensar a família é um desafio para os profissionais de

saúde, sobretudo num contexto em que o cuidado é orientado primeiramente para atender às necessidades do indivíduo e não à unidade familiar” (ÂNGELO apud DUARTE, 2000, p. 27). Essa é uma questão compartilhada por muitos estudiosos da família, especialmente aqueles considerados sistêmicos. Por outro lado, quando Bertalanffy dizia que sua Teoria Geral dos Sistemas era uma teoria integradora, buscava exatamente não separar os elementos dos sistemas vivos (BERTALANFFY, 1968).

No entanto, ainda se percebe nas falas dos participantes a disjunção em detrimento da integração. E o fato de o diabetes no discurso dos participantes ser vivenciado pela unidade familiar, só reforça a interdisciplinaridade defendida por Bertalanffy. O que as falas revelam é a necessidade de transformações epistemológicas profundas que tenham um processo transversal sobre o olhar ao portador do diabetes mellitus e sua família como todo e parte ao mesmo tempo. Segundo Pombo (2004, p. 20), “perceber a transformação epistemológica em curso é perceber que lá, onde esperávamos encontrar o *simples*, está o complexo, o *infinitamente complexo*”, como as inter-relações intrafamiliares.

No processo de desenvolvimento no qual os discursos dos participantes foram sendo construídos observa-se o “desenrolar” de suas percepções num processo de circularidade, no qual se depreende dessas falas que a família é uma unidade em cujo funcionamento integra as influências externas, mas não depende delas.

Por outro lado, é preciso considerar que na família há uma certa vulnerabilidade quanto a suas forças e incertezas para o processo de cuidar dos seus membros. Cada subsistema representa, por seu estado de *ser e estar*, a situação que vivencia dentro do sistema familiar, mas a experiência de viver situações de doença pode determinar desafios a um subsistema – um membro familiar – compartilhados pela unidade familiar através das negociações, decisões, mobilizações da família em prol da manutenção e restauração da saúde de seus membros. Dessa forma, a família integra as suas partes no todo, reafirmando-se como cuidadora de sua unidade, busca conhecer para evitar os fatores que possam prejudicar ainda mais a saúde do portador do diabetes mellitus, enfrenta em conjunto as suas preocupações, como podemos observar nas declarações abaixo:

(...) as famílias que tivessem diabetes em casa que tivesse melhor atenção, ter mais cuidado pra eles não ta fazendo as coisas, pra não ta se cortando porque se cortar não tem como cicatrizar rapidamente, pode causar uma perda de um braço, de uma perna, de furar os pés, né (...) não deixar ta fazendo as coisas que possa prejudicar eles. (Família B – Nora, Jd)

(...) eu sei que se a gente deixar assim a coisa correr solta piora, né? E no caso, mais tarde, que sabendo que a diabetes dela era emocional fiquei mais preocupada ainda, porque é o tipo de coisa se você toma um susto aí o açúcar, ó, sobe, dispara né, a taxa de glicemia e aí me preocupava porque ela é assim, uma pessoa um pouco ansiosa e tudo (...) (Família E – Filha, He)

(...) a pessoa diabética a gente sabe, que qualquer pancada ferimento na perna, ou preocupação demais costuma elevar, aumentar demais o açúcar também (...) como no caso eu já tenho visto a enfermeira falar que o sangue começar a passar pouco quando pensar que não dá o derrame, né isso? (...)ai quando ta alta demais se tiver alguma pancada o perigoso é amputar perna, amputar braço, amputar dedo, o preocupante é isso. (Família F – Filho 1, Di)

(...) a preocupação maior, eu que é com os pés porque eu já que nem eu te falei eu acompanho muito elas às clínicas, então, quando a gente senta lá e espera aí eu escuto casos, né?(...) ela ter 86 anos e ser assim um pouco gordinha, então ela não toma bonho só. (...) eu não deixo mainha fazer nada que eu veja que dali possa vim um corte, que dali possa arranhar, porque eu sei que na minha pele eu posso ficar 8 dias,15 sangrando elas já não podem, entendeu? Qualquer corte em mim é melhor do que nelas, então assim se eu pudesse eu tirava né essa doença dela e colocaria em mim. (Família I – Neta, Ro)

Ao identificar tais fatores a família reinterpreta o discurso da biomedicina e do saber popular enlaçando-o em suas preocupações e vivências. Entre os fatores, ressalta os da unidade familiar, quando a ausência de entes queridos pode agravar a doença, além de situações vivenciais de tensão ou estresse, aspectos estes que ultrapassam o discurso biomédico. A importância que a família atribui às suas inter-relações intrafamiliares no seu processo saúde-doença está relacionada à compreensão de unicidade familiar, ou seja, da complementaridade entre o todo e as partes, na qual a ausência de um membro influencia o funcionamento do sistema familiar como um todo. O sistema familiar é reconhecido como um sistema de saúde para seus membros no qual são cuidados (KLEINMAN, 1980). Também o contexto de cuidado em saúde “não apenas como local onde o cuidado é dado e recebido durante a vida, e onde se aprende sobre saúde e doença, mas onde todo um processo de viver a vida e as

transições da vida está sendo construído a cada dia” (ÂNGELO, 2000, p. 27-8).

Essa interconectividade entre todos os membros da família permite a transmissão das informações e mudanças dentro do sistema, possibilitando, entre outros aspectos, o conhecimento dos fatores que podem contribuir para a melhora da doença existente no sistema.

(...) o diabetes sabendo viver, o diabetes não mata, tendo regime, mantendo o regime direitinho não mata que a pessoa vive o tempo todo, viu? (Família D – Pessoa índice, idoso diabético – Is)

O treinamento que a gente tem é sobre a medicação que tem que tomar nos horários correto. A respeito também da higiene corporal e pessoal (...) o tipo de sapato pra usar, as pessoas tem que evitar aparar as unhas, não futucar, não cortar com peças, alicate né, para não ferir é a respeito dos alimentos (...) deve tirar o açúcar (...) A gente passa isso aí. (Família F – Filha 4, Ne)

(...) é uma doença que no caso não tem cura, né? Não tem cura, mas ela pode ser controlada, né? Através de remédio, de alimentação, através de cuidados, de exercícios (...) (Família G – Neta, Li)

Tais falas ressaltam o funcionamento da dinâmica da vida familiar no seu processo de relações com a diabetes como fenômeno de saúde-enfermidade, de compreensão de suas necessidades descrevendo-as em termos qualitativos. Envolve os fatores que contemplam o cuidar de si enquanto indivíduo portador de uma doença crônica, e o cuidar familiar enquanto unidade de totalidade. A compreensão da doença vai pouco a pouco sendo desvelada pela família. À medida que se dá esse desvelamento o cuidado vai-se moldando à necessidade da estrutura familiar, uma vez que a condição da pessoa portadora de diabetes não é estática, mas varia com a situação interpessoal.

Segundo Alarcão (2006, p. 53), “as interações que se desenvolvem entre os vários elementos de uma família organizam-se em seqüências repetitivas de trocas verbais e não-verbais que se vão construindo no dia-a-dia familiar [...]”. Também as interações que se desenvolvem entre os participantes do estudo foram resultado de adaptações recíprocas cognitivas e comportamentais dos diferentes membros observáveis na relação em face do diabetes. As respostas da unidade familiar estudada surgiram por concebê-la como parte do contexto de suas vidas e não isolada a um de

seus membros. A compreensão que a família tem sobre o diabetes no meu entender ultrapassa a visão fragmentada da ciência tradicional para uma perspectiva integradora, uma visão sistêmica (BERTALANFFY, 1968; VASCONCELLOS, 2002, CAPRA, 1996; MORIN, 1991; MATURANA, 1995; SANTOS, 2003; POMBO, 2004).

- ***Conhecimento sobre o tratamento da doença***

O tratamento da doença é condição dos participantes deste estudo desde o início deste capítulo, mostrado num processo de desencadeamento tipo “bola de neve”. Por “bola de neve” aqui se entende o processo de desenvolvimento cognitivo dos participantes em suas falas sobre a importância que dão ao tratamento da doença, as quais se desenvolvem num processo de evolução crescente compartilhada com outras características de interesse da unidade familiar referente a sua dinâmica de inter-relação intrafamiliar.

A ***dieta*** teve destaque especial no processo terapêutico da pessoa idosa portadora de diabetes mellitus e dos membros da família como um todo. De modo geral, a dieta consiste em evitar o consumo de açúcar e alimentos ricos em lipídios, além de destacarem que a alimentação deve ser controlada e preparada com menos condimento, devendo ser insossa para evitar problemas de pressão arterial e elevação do colesterol.

No entanto, outros destaques foram nomeados pelos participantes e dizem respeito à prevenção de complicações por meio de regime alimentar para manter o diabetes controlado, o que, segundo eles, resulta em uma vida mais tranqüila. Num certo sentido, o diabetes controlado não é considerado uma doença assustadora, como podemos observar nos padrões de alimentação destacados nas falas abaixo:

(...) eu já me conformei, eu vou vivendo numa boa, alegre; não como porque não posso comer porque é pior entrar em coma, não é mesmo? Então tem que controlar, é isso aí. (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

(...) eu acho assim que a gente tem que ter cuidado na alimentação e procurar o mais possível viver com ela controlada, né? (...) Quando a pessoa tem diabetes controlada ela não é assustadora, não; continua vivendo tranqüilo, sabendo que tem aquela doença, não pode exagerar nos alimentos, sempre tomando conta e aí a gente vai vivendo aí. (Família F – Pessoa índice, idoso diabético – An)

(...) é uma coisa que não tem cura, a gente tem que ter o regime, não é isso? Porque a gente tendo o regime, acho que vive bastante anos, né? A gente fica bastante anos forte, né? (Família F – Esposa, Be)

(...) a diabetes é uma coisa assim: você tem que ter muita dieta, senão aumenta ... vem a cegueira, tem muita cegueira e você tem o máximo cuidado sempre trazer a dieta quando o pâncreas precisa de muito reforço, muita água, senão ele pára né de funcionar. (Família G – Filha, Mr)

A relação do padrão alimentar aplicado na perspectiva da relação familiar se mostra pela via da complexidade e da circularidade, assim não escamoteia a individualidade do portador do diabetes, a dieta para o “*diabético*”; mas, pelo contrário, a dieta para o contexto familiar. Esse contexto se movimenta pela recursividade de suas relações que dão coesão ao sistema familiar como um todo. O enlace relacional-alimentar foi um processo de viver cotidiano apresentado pelos participantes deste estudo, aspecto sobre o qual cabe destacar que no processo de observação naturalística pude identificar a condição do portador de diabetes mellitus como não estática e variando com a situação interpessoal vivida em família, assim como as suas inclinações pessoais e do sistema familiar no convívio com a doença. E, ainda uma doença de grande ônus econômico para ambos os sistemas individual-familiar.

É uma doença difícil de lidar em casa que a pessoa sem ter condições, porque pra ter tudo, pra ter dieta, pra cumprir o regime mesmo, acho que é difícil viu? É difícil. (Família G – Filha, Mr)

Aquela feira, só com aquilo ali, especialmente pra pessoas diabéticas e hipertensas seria melhor, mas as condições financeiras não dá pra isso. Então a gente tem que sobreviver daquilo que a gente pode e tem no momento, entendeu? Então a gente vê na base do que ele pode se alimentar com o que pode e com o que não pode, entendeu? Mas tem muitas coisas que ele se alimenta, nós sabemos que não pode, agora a gente também não deixa a desejar. (Família F – Filha 4, Ne)

O aspecto econômico foi uma questão citada por todas as famílias como dificuldade para atender às necessidades de alimentação de seus membros idosos, pelo

alto custo dos preços dos produtos dietéticos, o que consome uma parcela significativa da renda familiar com a compra de hipoglicemiantes orais e alimentos de baixa coloria. Uma fala que muito chamou atenção e pode retratar a realidade dos custos da doença, diz respeito à experiência de trabalho na comunidade de uma ACS e participante deste estudo, a senhora (Ta), que destaca o aspecto da orientação dos profissionais de saúde à pessoa portadora de diabetes.

(...) por incrível que pareça em relação à família eu não sei por que, mas o que mais incomoda o paciente diabético quando a gente conversa com ele é a questão da alimentação (...) Porque eles querem comer de tudo, porque eles têm muita fome (...) eles têm que fazer 6 refeições diárias e muitas vezes o custo não dá pra eles fazerem (...) e que acontece? Eles comem o que eles têm em casa, porque o custo de vida também é baixo e eles não podem seguir a regra daquela dieta que o profissional passa (...) Aí fica mais difícil ainda, porque o que eles têm em casa muitas vezes é o que eles não podem comer (...) Então essa relação da família também neste sentido interfere por isso (...) porque eles não têm como se alimentar com a dieta que o profissional passa. Essa é minha experiência na comunidade. (Família F – Filha 2, Ta)

Com base no Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, instituído pelo Ministério de Saúde do Brasil em 1994, o ACS trabalha numa área delimitada na qual reside e acompanha um total de 150 famílias, ou 750 pessoas na microárea de sua atuação, sob orientação do Enfermeiro(a) Instrutor/Supervisor do PACS. A inquietação referida por esta ACS encontra ressonância nos demais ACSs, os quais colaboraram neste estudo como já referido no *capítulo 4*.

Diante de tal inquietação é possível projetar o olhar para uma realidade econômica que afeta sobremaneira uma parcela significativa de famílias que convivem no seu cotidiano com o diabetes mellitus e ainda sobre o profissional de saúde. Este último, no entanto, ao orientar o indivíduo sobre o diabetes, está mais atento, acredito a atender a literatura quanto ao tratamento terapêutico em função da tríade clássica da doença em detrimento da valorização dos aspectos socioeconômicos, os quais são peças fundamentais no “quebra-cabeça” do processo saúde-doença, entre outros, com destaque para os culturais, ambientais e do contexto das relações intrafamiliares. Corroborando esse pensar, em estudo sobre o assunto, Diniz (1998) refere que o insucesso relacionado à dieta dos portadores de diabetes deve ser dividido com os

profissionais de saúde que subestimam tais aspectos e que não revêem sua atuação.

Todavia, considero que esses sejam aspectos de uma visão fruto da perspectiva reducionista e fragmentadora do pensar e agir diante do processo saúde-doença centrado numa perspectiva biologicista que não integra os saberes pela interdisciplinaridade, uma vez que se assim o fosse, a sociologia, a antropologia e a filosofia, entre outras, integrariam sem compartimentalizar a atuação profissional, ou seja, o pensar/agir de forma sistêmica.

O **medicamento**, no tratamento da doença, todas as pessoas idosas portadores de diabetes também se referem ao uso de medicamentos como: hipoglicemiantes orais por oito idosos; e insulina por um deles. A medicação é considerada um meio para o controle da doença com grande confiança, seguindo os horários para tomá-la:

Olha o médico quando passou essa medicação (refere-se ao Daonil) ele orientou e falou sobre a alimentação, só foi mais com relação à alimentação (...) (Família A – filha, Nj)

(...) eu tomo Daonil 2 pela manhã, 2 pela noite estou tranqüila, eu acho que estou ótima. (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

(...) quando nós fomos a uma viagem aí em Minas, num passeio lá nós não sabia que o milho tem muito calor e isso põe gordura - caloria e gordura. Aí ela falou, “a senhora não sabe que veneno hein”, mas depois ela passou os medicamentos, continuou tomando os remédios melhorou, normalizou. (Família H – Esposo, Jm)

A única idosa participante do estudo usuária de insulina não vê problema na sua aplicação, mas considera o diabetes mellitus uma doença “comedeira” associando a insulina a demanda alimentar. A compreensão sobre o funcionamento do seu corpo versus a relação insulina-alimentação representa o conhecimento empírico dos sinais e sintomas manifestos no *corpo do ser diabético* em situações vivenciais de hipoglicemia e hiperglicemia, como fraqueza do corpo.

Em outra fala o uso de insulina representa o sentimento de medo, de não-aceitação, uma agressão, uma esperança de não necessitar tomá-la. A insulina parece representar um agravamento da doença, uma dependência ainda maior de cuidados e aumento de demanda desses cuidados.

Eu sinto que diabetes, a diabetes é uma doença comedeira ta compreendendo? A pessoa não pode passar a hora de alimentar. Eu tomo a injeção é de 7- 7:30h antes de dá 8h eu tenho que cuidar logo no café senão ô, quando dá 9h eu tenho que comer qualquer coisa de 2h pra 3h eu tenho que alimentar qualquer coisa, qualquer coisa senão não agüento, aí assim desce o sangue. Porque o sangue de quem tem diabetes, o sangue é fraco, é fraco não aguento a diabetes o sangue é fraco. (Família C – Pessoas índice, idosa diabética, Ad)

A insulina eu nunca tomei não, tenho maior medo. (Família I – Filha, De)

Por outro lado, alguns participantes duvidam da eficácia da medicação, mostram-se desconfiados e inseguros quanto aos efeitos farmacodinâmicos e farmacocinéticos dos medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde, questionam-se porque acreditam fazer tudo para o controle da doença e não vêem melhora. Existe uma preocupação familiar com o cuidado e um determinado grau de instabilidade conflitiva entre a importância da aderência ao tratamento e os resultados conseguidos no contexto vivencial familiar e com os profissionais de saúde.

Toma um remédio atrás do outro não baixa colesterol, não baixa diabetes, não baixa pressão aí eu não entendo, não tem explicação. (...) Eu acho que esses remédios que ela ta tomando não está pra nada, porque o regime ela faz sempre, toma o chá dela, almoça na hora certa, toma os comprimidos dela certo, não come nada doce, não come açúcar, tem o adoçante dela, aí é chá, é leite, é tudo não sei o que acontece pra não baixar. (Família B – neto, Je)

Me parece que é uma lombrigona, tenho tomado é remédio. Olha é tanto comprimido pra essa diabetes que não me serve de nada, só tomar é mesmo que não tomar. (Família I – Pessoa índice, idosa diabética – Da)

Embora diante das dificuldades das vivências cotidianas relacionadas com o diabetes mellitus, existe a esperança de cura da doença no desejo familiar. Uma vontade da intervenção divina para guiar os pesquisadores a encontrar o remédio que cure o diabetes. A perspectiva aparentemente individual referida nas falas a seguir é, em sua essência, um sentimento compartilhado pela unidade familiar, o qual foi observado e registrado em diário de campo, como a esperança depositada no poder de Deus, o médico dos médicos e o guia dos pesquisadores, para encontrar a cura para a

doença.

(...) a gente quer mesmo um remédio que diga: ó curou é. (Família I – Filha, De)

O conviver com diabetes é saber que não tem cura, que não tem mesmo, que tem que conviver com os remédios até o dia que Deus quiser. Até o dia que os pesquisadores inventar lá os remédios (...) o diabetes não existe mais aí tá certo, mas ao contrário a gente tem que tomar todos os dias, tem que conformar, conformar né, porque não tem jeito né. (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

O sentimento de esperança não apenas relacionada à cura da doença, mas como estratégia para o enfrentamento da doença mostra-se nas relações entre os membros da família e favorece a manutenção e o incremento de um ambiente confiante como mecanismo de proteção movido pelo desenvolvimento da capacidade de resiliência que a família edifica no meio intrafamiliar.

O **exercício físico**, abordado como forma de tratamento da doença mencionado por quatro das nove famílias, nomeadamente “**A, C, F e H**” e executado por apenas três dos idosos refere-se ao ato de exercitar-se para controlar os níveis da glicemia e é realizado em caminhada, exceto a “**A**” que unicamente realiza movimentos com os membros superiores em processo de extensão, flexão e rotação, tendo a parede de sua casa como instrumento de apoio. Apesar de reconhecer sua importância como auxiliar no controle da glicemia, o exercício não faz parte do cotidiano para o tratamento como a dieta e a ingestão dos medicamentos, indispensáveis para o controle do diabetes.

A preocupação, como eu disse antes, é sobre a alimentação, sobre também não deixar ele com preocupação demais, sabe? Sempre procurar a tranquilidade que é bom, incentivar ele a fazer caminhadas como ele já faz. (Família F – Filho 5, Ja)

A falta de exercício prejudica muito. (Família C – Pessoas índice, idosa diabética, Ad)

A orientação por profissionais de saúde para a prática do exercício ainda é tímida devido aos seus incipientes conhecimentos sobre a ação do exercício nas

respostas metabólicas e fisiológicas. A importância do exercício para a saúde remonta a 600 a.C. com Sushruta, médico hindu; no tratamento do diabetes recomendam-se caminhadas de 20 a 40 minutos, como registra a extensa literatura especializada.

Muitos estudos de pesquisadores da área de desportos vêm reforçando crescentemente a importância da prática do exercício na redução glicêmica, no controle do peso, na melhora da sensibilidade à insulina, no controle dos problemas agudos e cardiovasculares, além dos benefícios psicológicos (VIVOLO et al., 1996; POLLOCK, 1997; RAMALHO, 1999; NARDELLI, 2001; NAHAS, 2003). Mas é preciso conhecimento para desenvolver o exercício físico de maneira adequada e segura. Por outro lado, o mecanismo pelo qual o exercício aumenta a capacitação de glicose no músculo não é bem compreendido, embora estudos recentes comprovem sua eficácia (VIVOLO et al., 1996; POLLOCK, 1997), o que talvez seja a causa da timidez ou insegurança dos profissionais para prescrever o exercício, e ainda porque na literatura são mencionadas algumas controvérsias sobre a eficácia do exercício e os riscos de sua prática de forma inadequada (FIORETTI & DIB, 1998).

Nas atividades desenvolvidas no Projeto NEAD no período de 1999 a 2003, os resultados benéficos da prática do exercício físico foram comprovados num grupo de pessoas idosas na faixa etária entre 40 e 85. As atividades envolviam exercício de flexibilidade, resistência muscular e força. Durante o período de desenvolvimento do NEAD não foi registrado qualquer dano à saúde, antes pelo contrário: a atividade física e as orientações da dieta e medicamentos promoveram a normoglicemia dos participantes do estudo. Convém destacar a participação familiar nas atividades desenvolvidas pelo referido Projeto em suas atividades pela via da interdisciplinaridade, contextualidade e complexidade das relações familiares e o processo saúde-doença e uma equipe de profissionais de saúde com abordagem interdisciplinar para o cuidar (SILVA, 1999-2003). As atividades eram dirigidas para a pessoa idosa e sua família para contemplar o contexto das relações intrafamiliares de forma integradora, considerando as partes e o todo como unidade de cuidado para o controle/manutenção da normoglicemia e do bem-estar familiar. Tais resultados demonstram a eficácia do pensamento integrador desenvolvido pela equipe que compunha o NEAD, ou como quer Bertalanffy, de competências com princípios

fundamentais interdisciplinares (BERTALANFFY, 1968).

- ***Associação da doença a outras doenças***

O diabetes mellitus é uma patologia que tem a “capacidade” de desencadear alterações anatomofisiopatológicas, razão pela qual a comunidade científica a classifica como doença de polipatologias. Quando buscamos compreender tais alterações sob a óptica daqueles que vivenciam as mudanças no seu próprio corpo como descrita pelos participantes deste estudo, percebe-se que representa mais do que a soma de patologias em seus corpos. Representa diminuição de sua aptidão para as atividades da vida diária, preocupações com o desenvolvimento das complicações crônicas, ansiedade e medo.

A sobreposição de tais sentimentos é mais uma característica de um tipo de interação que pode traduzir-se como exigências pessoais de suas próprias necessidades e autonomia dentro do sistema familiar, ou seja, a limitação imposta pela doença e suas demandas na inter-relação familiar como se observa nas falas abaixo:

Depois que pegou essa doença caiu aí no quintal ficou com o joelho inchado mudou tudo, um bando de doença montou em cima dela depois dessa doença aí, juntou artrose, colesterol, juntou pressão eu acho que isso tudo é levado pela diabetes, porque ela faz o regime e tudo, sei lá não sei o que acontece (...) Aí ela foi emagrecendo, emagrecendo, emagrecendo até que emagreceu e depois todo pior foi a artrose que pegou no joelho dela, não quis andar (...) (Família B – Esposo, Jo)

(...) eu era tão corajosa, trabalhadeira, costurava, já ganhei muito dinheiro costurando à máquina (...) eu costurava de repente (...) Hoje eu não costuro mais, minhas pernas não deixam, eu já quis até vender a máquina pra não ficar lembrando. (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

Foi esmorecendo o corpo e ruim, as vistas atacou que eu não posso fazer nada dentro de cas (...) enxergo muito pouco e depois que tive o derrame fiquei com uma fala ruim, uma fala apegada não tem jeito não. (Família G – Pessoa índice, idosa diabética – Ol)

Traz muita doença, minha filha, não sei não tem acontecido muita coisa. A vista venho perdendo, estou com meus lábios tortos (sofreu um AVC), a urina solta e o que mais me atrapalha é a urina solta (...) Eu não faço nada não, eu não ando, é difícil pra eu andar, minha filha. Essas coxas me dói, dói tudo, as cadeira (quadril) quando eu vou andar tá parecendo que vai soltar, não sei não, minha filha, o que Deus quer fazer com eu não. (Família I – Pessoa índice, idosa diabética – Da)

No contexto familiar essas alterações causadas pela doença têm uma característica cíclica, e é muito imperceptível o limite entre as fronteiras das suas relações e que a doença, como já referido, tem ação de recursividade na dinâmica das relações familiares. A família desenvolve sua capacidade de adaptação de forma a dar funcionalidade ao sistema como através da “capacidade de negociação dos seus membros, que se comprova quando são capazes de adequadamente identificar um problema [...] compreendendo e orientando as suas intervenções para atingir o objetivo em questão” (GIMENO, 2001, p. 291), ou seja, melhorar, prevenir e superar as dificuldades que advêm com a evolução da doença, princípios registrados em diário de campo durante a observação naturalística nas residências dos participantes do estudo.

- ***Crenças populares sobre o diabetes mellitus***

Outros relatos sobre diabetes mellitus envolvem a percepção de *crença* sobre a doença. A crença um tipo de sistema de símbolo que representa a aplicação de valores básicos a uma situação específica; neste caso, o diabetes. Segundo Turner (1999, p. 39), “nossas crenças concretas não são sempre precisas, elas são muito influenciadas por valores e outras crenças, o que *deveria* ocorrer ou existir numa determinada situação”. São “idéias que defendemos sobre ‘o que é’ e ‘o que existe’ numa situação” (p. 39).

(...) o povo falava que diabetes mata, a pessoa fica magro, né. Então eu ficava com medo (...) (Família A - Pessoa índice, idosa diabética –Ir)

Agora o povo dizia que garapa, é o caldo da cana, a gente chamava garapa, que a garapa depois que tomasse a garapa tomasse água virava uma doença, mas eu não sabia que a doença era essa, todo mundo lá falava no sedento porque garapa com água faz doença, faz doença e por aí ficou. (Família B – Esposo, Jo)

Eu não sei o que é essa bicha não, no meu sentido ela é uma cobra (...) *Me parece que a diabetes é uma, é um negócio assim feito uma lombrigona (...)* *Teve uma vez que eu sonhei que tava botando uma bichona aí chegou o doutor e chegou botou dentro de um vaso e a bicha pulava, pulava, pulava (...)* *ele pegou uma roupa do pescoço e esquentou água e botou, e a bicha não morreu, no sonho, viu? Botou e não morreu, ele aí saiu outro, ele tornou pegar e botou dentro da água quente e não morreu. É uma lombrigona, é. Eu não sei essa bicha o que é, não sei se morde a gente, não sei se é uma lombriga, não sei se é uma cobra, não sei o que é.* (Família I – Pessoa índice, idosa diabética – Da)

A construção simbólica sobre o diabetes enunciada nessas falas faz parte de um sistema de linguagem, de valores enlaçados pela cultura e encontra “repercussão” entre os demais participantes deste estudo.

A compreensão da cultura passa por um conjunto de “lentes” ou um prisma através do qual enxergamos o mundo das inter-relações que nos redeia, e do qual as nossas percepções são influenciadas e construídas no processo vivencial com a sociedade dinâmica, na qual estamos inseridos. Geertz (1989) explica que o conceito de cultura é semiótico, que *cultura é contexto*, e como tal implica ampliar nosso entendimento sobre contexto, como simplesmente um local, o *background* de uma cena, aquilo que é parte integrante de um fato, das relações e interações humanas, significa compreender o que entendemos por cultura.

Sendo a cultura a forma como atribuímos significado ao mundo, então a forma como os participantes deste estudo vêem o diabetes é a compreensão que fazem do seu sistema de signos e símbolos criados em suas histórias de vida. Assim, o diabetes *é medo*, é o resultado da *garapa*, é uma *cobra* e uma *lombrigona*, entre outros. É também o enlaçamento dos sentimentos de tensão emocional, uma percepção construída no contexto local de suas inter-relações no sistema familiar, como podemos observar nas falas descritas abaixo:

(...) eu sei que se a gente deixar assim a coisa correr solta piora, né? E no caso mais tarde que sabendo que a diabetes dela era emocional, fiquei mais preocupada ainda, porque é o tipo de coisa se você toma um susto aí o açúcar, ó sobe, dispara né? A taxa de glicemia e aí me preocupava porque ela é assim, uma pessoa um pouco ansiosa e tudo (...) (Família E – Filha, He)

(...) eu acho que aumenta a diabetes é na preocupação: às vezes um sai, tal hora eu chego, e nessa hora passa tempo, aí, meu Deus cadê? Cadê? Cadê? E, aí é hora de pensar coisa, e é onde a doutora falou que é emocional e aí só suspende mesmo, mas o mais é tranquilo. (Família H – Pessoa índice, idosa diabética – Ma)

(...) diz que quem é diabetes não pode tá tomando raiva, não pode tomar susto e umas coisas que conta aí pra ela, mas eu sei bem que é pra eles não me meter raiva dentro de casa, eu não ficar tomando susto, não me contar uma notícia assim que eu não possa saber de vez que aí a diabetes aumenta, não ficar muito alegre demais que aí a diabetes aumenta, só isso que eles fala (...) (Família I – Filha, De)

O contexto no qual se desenvolvem as inter-relações familiares é o local de seu domicílio, então um espaço global, complexo, contextual e multidimensional no qual a interação é um processo que ocorre pela relação recíproca, em um contexto social – a organização familiar – onde o significado da doença é compartilhado pelo todo e pelas partes que se encontram envolvidos no sistema.

A tensão emocional, representada pelos sentimentos de preocupação, alegria, raiva, irritação mostra-se como um fator que contribui para o aumento dos índices glicêmicos. Esses sentimentos fazem parte do processo de viver humano, mas quando estão envolvidos num processo patológico – o diabetes, apresentam risco potencial para complicações, e nos casos específicos citados, o risco de desenvolver episódio de crise aguda do diabetes mellitus, como a hiperglicemia, o que pode caracterizar uma crise familiar. O termo “crise” associado a uma idéia chinesa de que a “crise” incorpora o duplo significado de “perigo” e “oportunidade” (SLAIKEU, 1984). Desse modo, a crise em tal contexto refere-se a um risco à saúde da pessoa idosa portadora de diabetes, e também pressupõe impacto na vida familiar em suas inter-relações.

A *globalidade* ainda enlaça muitos outros aspectos, como se verá a seguir, e, a exemplo dos anteriores, fazem parte de uma “teia”, estando todos emaranhados, embora uns mais próximos do que outros; para ser compreendido o seu enlace, não pode ser quebrado o “fio tecido”, o trabalho de compreender a trama dessa teia que se vai aos poucos revelando.

5.2.1.3 No processo de revelação está a subcategoria “*Inter-relação social familiar*”, que enlaça a complexidade e a subjetividade dos sentimentos familiares referidos pelos participantes, como: amor, respeito, cuidado, preocupação, instabilidade na relação e conflito vivencial, e também a interferência da doença no convívio social familiar.

Amor e respeito são sentimentos que quando dirigidos à unidade familiar representam o vínculo mais importante e funcional desenvolvido na família ao longo de sua história de vida, no aspecto afetivo, cognitivo e social. Cada membro dessa unidade constrói e dá significado a esses sentimentos compartilhando suas experiências e reflexões no contexto de suas vivências, pelo que se pode considerar

que estes são esperados em cada membro da família no seu todo. A família pode ser também considerada como um partilhar vínculos de afeto, respeito e intimidade, cujos integrantes confiam uns nos outros ao longo dos anos a partir a para além dos laços de sangue (GIMENO, 2001). Segundo Duvignaud (1986, p. 29), o “laço de sangue impõe leis e obrigações”, mas é sem dúvida “um núcleo de figuras que legitima a solidariedade dos grupos” (p.30).

Nas famílias participantes deste estudo os sentimentos de amor, respeito e solidariedade fizeram parte do meio intrafamiliar no qual os comportamentos e as mensagens trocadas acontecem e encontram significado nas suas relações, no seu processo de viver humano com uma condição crônica fazendo parte do quotidiano familiar, como podemos observar nesses depoimentos:

Dentro de casa comigo tudinho nós se dá bem, são todos unidos são quatro aqui comigo, todos dão bem (...) Faz muito bem pra minha saúde, tudo na paz, faz muito bem dentro de casa pra minha saúde. (Família C – Pessoas índice, idosa diabética, Ad)

(...) aqui somos todos unidos nos damos muito bem, se mais não cuida é porque trabalham fora, mas quando estão aqui dentro de casa, é só cuidado e atenção comigo (...) Todos eles ajudam no meu cuidado mesmo, os que trabalham fora. Eles onde vão, sempre liga, me dizem como está, porque sabem que eu sou muito preocupado e não fico tranqüilo enquanto não tenho notícias, quando viajam sempre assim, se atrasa um pouquinho de ligar eu já sinto (...) diabetes sobe. (Família F – Pessoa índice, idoso diabético – An)

A preocupação é demais, ave-maria! Esse povo tem uma preocupação comigo que parece que eu sou um bebê. Aqui ninguém conversa mais alto do que eu, diz que nada é pra eu tomar raiva, ninguém discute, é aquelas coisas, é a comida, tudo eu sou que nem menino de vontade; se eu dizer eu quero ir pra tal canto hoje (Ro) “vai mainha”, se eu falar que quero aquilo, eles têm muito carinho comigo demais, demais (...) Eu sou bem cuidada pelos meus filhos, bem cuidada mesmo, graças a Deus é. (Família I – Filha, De)

Os significados que enlaçam a palavra *amor* mostram-no para as famílias estudadas como a energia que alimenta o sistema, como um mecanismo de influência recíproca entre cada membro e o todo familiar. Sentimentos de vínculos que conferem segurança e proteção através dos cuidados que a família proporciona de forma interativa e complementar à sua unidade. A globalidade em que tais sentimentos se desenvolvem garantem, segundo Sequeira (apud ALARCÃO, 2006, p. 358), no

processo interativo no qual “a satisfação das suas necessidades de segurança e proteção e outro que tem que ser responsivo, ser capaz de compreender e responder adequadamente às solicitações recebidas através da prestação de cuidados”. Essas manifestações de apoio têm relação direta com a satisfação pessoal nas inter-relações familiares mais próximas.

Para além dos seus laços de sangue que unem entre si os seus membros, a unidade familiar é uma unidade de companheirismo e interdependência de sentimentos que se constroem sob um mesmo teto para “alcançar o ‘nós’ que vai para além do individual sem o anular e que vai para além dos laços de sangue sem todavia cair no anonimato” (GIMENO, 2001, P. 73).

Os sentimentos de amor, afeto, cuidados envolvem os membros da família e reforçam as relações que dão coesão ao sistema, como se pode observar nas falas abaixo:

(...) a família (...) eles se preocupam porque todos amam ela e se preocupam por causa desse problema dela (...) (Família C – Filho 2, Jo)

(...) é uma responsabilidade e amor. (Família C – Neto, Ad)

Eu amo meu pai, amo minha mãe, sempre aprendi assim, amo meus irmãos. Agora o meu sentimento é que ele sempre vá viver conforme a circunstância que Deus queira e isso pra mim sempre tá acompanhado por mais que esteja distante eu quero sempre tá perto deles. (Família F – Filho 1, Di)

(...) tenho orgulho de tá ajudando ele a ter saúde. (Família F – Filho 3, Ji)

(...) me sinto bem ajudando a família, me sinto alegre e feliz por isso, né? Porque se nós não cuidarmos do nosso, quem vai cuidar? Não é? Porque é a gente que tem a nossa família, a gente tem que correr atrás, porque não, há! Tá doente, isolar, né? A gente não isola alguém de fora, imagina na família! Então é um prazer. (Família F – Filho 5, Ja)

No entanto, na família também residem conflitos na relação-interação, pois como um sistema aberto, influencia e sofre influência do meio. É uma unidade de instabilidade, intersubjetividade, dinamicidade e complexidade características *una* do paradigma sistêmico e do qual, através das suas “lentes”, é possível conceber sentimentos considerados negativos para a unidade familiar, como: tensão, angústia,

isolamento, entre outros, mas esses mesmo sentimentos por vezes podem promover no sistema familiar mudanças que se revertem em benefícios, ou seja, ir de encontro a “homeostase”.

Nas famílias estudadas identifiquei tanto os sentimentos de amor conciliadores como sentimentos desagregadores. No entanto, estes últimos tinham como “figura de fundo” o sentimento de preocupação familiar relacionado ao diabetes mellitus e geravam momentos de conflito e tensão nos processos de interação entre os membros da família, pelos cuidados/preocupações com a reorganização da dinâmica familiar para promover o controle do diabetes no membro individual, observáveis nos relatos abaixo:

(...) antes de a avó ter diabetes (...) a vida era normal, normal.(...) Agora depois que ela começou a ter essa doença, aí ficou um pouco abusada, briga com a gente, aumentou o ciúme com meu avô, se conversa uma coisa com a gente fica repetindo mais de dez vezes, quinze vezes, vai pra cima de meu avô, não diga que é mentira não porque não é (falando com a avó). Se eu saio, eu faço alguma coisa, se eu tou bebendo, ela fica só matracando, matracando, matracando. (Família B – Neto, Je)

(...) a relação da família é um dia bom, né, outro vem aquele vendaval assim e a gente fica muito aborrecida, e tem dias também que está as mil maravilhas. Sabe, um bando de gente, né, faz alguma coisa que a gente não gosta, vai falar fica contrariado e também tem semana que fica tão bom que nem parece que tem essas confusões dentro de casa. (Família D – Esposa, Ca)

(...) eu ficava nervosa, às vezes eu até extrapolava um pouco de tão nervosa (...) Depois eu pedia desculpa, aí tou nervosa é porque eu olho os quatro canto fico assim e não acho ninguém pra me dá uma força, ficava um pouco tensa, né? E aí quando eu ia tomar um banho já era tarde, não tinha tempo nem pra cuidar de mim, de minha alimentação, aquela coisa de fazer tudo correndo e depois se sobrar tempo é que você vai cuidar de você, e aí não sobrou este tempo, e quando a gente vai ver não vale a pena a gente tá correndo tanto. (Família E – Filha, He)

O conflito trazido pelo diabetes provoca sentimentos de desarmonia para algumas dessas famílias que se vêem num ambiente domiciliar imerso em sensações de desavença, preocupação, impaciência e estresse, entre outros. De algum modo, esse conflito mostrava-se relacionado ao processo de convivência no espaço-tempo domiciliário. Para Lazarus e Folkman (1984), os conflitos surgem quando há violação de importantes valores sociais e também quando há demanda de novos papéis,

distintos dos anteriormente instituídos, ou ainda na exigência de sobrecarga dos recursos para enfrentar novas situações. A compreensão que obtive leva-me a inferir que nos discursos acima o conflito se relaciona com a violação da autonomia e da liberdade na mudança do papel desempenhado e no desenvolvimento de capacidade de resiliência a determinadas situações.

Em termos de dinâmica familiar a complexificação e diferenciação das relações que ocorrem na unidade familiar implicam o desenvolver novos papéis e estabelecer novas funções que fazem com que o subsistema individual e familiar manifestem características que pode configurar-se como opositora às pretensões da unidade familiar em seu todo. O comportamento de cada um dos seus membros é indissociável do comportamento dos restantes que compõem a unidade familiar no seu conjunto. No entanto, as particularidades das partes não podem ser esquecidas e precisam ser compreendidas pelo processo de organização, autonomia e individualidade dos sistemas, porém respeitando as propriedades relacionais entre os membros da família.

O comportamento individual incorpora o *self*, seus determinantes pessoais e históricos, ao contexto e neste, “as transações específicas com outras pessoas trazem à tona e reforçam aqueles aspectos da personalidade individual que são apropriados [...]. O indivíduo, por sua vez, afeta a outra pessoa, que interage com ele de certos modos [...] e reforçam as repostas deles” (MUNUCHIN & FISHMAN, 1990, p. 24). Assim, o *ser* individual mostra-se no sistema familiar dos participantes do estudo, por vezes afetando o sistema de forma circular.

(...) pelo menos ele tá (genro) tentando agradar assim, né, de alguma maneira, mas não é aquela coisa ainda de muita proximidade (...) a natureza dele é difícil, ele é um pouco assim nervoso, ele não é assim muito carinhoso, de cuidado, ele é um pouco fechado. (Família A – filha, Nj)

Minha filha é quem cuida de nós, os netos são crianças, né? Eu penso em sair da cidade por causa dessas crianças aqui, da zoada aqui dentro de casa. (Família A – Esposo, Bq)

A relação não era muito boa, que ela é muito (...) muito nervosa na hora que pega com aquela. Agora que eu não ligo com o que ela fala, não ligo mesmo. (Família B – Esposo, Jo)

(...) diz que em casa tá zoando muito. Ele foge do barulho, da preocupação, aí eu fico. (Família D – Esposa, Ca)

(...) eles têm bastante preocupação ,né, porque eles ficam me vigiando, atrás de mim e é por isso que me dá nervoso porque é uma coisa que eu gosto e eles

querem contrariar, não querem que eu use mesmo. (Família F – Pessoa índice, idoso diabético – An)

Nesta dimensão “*inter-relação social familiar*” ainda se reconhecem outras dimensões que envolvem os sentimentos familiares, as quais dizem respeito às limitações nas atividades da vida social familiar originada pelo diabetes, principalmente ao isolamento da pessoa idosa, o tempo para o lazer familiar, as estratégias para obter o lazer e a igreja como lazer.

Para algumas pessoas idosas participantes deste estudo a doença causa isolamento social, pois as condiciona a uma vida fechada no lar, situação quase sempre relacionada à perda da mobilidade, diminuição da acuidade visual e incontinência urinária, sintomas que são exacerbados com a evolução clínica da doença quando não controlada; a isso se somam as condições financeiras precárias dessas famílias para atender as necessidades básicas de alimentação e medicamentos, ficando o lazer em plano secundário, especialmente pela necessidade de meios de deslocamento, geralmente táxi, e gastos dessa natureza não constam da lista de suas necessidades, exceto situações especiais e em busca de cuidados de saúde.

As contingências do baixo poder aquisitivo constituem importante desafio para os direitos humanos, e aqui estou mencionando apenas o direito de “*ir e vir*” que fica condicionado pelos recursos escassos e a saúde fragilizada. Em tal situação, todo o sistema familiar sofre com a perda de rendimentos, pois o pouco que têm é direcionado para os cuidados com a saúde.

(...) eu fico com pena dela, ela quer sair na missa, fica dependendo das pessoas pra vir buscar de carro, pra levar, pra trazer, ela gosta de ir na igreja... agora não vai mais, aí com uma doença assim a gente fica até com pena da pessoa mesmo, ela não sai pra lugar nenhum. (Família B – Nora, Jd)

(...) missa (...) agora eu não posso mais (...) Faz muita falta, eu gostaria de ir, mas a doença atrapalha tudo. (Família C – Pessoas índice, idosa diabética, Ad)

(...) eu queria fazer as coisas todas: arrumando a casa, fazendo minhas viagens, arrumando meus negócios, tudo, mas não posso sair mais. Essas ruas aqui eu mexia tudo, conhecia tudo, hoje não, nada (...) quem resolvia as coisas tudo era eu: de casa era trabalhando e fazendo as coisas de casa, mudou tudo, acabou com tudo (...) Eu queria estar mais próxima dos meus

filhos, se eu tivesse saúde, eu queria ta lá se eu tivesse sã, não tivesse esse problema (...) Às vezes reclamo sai das portas (Li) a mãe saiu pro lado e eu fico aqui dentro de casa olhando as paredes, juro se fosse outra não ficava já pensou ficar só dentro de casa olhando para as paredes (...) (Mr) vai pra igreja eu fico sozinha. (Mr) sai pra igreja (Li) desbandeira pra outro canto e me deixa sozinha (...) (Família G – Pessoa índice, idosa diabética – Ol)

Outros aspectos condicionantes do auto-isolamento dizem respeito a um sentimento de que os efeitos da doença incomodam não só a si, mas a vida social dos demais membros da sua família, pois não se separa a pessoa idosa da vida familiar. Assim, na relação interpessoal dentro da família os padrões transacionais enfrentam a *barreira* do isolamento individual-social.

A única vez que ela saiu foi agora no aniversário que o meu marido fez pra mim (...) porque lá em casa mesmo eu já fiz aniversário antes e ela nunca quis ir, porque não ia, que ela ia incomodar muita gente, ela fica querendo ir ao banheiro toda hora e tal (...) (Família A – filha, Nj)

(...) Dona “Ma” não gosta de sair. “Nj” até fala com ela, mas ela não gosta de sair não, depois do problema dela, então (...) (Família A – Genro, Gb)

(...) não sai mais pra canto algum, é só assim (...) Era ela que fazia a feira e hoje tá nessa situação, hoje é do passeio pra dentro e casa. (Família C – Filho 2, Jo)

Por outro lado, a família, pelo mecanismo de intercâmbio recíproco, sofre influência do isolamento da pessoa idosa, porém a privação da vida social familiar está diretamente relacionada com sentimentos de cuidado, proteção e segurança de seus membros. Nessa relação emergem fatores como dependência e simbiose. Segundo Gimeno (2001, p. 95), “as relações de apoio e proteção constituem uma importante dimensão da funcionalidade familiar, visto que a proteção é uma função básica da família”. Ressalta que são acompanhadas de um vínculo afetivo e vão se adaptando às necessidades evolutivas até a fase de envelhecimento. Neste estudo as famílias apresentaram um comportamento adaptativo diante das necessidades dos membros idosos que ultrapassaram o aspecto das necessidades biológicas para as psicossociais

na relação familiar.

(...) eu gosto de ir lá na Matriz de Santo Antonio, mas tem ocasião que eu não vou porque ela tem que ficar aqui sozinha, eu também fico com medo de sair e largar só (...) eu deixei de tocar violão, deixei de ir a festa, deixei de tudo só pra ter o amor dentro de casa (...) mas depois de dois anos pra cá aí o negócio piorou, mas eu venho agüentando. Assim mesmo agüento até o dia que Deus quiser, ou eu ou ela. (Família B – Esposo, Jo)

*(...) não saio mais quase nada, não trabalho, tomo medicação controlada (...)
(Família C – Filho1, Jr)*

Eu não tenho tempo de lazer não. A gente que vive do trabalho assim né vive cansado demais, chego de tarde assim, o único lazer que a gente tem aqui é ir no centro, às vezes quer comer um acarajé, vai lá come o acarajé e volta, vai à igreja. (Família D – Filho, Ab)

Pra dizer a verdade, lazer mesmo eu não tenho quase, né? porque é só cuidando da casa, de minha mãe, então a igreja eu vou à noite e aos domingos pela manhã quando dá, né? Eu vou na escola bíblica dominical... e viagem mesmo não, não viajo, não tenho oportunidades devido né que eu tenho que cuidar deles. (Família E – Filha, He)

Dado que nada está imune às influências sociais e à assimilação do contexto que os rodeia, a família enquanto unidade social, um sistema aberto, procura cumprir também os papéis sociais, entre os quais trocar energia com o meio, na abordagem sistêmica *input* e *output*. Assim, procura estratégias para minimizar o isolamento social e manter contato com a ambiente externo – o meio social, como podemos perceber nas falas abaixo:

Geralmente quando tem alguma coisa assim, uma festa na rua ou no clube, sempre a gente combina, a gente vai sempre e tal, sempre dá um jeitinho, tudo, né? (Família A – Genro, Gb)

Eu já falo pra ela, ó mainha aonde quiser ir, a senhora somente fala, fala antes que é pra gente correr atrás, né? De dinheiro, de passagem, mas sempre tem, graças a Deus, pra onde ela quiser ir e meu pai também (...) Então, assim pra minha avó não é muito não, por causa dela mesma, ela mesmo não quer, mas a minha mãe sempre que ela pode o lazer é certo, é garantido. (Família I – Neta, Ro)

Oxé, eu saio (...) só não quando minha mãe tá aqui, mas quando não ta aqui minha vida é igual à vida de minhas filhas quando era moça, eu ando mais do que elas que eu não podia dá dinheiro a elas (...) Eu abasto dizer que quero sair, muito não, mais pouco é só tem de dizer: ah não sei se vou porque eu não tenho dinheiro não, se uma pessoa me chamar pra eu sair “por que a senhora não vai mãinha, vai mãinha”; e aí é só, eu já tenho minha sacolinha, só pegar

minha roupa e sair (...) Agora com minha mãe aqui pode vim qualquer hora do dia e da noite que eu tou aqui, que eu não saio pra deixar ela porque ela é muito apegada comigo quando tá aqui, mas quando ela não tá aqui minha vida é viajando. (Família I – Filha, De)

Na realidade das famílias, o desenvolvimento de sua interação com o meio social ocorre através de sua religiosidade e no ambiente da igreja à qual pertencem. Este é o ambiente considerado o espaço de lazer. A igreja como espaço de lazer para as famílias reveste-se no seu sistema de crença, de fé em Deus, é a confiança de reforçar suas energias para o que está *por vir*.

A ciência reconhece as evidências de que a fé ensina a viver mais e melhor e compreende que toda doença rompe a harmonia própria de cada indivíduo e acarreta mal-estar, disfunções, isolamento, preocupações, demandas de cuidados e outros; a fé e o ambiente da igreja “rompem” com as situações que desorganizam suas capacidades de relacionamento consigo e com o outro.

A doença sempre tem uma base física, o corpo. Mas a pessoa é parte e todo ao mesmo tempo em inter-relações, trata o corpo biológico e o emocional-espiritual. O elo de ligação entre esses dois sistemas mostrou-se muito forte nas famílias deste estudo. A igreja tornou-se o meio de integrá-los em sua comunidade.

Meu lazer é ir pra igreja, também quando dá 7 horas que tem os dias de ir pra igreja eu deixo o almoço na mesa, janta na mesa, digo: “Oh, minha hora é essa”. Aí eu saio pra igreja, quando eu chego é 9 e meia, 10 horas da igreja (...) tomo um leitizinho, um mingalzinho conforme o que tiver (...) me deito (...) (Família F – Esposa, Be)

(...) sobre lazer deixa eu ver, bom se meus avôs considera isso um lazer né, participar da igreja. A gente só tem é isso mais assim, participar da igreja, grupo de jovens como eu mesmo participo. (...) Sair pra passear também às vezes assim na casa dos amigos da família. (Família H – Filha adotiva, Jq)

(...) minha irmã mais velha, que mora aqui perto, quase todos os dias ela liga, passa aqui procura saber da saúde deles, quando ela vai à igreja dá uma força também né, leva eles às vezes, leva pra visitar a igreja dela, vai de companhia pra igreja deles, dá aquela força. (Família E – Filha, He)

Fora a religião, as vezes saio né, as minhas visitas é da igreja, vou visitar as famílias, aos sábados eu vou visitar o meu irmão, todo sábado eu vou lá (...) (Família F – Pessoa índice, idoso diabético – An)

Por fim, enxergar a família através das lentes da *globalidade* é entrelaçar a dimensionalidade de sua unidade, a complexidade de sua existência, a intersubjetividade de relações e a instabilidade de cada membro em suas *multiversas* maneiras de viver com a cronicidade, o diabetes mellitus.

5.2.2 A segunda categoria “*As influências externas no processo da mudança*”

A característica dessa **CATEGORIA** aparece nas subcategorias intituladas “*Relação entre crenças e o processo saúde-doença*” e “*Suporte social de apoio à família- influência input/output de energia e informação no sistema*” e, nas ramificações que foram se formando e que no diagrama abaixo seguem apresentadas:

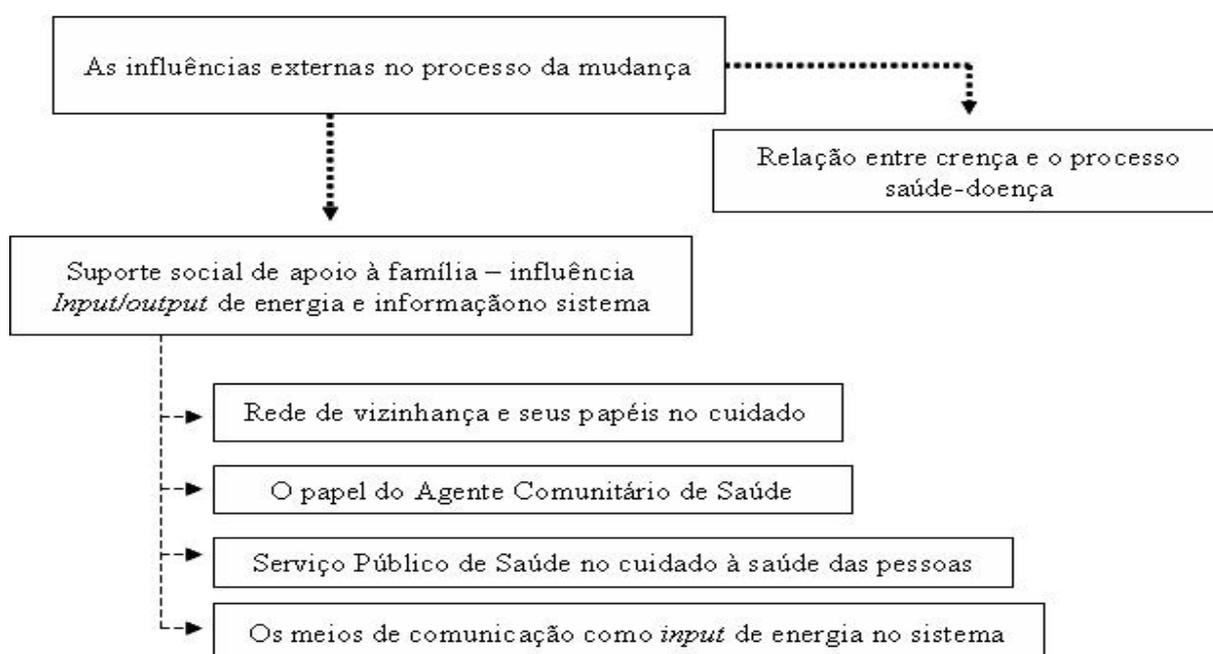


Diagrama 2: Ramificação da segunda categoria

Considero importante iniciar a análise desta categoria com a advertência de Minuchin e Fishman (1990, p.30): “a família não é uma entidade estática. Está em processo de mudança contínua, assim como seu contexto social. [...] A família é constantemente sujeita às demandas para a mudança, vindas de dentro e de fora”. Há uma metáfora compartilhada por muitos pensadores sistêmicos que em si traz uma

representatividade da mudança: quando um copo de vidro cai e bate numa superfície dura pode estalar, partir-se ao meio ou estilhaçar-se em diferentes pedaços. No entanto, mais importante do que a força e o sentido da queda será a própria estrutura do material de que é feito o copo.

A família como um todo inter-relacionado opera a mudança do todo a partir das transformações das partes a uma realidade nova e complexa, para além da simplicidade, pois o “sistema é uma complexidade de base”(MORIN, 1997, p.143). É nessa complexidade que tal categoria se mostra, um complexo de pessoas se inter-relacionando com outras pessoas, trocando *inputs* e *outputs* com o meio exterior de forma circular através de seus canais de comunicação (WATZLAWICK, BEAVIN, JACKSON, 1967). Essa troca começa por se mostrar na subcategoria a seguir, a qual enlaça aspectos da subcategoria anterior quanto as crenças da família.

5.2.2.1 Subcategoria “*Relação entre crenças e o processo saúde-doença*”

No contexto conceitual, a subcategoria que ora passo a descrever destaca os aspectos de confiança em Deus como fonte de energia que alimenta e melhora o estado de saúde, com a religião promovendo a saúde e as mudanças de comportamento provocadas por padrões religiosos. Começo com as falas dos participantes deste estudo:

(...) eu comecei a pensar mais depois que eu comecei assim ir mais pra igreja (...) *Aí já tem assim uns dois domingos que eu resolve assim ir pra Igreja Católica, ouvia a palestra, assistia a pregação do padre e comecei a refletir . (...)* *Pra mim acima de tudo ta Deus, porque quando Deus quer, com muito pouco, água é remédio quando Deus quer.* (Família A – filha, Nj)

Eu era católica, mas eu me vi numa situação tão difícil que eu falava, eu perdi a voz (...) *deu um começo de AVC eu falei: ah meu Deus! Acabou minha vida. Fiquei triste, mas eu tenho fé em Deus, se Deus me ajudar a voltar a andar, porque andar pra mim é tudo, eu vou na Igreja Cristã. Quando foi no outro dia eu me levantei e comecei a andar (...)* (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

A doença, você sabe que vem, mas não pode ficar triste, a gente em primeiro lugar tem Deus, aí Deus é quem resolve, depois a gente procura alguma coisa. (Família F – Filho 5, Ja)

(...) quando eu vou pra praia eu como tudo que os outros comem e quando eu chego, eu faço exame tem vez que tá mais baixo do que quando eu fui pra praia não sei por que, é Deus mesmo. (Família I – Filha, De)

Eu me sinto muito feliz na casa do Senhor, eu vou todos os dias de domingo. (Família F – Pessoa índice, idoso diabético – An)

A influência do meio exterior é referida pelas famílias através das suas crenças religiosas. O ambiente da igreja, a religião, a fé em Deus são as energias de entrada na unidade familiar e promove no sistema capacidade de se modificar, se corrigir e de obter novos e melhores resultados para enfrentar a doença na dinâmica familiar. Observa-se que a crença numa religião promove reflexões sobre o viver humano, melhora o estado de saúde, leva o sentimento de esperança para o sistema familiar, promovendo ações de cuidado e autocuidado no sistema organizacional dessas famílias. A unidade familiar é sempre afetada pelas variáveis externas, uma vez que é um sistema aberto. O ambiente, e conseqüentemente os sistemas sociais, influenciam o comportamento do subsistema individual e do subsistema familiar, que respondem de muitas e variáveis maneiras, pois são sistemas complexos e imprevisíveis. Assim as famílias deste estudo se inter-relacionam com o meio que as circundam e trocam energia.

Para além da concepção socioantropológica da compreensão da religião ao longo de sua história, no contexto deste estudo a religião é o meio que favorece a mudança no sistema familiar. Na literatura encontra-se associada à mudança, relatos da palavra relacionada sempre a crise e/ou estresse (MINUCHIN & FISHMAN, 1990; RELVAS, 1996; GIMENO, 2001; ALARCÃO, 2006).

No entanto, os familiares deste estudo não percebem essa mudança como crise e/ou estresse, pelas observações naturalísticas e as anotações em diário de campo, nos quais o aspecto religiosidade é uma característica forte no sistema familiar e os fundamentos religiosos como compaixão, missão, aceitação, respeito e vontade de Deus fazem parte das vivências quotidianas do sistema familiar e alimentam o seu ciclo de energia em forma de espiral ascendente. Por outro lado, concordo com Minuchin e Fishman (1990, p. 31) quando salientam que “um estudo a longo prazo de qualquer família mostrará” que “períodos de desequilíbrio se alternam com períodos de homeostase, mantendo-se a flutuação dentro de uma amplitude manejável”.

Voltando de novo à questão da religiosidade das famílias como meio de mudança, uma vez que para as famílias deste estudo a religião favorece a evolução do seu próprio sistema e dos sistemas que com ela estão em relação, o sistema religioso. Nesse sentido, e considerando a obra *Pragmática da comunicação humana*, para

Watzlawick, Beavin e Jackson (1967, p. 132), “a importância da mudança e variação em termos de retroalimentação positiva, negativa ou outros mecanismos se assenta na premissa implícita de certa estabilidade fundamental de variação, uma noção que [...] foi obscurecida pelo uso duplo do termo homeostase”. Assim, a idéia de *feedback* negativo se revela impróprio: por um lado, não explica o aprendizado e o crescimento que ocorrem na família; por outro, o termo é utilizado conjuntamente, ora como um fim (um estado de estabilidade perante a mudança) ora como meio (mecanismo de *feedback* negativo que atua para reduzir a mudança). Segundo Vasconcellos (2002, p. 225), “a existência de retroalimentação, seja negativa, seja positiva, tem sido freqüentemente associada à noção de circularidade, graças à presença da alça de retroação ou de uma comunicação identificada como bidirecional”. A autora faz referência às observações de von Foerster quanto a ser a circularidade o princípio subjacente da cibernética, quer se trate de primeira ordem ou de segunda ordem.

Outros aspectos envolvendo a auto-mudança do sistema familiar identificados na *Família A* dizem respeito às influências humanas negativas - desejar mal e influências astrológicas no processo saúde-doença:

(...) Eu não posso saber direito, viu, esse negócio desse diabetes, eu vou falar essa doença minha começou em Itagi né, essa diabetes. Eu tou dizendo eu fui pra Salvador, lá eles disseram que eu não tinha diabetes, repare: ele disse que foi conversado, a pessoa disse que ia me judiar muito que era pra eu viajar direto pra Salvador sem parar. (Família A - Pessoa índice, idosa diabética – Ir)

(...) porque é tanta gente ruim fazendo maldade. (Família A – Esposo, Bq)

(...) quando nós fomos pra São Paulo eu não sentia nada, mas depois eu fui morar em Itagi e não sei o que eu tenho, pra mim é meu signo, é complicado meu signo de capricórnio. (Família A - Pessoa índice, idosa diabética –Ir)

Nessa família, tais aspectos permeavam os discursos das pessoas mais idosas que os relacionavam com suas histórias de vida, armazenadas em seus esquemas cognitivos, legitimando sua crença num *ser mau*, capaz de promover a doença e numa designação astrológica de pertencer a um *signo astral* “complicado”, razão pela qual a doença se manifestava em seu corpo. Nesse casal -*Família A*, há um grande relato de

mudanças sucessivas de religiões ao longo do seu desenvolvimento, da católica, passando pelo protestantismo até as seitas. As influências dessas religiões emergiam de seus discursos, referindo-as como meio para a busca da tranquilidade familiar. Tal concepção enquadra a realidade dessas pessoas que lhes é assimilada como objetiva. As entradas de informação-comunicação e trocas de energia atuam em forma de retroalimentação, assim a inter-relação no contexto familiar é também parte de outros contextos, que para a *Família A* são o ser do mal e o signo astral.

As relações são a essência do mundo vivo, e as histórias são um ótimo caminho para o estudo das relações, uma vez que nelas o importante são as relações entre todos os elementos do contexto (BATESON, 1979). Assim, considerar o contexto relacional das crenças da *Família A* é complexificar para compreender os mecanismos de entrada e saída de energia em suas inter-relações intersistêmicas com o meio, compreendendo o processo saúde-doença visto sob a perspectiva dessas histórias.

5.2.2.2 Na subcategoria “*Suporte social de apoio à família – influência input/output de energia e informação no sistema*” encontram-se duas dimensões que envolvem a capacidade de modificar o sistema: a solidariedade anônima e atuações logísticas para a saúde das pessoas e suas ramificações .

A solidariedade anônima inclui:

- Rede de vizinhança e seus papeis no cuidado
- O papel do Agente Comunitário de Saúde

As atuações logísticas para a saúde das pessoas incluem:

- Serviço Público de Saúde para cuidar de sua saúde
- Os meios de comunicação como *input* de energia no sistema

- ***Rede de vizinhança e seus papeis no cuidado***

A solidariedade anônima sob a óptica de Duvignaud (1986) identifica solidariedades urbanas oriundas de laços gerados nas cidades e reconhecidas desde Durkheim e outros sociólogos como densidade social. Para ele, na solidariedade urbana, os habitantes não vivem simplesmente lado a lado ou por cima uns dos outros, mas estabelecem entre si relações que não são de simples vizinhança, nem de

dependência, mas de cooperação, de vida em conjunto. Vêem-se aí as características dos sistemas abertos com suas fronteiras permeáveis ao fluxo de entrada de energia, importando do ambiente os recursos de que necessitam para se manterem adaptados às exigências do meio (LASZLO, 1972). Tal solidariedade pode significar a auto-organização dos sistemas diante dos desafios do ambiente, ou pode-se dizer também que a solidariedade atua como autocriatividade em resposta às necessidades e uma precondição para evolução e desenvolvimento dos sistemas de inter-relações intrafamiliares e extrafamiliares.

É nesse contexto que emergem a rede de vizinhança e as ações dos Agentes Comunitários de Saúde dos participantes deste estudo. Segundo Sluzki (1997), as fronteiras do sistema não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de relações interpessoais, de inserção comunitária e de práticas sociais. Nesse contexto de inter-relações surge a rede social, um conceito que segundo Sluzki (1997) foi desenvolvido por muitos autores, com destaque para Kurt Lewin, porque sua teoria está centrada nas relações sociais informais. No mesmo sentido se pronunciam os participantes deste estudo, uma vez que se percebe que a rede de relações extrafamiliares evidenciam os vínculos sociais de vizinhança na sua vida cotidiana como revelam nas falas:

(...) os vizinhos dessa rua são bons, tem essa vizinha aí da frente mesmo, que quando minha mãe fraturou a perna, eu não tava aqui, foi ela quem prestou os primeiros socorros; a outra vizinha ali em baixo, Deus ajudou que meu pai não morreu, a língua enrolou, ela que viu, colocou o dedo na boca, puxou... se fosse esperar eu chegar, ele não tava vivo não (...) (Família A – filha, Nj)

(...) tenho quatro vizinhos aqui que eu mais sou chegado, se eu chamar um desses quatro tá na hora de tá dentro de casa falando a verdade (...) (Família B – Esposo, Jo)

(...) pra mim não tem tempo ruim se eu precisar pra qualquer coisa pronto, vizinhos tá na hora pra mim. Minha vizinha pra mim é boa. A (ACS) é um braço bom na comunidade, graças a Deus. (Família C – Pessoas índice, idosa diabética, Ad)

(...) eu faço mais o possível de agradar primeiramente, a Deu, segundo os irmãos. É muito bom a gente ter amigos pra todos os momentos, né? Aqui todos nos damos muito bem, moro há anos aqui e todos são conhecidos, bons vizinhos a porta aqui de casa está sempre cheia pelos amigos dos meus filhos, é sempre assim. A gente aqui é pra todo momento. (Família F – Pessoa índice, idoso diabético – An)

O relacionamento que a gente tem aqui, graças a Deus, é tudo bem, tanto com

os vizinhos como com outras pessoas, familiares (...) vizinho também influi muito na nossa família, porque é considerado também como uma parte da família da gente (...) graças a Deus, é uns bons vizinhos que traz assim sempre tá ajudando, ajudando no que pode, no que precisa a gente ajuda uns aos outros, ambas as duas partes. (Família F – Filha 4, Ne)

(...) a comunidade é como um todo, é solidária (...) é uma comunidade assim carente, mas é um carente que sabe dar e que sabe partilhar, é solidária e os vizinhos também. O que tenho a falar eles também são assim, se precisar a qualquer hora a gente pode pegar e bater ali à porta e doença então já nesse lado (...) a gente anda assim de braços dados eu já nem digo mãos, mas de braços dados. (Família I – Neta, Ro)

Esse movimento da família em mudança numa abertura ao exterior, a relação entre a vizinhança, ocorre num processo de troca, cooperação, apoio em caso de necessidade de maneira circular. No entanto, pode-se observar nas falas que as necessidades diferem de contexto para contexto de família, de forma singular, mas suprida pela solidariedade mútua. Sobre esse aspecto, Relvas (1996, p.108) ressalta que “toda e qualquer família, como sistema entre sistemas, necessita de uma boa rede de suporte comunitário” e que “como em todo processo de troca, dá-se e recebe-se”. Assim, nessas famílias as relações com a rede de vizinhança promove no sistema uma nova organização, incluindo os vizinhos como partes integrantes e até como parentes. Nessa organização se nota a *auto-organização* do sistema familiar como “a emergência espontânea de novas estruturas e de novas formas de comportamento em sistemas abertos, afastados do equilíbrio, caracterizados por laços de retroalimentação internos e [...] não-lineares”(CAPRA, 1996, p. 80).

Já para a idosa “Ol”, com os vizinhos “não há processo de troca”, suas relações são fechadas, num exemplo de sistema fechado, mas é um fechamento por opção de um elemento do sistema, que sozinho não pode transformar o sistema em fechado, uma vez que se está lidando com sistemas abertos e essa característica por si só exclui o princípio de fechamento do sistema. A relação de troca ocorre, mas se dá por troca de “energia negativa”, ou seja, a contraposição do sistema familiar menos flexível, relacionada à personalidade da senhora “Ol”. A essa contraposição dá-se “a paradoxidade do sistema visto como pedido de mudança para a não-mudança” (ALARCÃO, 2006, p.85).

Aqui na rua depois que eu adoeci ninguém me liga não, não vem me ver. Eu adoeci, tomei uma queda, ruim das pernas, não tive ninguém que viesse ver aqui (...) Quando chega um que conversa comigo eu converso, mas tem que ter paciência pra entender o que eu falo e as pessoas não têm nada de paciência. Porque a metade das pessoas só crê na mocidade, minha filha, na pessoa nova, né? A pessoa ficou de idade ninguém liga não, a pessoa ficou de idade outro não liga não, ficou de idade, envelheceu, fica lá... (Família G – Pessoa índice, idosa diabética – Ol)

- ***O papel do Agente Comunitário de Saúde***

À semelhança do que já se disse a propósito da entrada de energia no sistema ressalta-se a figura do ACS, pessoa da comunidade selecionada por concurso público através do gestor local de saúde do Sistema Único de Saúde-SUS, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, e de forma *estreita* ao enfermeiro supervisor/instrutor trabalha na comunidade como agente intermediário entre a unidade de saúde e as pessoas residentes na área de abrangência dessa unidade, sendo esse ACS morador da comunidade na qual trabalha. Esta última característica realça o processo de abertura do sistema familiar por considerar o ACS uma pessoa de seus vínculos familiares de grande importância para o sistema como um todo.

O grau de proximidade, vizinhança, aproximação, respeito, amizade, apoio, ajuda, cuidado foram características dadas pelas famílias deste estudo ao ACS de seu bairro. Tais características vão ao encontro do que Sluzki (1997) destaca como funções da rede social, e dentre as sete funções destacadas pelo autor, quatro delas encontram-se associadas ao *ser* ACS, conforme se pode identificar nas falas dos participantes deste estudo. As quatro funções são: 1) companhia social – pelo laço de amizade, respeito e a historicidade das inter-relações de vizinhança constituída ao longo do desenvolvimento familiar; 2) apoio emocional – destacado pelo intercâmbio de simpatia e empatia, boa vontade em ajudar, interações frequentes pelas visitas, troca de conhecimento; 3) guia cognitivo e de conselhos – salientado pela troca de informações sobre a doença, dia de atendimento na unidade de saúde, a chegada dos medicamentos, aprazamento da consultas; 4) ajuda material e de serviços – referida como a colaboração no referente à ajuda para encurtar as distâncias de inter-relações entre a unidade de saúde e a comunidade, por serem interlocutores de suas necessidades.

Seguem alguns relatos dessas interações:

Tem uma senhora aqui que tá sempre aqui, presente aqui, dá atenção a dona “Ir”, aí, é a agente comunitária de saúde é, ela sempre tá aqui, volta e meia ela tá aqui, não leva nem 15 dias. Sempre ela tá aqui procurando saber como é que tá às vezes ela sabe que chegou algum remédio pra dona “Ir” assim que ela sempre avisa que chegou, ela mesma traz sabe, esse lado aí positivo. (Família A – Genro, Gb)

(...) ela me ajuda muito, é uma boa pessoa, vai no posto, pergunta (...) se precisa de alguma coisa do posto (...) aí ela marca lá mostra a enfermeira ela leva. (Família B - Pessoa índice, idosa diabética –Ma)

A agente de saúde é cuidadosa demais, qualquer coisinha ela está aqui cuidando de minha mãe, leva o cartão lá pro posto pra marcar consulta, pega o remédio dela, tudo é ela que faz. (Família C – Filho 2, Jo)

(...) depois que foi criado esse dos agentes comunitários a proximidade ficou muito grande com o serviço de saúde. Antes era mais difícil, porque ela praticamente era que tinha que ir ver qualquer informação, e agora com essa questão dos agentes de saúde que são realmente verdadeiros parentes, faz realmente parte da família, melhorou bastante com essa proximidade dos agentes sem dúvida nenhuma as coisas evoluíram e tenho certeza que a tendência é só melhorar. (Família H – Filho, Jf)

Nos processos transacionais entre o sistema familiar e o ACS, identificam-se mudanças no decurso do seu relacionamento de forma recíproca. A percepção cognitiva sobre essa observação pauta-se na compreensão de que como sistema aberto ambos experimentam a mudança, e segundo a valorização expressa nas falas dos participantes deste estudo, essa mudança ocorre num processo de sintonia que favorece a evolução do sistema familiar no enfrentamento do seu processo de viver cotidiano com o diabetes mellitus.

O fato de as famílias deste estudo considerarem o ACS como parte de seu contexto nos remete à compreensão de que os fenômenos só podem ser vistos em suas relações, como afirmava Bateson (1972). Nesse sentido, e considerando os valores aqui enunciados pelas famílias a essa “classe de pessoas do cuidado – ACS” entendo estar diante de um fenômeno de energia de alta capacidade de entrada no sistema familiar, com grande poder de auxiliar a mudança ante a homeostase, promovendo na família a capacidade de resiliência, ou seja, capacidade de enfrentar e responder de forma positiva a situações com elevado potencial de risco para a saúde e o

desenvolvimento do sistema familiar (LACHARITE, 2005; SILVA, LUNARDI, LUNARDI FILHO & TAVARES, 2005).

Para finalizar, subsidiada por estudiosos do assunto, gostaria de trazer alguns comentários sobre o *ser especial-ACS* de vínculos afetivos e até parentais considerado pelas famílias deste estudo. Segundo Silva e Dalmaso (2002b), o agente comunitário de saúde se tornou um novo ator político, no cenário da assistência à saúde e de sua organização, e guarda uma relação de pertencimento e solidariedade para com a comunidade de origem, constituindo-se num trabalhador singular na saúde. Ainda as autoras relatam a figura do agente “como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao autocuidado [...], numa dimensão de transformação social” (2002a, p. 77). Essa concepção das autoras corrobora o pensamento de Brasil (2001, p. 5) que diz:

Ser agente de saúde é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade. (...) É ser o elo de ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde. O agente comunitário é o mensageiro de saúde de uma comunidade.

Mas para Tomaz (2002, p. 85), as várias atribuições do agente de saúde podem ser resumidas no tripé: “identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações identificadas”. No entanto, ressalta o autor que “por falta de clara delimitação de suas atribuições, seu papel tem sido distorcido, sobrecarregando, muitas vezes, seu trabalho” e “a dimensão técnico-assistencial não é só privilégio do agente, mas de todos os outros profissionais de Saúde (TOMAZ, 2002, p. 85-6). Ainda, e segundo Nogueira (2002, p. 92) “o que o agente faz depende dos problemas vividos e referidos pelas famílias, como prioridades que não emanam dos programas de Estado”. Em suma, pode-se chamar o agente comunitário de saúde de extensão da solidariedade e elo entre o sistema de saúde e a comunidade (SILVA & DALMASO, 2002a-2002b, TOMAZ, 2002, NOGUEIRA, 2002, BRASIL, 2001). Tais princípios foram referidos por todas as famílias

participantes do estudo, porque têm sentimentos de proximidade com eles na troca de energia nos seus processos múltiplos, dinâmicos e interconectados de inter-relações.

- ***Serviço Público de Saúde para cuidar de sua saúde***

Dessa teia interconectante emerge também o serviço de saúde às pessoas prestado por profissionais dos Centros de Saúde, referência de cuidados para as pessoas que a eles recorrem, por *multivariados* problemas de saúde.

O sistema formal de atenção à saúde exerce, segundo os participantes deste estudo, uma função importante de proteção e promoção à saúde, e uma relação de satisfação congênere que constitui uma rede inter-relacional entre os envolvidos no processo de cuidado.

Observa-se nas falas abaixo que os participantes deste estudo expressam veementemente a importância da assistência dos serviços de saúde que utilizam, enfatizando de maneira personalizada os profissionais que o compõem e que prestam cuidados à saúde de seus membros e da família como um todo.

O povo fala muito da saúde aí do posto, mas abaixo de Deus, se não fosse esse posto eu não sei o que era de ser de mim (...) (Família B – Esposo, Jo)

Ela não tá indo lá porque não tá podendo andar, eles vêm aqui. A medicação dela não falta, e quando acaba pode mandar lá que eles mandam. (Família C – Filho 2, Jo)

O serviço de saúde (...) eu gosto de ir, lá é um bom atendimento, atende a gente com todo amor, eu gosto tanto dessas enfermeiras aí, pessoas de bem (...) (Família D – Pessoa índice, idoso diabético – Is)

(...) eu acho que a rede de saúde tá prestando um serviço bom pra eles. Porque eles vão, fazem o controle da diabetes, no mês certo a enfermeira passa o exame de laboratório (...) tá mostrando à enfermeira, tá mostrando ao médico, toma o medicamento(...). (Família F – Filha 2, Ta)

(...) Centro de saúde lá é bem pra mim, eu gosto muito de lá, quando vou eles me tratam muito bem, as enfermeiras, doutor gosta muito de mim também. (Família G – Pessoa índice, idosa diabética – Ol)

(...) a moça que acompanha diabetes e pressão, ela é nota 10, sabe? Uma excelente enfermeira entendeu? A parte dela ela faz bem (...) (Família I – Neta, Ro)

Transversalmente às falas perceber-se que as relações entre profissionais de saúde, subsistema individual e familiar se processam através da proximidade mantida entre eles, e nesse sentido, é imprescindível direcionar o olhar sobre o ACS - “elo entre o sistema de saúde e a comunidade” e esse olhar contemplar a dimensionalidade e complexidade que engendra o cuidado em sua contextualidade.

Assim, é possível perceber, ainda que de forma “muito tímida”, o olhar profissional para além do indivíduo, uma vez que percebe a família, como se leu e percebeu nas falas, embora considere que não verse pela sua globalidade, mas é plausível perceber que há um ser subjetivo manifestando-se. E, nesse sentido, encontra-se o processo de inter-relações e trocas envolvendo os sistemas em vários níveis, engajados em relações mútuas que se manifestam tanto nas ações como na consciência (WONG UN, 2002). Ainda segundo Wong Un, relações com pessoas, instituições ou outros sistemas externos configuram a comunidade como um sistema de interações e relações e que somente é criado em consequência das interações dinâmicas e multidimensionais. Assim, constitui-se na visão integradora sobre o ser humano, suas relações com a saúde e o adoecimento. O autor salienta que os profissionais de saúde passaram a ser também parte da comunidade e reconhece que a comunidade recria e se reformula continuamente, envolvendo nesse processo a saúde de todos os seus membros (WONG UN, 2002).

Assim, graças à Teoria Geral dos Sistemas (BERTALANFFY, 1968), o conhecimento produzido a partir dessa nova forma de enxergar e estar no mundo e suas relações existentes neste mundo é integradora, por isso o *ser profissional da saúde* não exclui o *ser comunitário*, como aquele que faz parte de um ambiente contextual, a comunidade. Essas falas, ao meu entender, demonstram as conexões que se dão nos sistemas comunitários de cuidados à saúde, e perceber essa interconexão é entrever de maneira intelectual relações de relações formando uma rede ou como um sistema autopoietico aqui segundo a interpretação de Laszlo “uma rede de processos interligados [...] criada e recriada numa corrente de matéria e energia” (LASZLO, 1987 p. 64). O “Serviço Público de Saúde no cuidado à saúde das pessoas” adquire essa conformidade ao se considerar a perspectiva dos participantes desse estudo.

- *Os meios de comunicação como input de energia no sistema*

Outro aspecto enunciado pelos participantes deste estudo diz respeito aos meios de comunicação como mecanismo de entrada de informação no sistema familiar. Destacam: revistas, atividades de ensino-aprendizado escolar e os programas de televisão, predominando este último.

A televisão é o meio de maior acessibilidade de informação de que as famílias dispõem e ao qual dedicam parte de seu tempo, apreendem assim grande parte das informações em noticiários jornalísticos, telenovelas, séries e programas educativos, entre outros. Dizem obter conhecimentos sobre bons hábitos alimentares, receitas alimentícias e de chás e cuidados com a saúde. *A televisão é uma escola*, nas falas dos participantes.

A compreensão de tal sentimento das famílias com relação a programas televisivos leva-me a considerar ser este o meio de comunicação disponível em todas as residências das pessoas, e que jornais e revistas devem ser comprados seguidamente, condição invalidada pelos escassos recursos econômicos das famílias.

O outro aspecto mencionado – a escola, pelos membros mais jovens das famílias, devido seu caráter formativo realizado no ambiente circunscrito ao estabelecimento escolar tem pouco alcance na unidade familiar. Segundo os mais jovens, a informação é “transmitida” em períodos do ano letivo quando são trabalhados conteúdos de promoção da saúde pela escola, são convidados profissionais da rede de saúde do Sistema Público para palestras educativas, mas tudo de forma breve e fragmentada sem uma continuidade no processo para consolidar a apreensão do saber. Embora o “saber adquirido” seja compartilhado no domicílio, sua influência na dinâmica familiar é pequena para promover mudanças observáveis, como ocorre com o conhecimento recebido pela televisão.

*Tinha uma revista que ela (esposa) assinou aqui falava sobre o diabetes (...)
A gente sempre lia a importância que tinha a alimentação para a pessoa que tem diabetes. (Família D – Filho, Ab)*

Eu sei o que o povo diz, né, diz que é assim e da televisão. Exatamente a televisão é uma escola, a televisão explica tudo. (Família E – Esposo, Jd)

(...) o que você se sabe é o que ela conta depois de ouvir dos profissionais (...) e algumas reportagens que a gente ouviu assim sobre alimentação pela televisão, receitas, estas coisas, só isto. (Família E – Filha, He)

(...) aqui em casa a gente já sabe alguma coisa, porque sempre a gente estuda, vê passar na televisão, né? Sabe mais ou menos assim, mas diretamente a respeito dessas coisas, a gente quase não sabe, se a gente não tem esse tipo de aula assim de detalhes pra poder cuidar mais dele, é isso. (Família F – Filho 3, Ji)

Sendo um dos familiares responsáveis (...) eu me sinto muito bem, eu me sinto bem assim de tá falando, de tá ajudando, tá dizendo assim: "oh, isso aqui é bom, pai pra o senhor comer pra diabetes. Isso aqui faz bem. Oh, passou no Fantástico (Programa televisivo) que isso, aquilo é bom pra diabetes. (Família F – Filha 4, Ne)

Segundo Laszlo (1993, p. 83), no domínio das ciências cognitivas “é preciso vislumbrar e estudar com muita seriedade a existência de canais de comunicação entre o cérebro e o mundo, canais que poderiam conduzir a outros cérebros ou mesmo a outras culturas”. A entrada de energia pelos meios de comunicação no sistema familiar envolve os processos mentais, mas também sociais, envolve as “vibrações do campo, de maneira que o campo e o organismo vibram em uníssono [...] é uma entrada de ressonância de informações” (LASZLO 1993, p. 152). O autor se refere ao campo subquântico da física quântica a partir de uma nova visão da vida nos aspectos da filogênese, da ontogênese e das interações entre os organismos.

Assim, considerar a entrada de energia no sistema através dos meios de comunicação é compreender as vibrações interativas entre os membros do sistema familiar que são “tocados” pela informação que circula na rede de comunicação e agem no sistema familiar de forma circular. Nesse sentido, a circulação de energia nas inter-relações produz os meios que favorecem a mudança, que para as famílias deste estudo dizem respeito à repadronização de alguns hábitos alimentares e à inclusão de chás aliados ao tratamento medicamentoso, como o chá da casca do maracujá torrado, receita veiculada pelo programa *Fantástico*, da Rede Globo de Televisão, mostrando o resultado de pesquisa feita em universidade do nordeste do Brasil. O chá era utilizado pelas pessoas idosas diabéticas de todas as famílias deste estudo, no seu cotidiano, e reforçado seu uso pelo sistema familiar.

Para além das influências nos hábitos alimentares e no uso de fitoterápicos, os aspectos que versam sobre a entrada de energia no sistema familiar permeiam ao

mesmo tempo a cognição e memória pessoal-individual e coletiva da família. Estes aspectos exibem a complexidade da unidade, ou seja, “a relação com o meio, com outros sistemas, com o tempo, com o observado/conceptor” (MORIN, 1997, p. 138). E, assim também com sistemas sociais e ecossistemas (BATESON, 1979), e nesse sentido podemos acrescentar o estudo de Bronfenbrenner (1996), que permite descrever e compreender os sistemas de maneira contextualizada, e também pela diversidade de ver o ser humano em seus processos psicológicos, sua participação dinâmica nos ambientes, suas características pessoais e sua construção histórico-sociocultural. E aqui acrescento: o *ser* simbólico e cultural de Turner (1999), conforme dito anteriormente.

Por fim, constituindo-se a característica-chave do sistema familiar, a mudança ocorre por *multi* variadas formas e distante de ser percebida isolada e/ou simplificada.

5.2.3 A terceira categoria “A família na busca do ‘balance’ na sua dinâmica”

A característica dessa **CATEGORIA** aparece em três subcategorias: “*Cuidar do outro – implicações familiares*”, “*Sentimentos decorrentes da busca do ‘balance’ familiar*” e “*Necessidade de manutenção do funcionamento da unidade familiar*”.

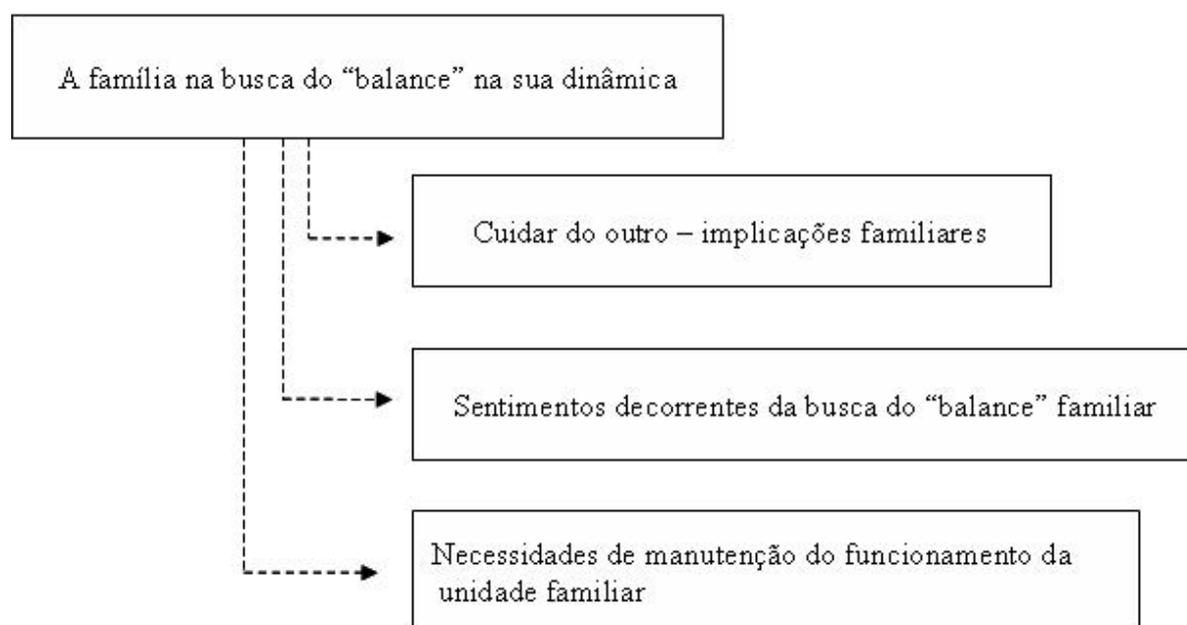


Diagrama 3: Ramificação da terceira categoria

5.2.3.1 A Subcategoria “*cuidar do outro – implicações familiares*” cinge duas dimensões: a primeira se refere à regularidade no cuidado familiar; e a segunda envolve as circunstâncias que enlaçam as condições para trabalhar fora e/ou conseguir um emprego. A compreensão sobre as informações que emergiram desta primeira dimensão permite inferir o significado que os membros da família dão ao cuidado para manter a função do sistema familiar de proteção e promoção da saúde, regulando-o para permanecer “equilibrado”.

Na dinâmica das famílias deste estudo, o cuidar do outro ocorre com determinada “cadência ou regularidade” quotidiana, uma rotina de horários que segue padrões pouco flexíveis para atender as demandas diárias básicas de alimentação, insulina no horário pré-determinado, hipoglicemiantes orais, limpeza e arrumação da casa, saídas rápidas para comprar mantimentos para o lar. A regularidade de tais cuidados permeavam um processo moderador nas relações entre os membros da família, o que promovia no sistema uma “regulação” de sua funcionalidade de forma a mantê-lo equilibrado mesmo na mudança que “desequilibraria” o sistema familiar.

A manifestação do cuidado acontecia dando-se primazia à pessoa idosa portadora de diabetes mellitus. Nas falas abaixo, pode-se identificar esse grau de envolvimento nos cuidados e a forma como a família se organiza para só ocorrerem graus mínimos de mudança em seus padrões relacionais, ao ponto de alguns membros da família não trabalharem ou conseguirem um emprego enquanto outros membros atuam de forma tão “regidificada” que acaba por abrir mão de constituir sua própria família, pois ao cuidarem da pessoa idosa acabam por adotar comportamentos complementares que visam à manutenção do sistema.

Pego o copo, pego a bacia, ela lava o rosto, eu ponho o café dela, trago aqui, ela tá sentada aí (...) boto o café dela aqui com o leite ou com chá, o pão. Depois que termina eu tô trabalhando na cozinha, volto, panho tudo, lavo e continuo minhas coisas, pego o remédio logo dou o primeiro de manhã em jejum, lava o rosto eu pego dois comprimidos de diabetes e o outro de pressão ela toma quando acaba. (Família B – Esposo, Jo)

Acho que a mãe fala pra ele trabalhar e ele não trabalha por causa de mim, já pensou uma coisa dessa? Ele arruma trabalho pra trabalhar e quando eu vou vê, ele não trabalha por causa de mim pra não deixar eu. Logo de manhã cedo ele chega aqui pra me dá injeção (insulina) (...). (Família C – Pessoas índice, idosa diabética, Ad)

(...) essa dentro de casa já é porque é por isso mais que eu acho que ainda

não casou, porque a preocupação dela comigo; se eu dizer que tou com uma dor de cabeça, tem vez que minha cabeça dói, fico até quieta porque aí não quer que ninguém converse dentro de casa, “vamos logo pro médico”, a preocupação é demais comigo (...) (Família I – Filha, De)

Essa dinâmica, portanto, na perspectiva das famílias deste estudo, garante a proteção e os vínculos entre os seus membros, a aproximação, o sentimento de pertença, de respeito e retribuição aos cuidados; estes fazem parte do processo de manutenção dos padrões relacionais de forma a dar-lhes continuidade. Assim, são reforçados os aspectos de não poder trabalhar fora para cuidar e as suas implicações, ao mesmo tempo em que é manifesto o desejo de trabalhar, de ter uma profissão, de poder contribuir economicamente com a renda familiar. Considero que esses sentimentos refletem as preocupações dos membros da família com as necessidades do sistema familiar pedindo por mudança, mas paradoxalmente mantendo-o pouco flexível, como identificamos nas falas a seguir, as quais corroboram as previamente enunciadas:

(...) não encontro trabalho é porque fico aqui cuidando de minha avó e de meus tios e de meus irmãos menores (...) (Família C – Neto, Ad)

(...) hoje em dia com o problema (...) não posso trabalhar pra ajudar aqui em casa. (Família C – Filho1, Jr)

Por ser solteira (...) estou com essa missão, pra mim foi difícil, às vezes a pessoa pode não entender né? Não é que a gente esteja reclamando, mas cada ser humano tem o seu mundo, né? Tem seus direitos, suas obrigações, mas às vezes a gente tem que conciliar as coisas né? E às vezes as coisas não dá certo como você gostaria que fosse né. A gente passa a trabalhar né, estudar né, se tiver oportunidade e aí trabalhar, ter uma profissão porque todo mundo pensa nisso. Às vezes a gente fica assim naquele dia adia, aquele corre-corre, a gente se envolve muito, né, nos problemas do dia-a-dia da família que às vezes não sobra tempo nem pra gente (...) (Família E – Filha, He)

(...) antes eu trabalhava, eu trabalhava e depois que ela adoeceu nunca mais eu trabalhei. Trabalhava em confecção (...) aí deixei porque não posso trabalhar, porque pra você trabalhar pra todo mês 2 vezes no mês sair, patrão nenhum quer, né? Aí eu deixei minha vida pra cuidar dela (...) Eu cansava de chegar do trabalho e encontrar mãe caída, uma vez ela caiu foi (Li) que levantou ela (...) aí com a continuação eu deixei. (Família G – Filha, Mr)

A *homeostase* está presente nas famílias e no centro da função interpessoal no seu convívio com o diabetes mellitus tipo 2, apresentando-se como reguladora de maneira a aliviar e/ou evitar as complicações da doença. Por outro lado, compreende-se não ser paralisadora do sistema, mas sim protetora. Sobre essa função Ackerman (1986) refere que permitiria um processo fluido de mudança que conduziria a novos padrões relacionais, ao tempo que preservaria os já instalados que garantiriam os vínculos dos membros do sistema familiar. O princípio da homeostasia operando nessas famílias não é entendido como um estado que “emoldura” as inter-relações, mas antes um estado que se traduz num equilíbrio fluente ou dinâmico - *balance*, voltado para a manutenção dos padrões que recaiam sobre o cuidado da vida quotidiana da família, e estes por sua vez envolvem sentimentos.

Sobre sentimentos, ao olhá-los pelas lentes dos padrões transacionais manifestos pelas famílias, vê-se que eles regulam o modo como os familiares se relacionam (MINUCHIN, 1982). Assim, demonstraram através de sua dinâmica como cada membro se comporta e se relaciona no meio. Contudo, as fronteiras eram nítidas e demonstravam o que cada um esperava do outro, como se pode observar na subcategoria abaixo que enlaça os “*sentimentos no balance*” familiar.

5.2.3.2 A subcategoria “*Sentimentos decorrentes da busca do “balance” familiar*” envolve sentimentos manifestos nas inter-relações familiares e expressos transversalmente aos seus juízos de valores, por angústia, dor, tristeza, medo, responsabilidade, solidão, conflito relacional. Tais manifestações foram também observadas e registradas no diário de campo, durante os encontros com as famílias, que os reforçaram nas entrevistas.

Quando se trata da diversidade dos vínculos afetivos depara-se com a complexificação que envolve as emoções negativas na vida familiar, as quais podem desencadear funções auto-reguladoras, mas por vezes destrutivas, causadoras de conflitos internos e pessoais, ou seja, no subsistema individual e externos na unidade familiar como um todo, como nas falas dos participantes deste estudo são identificadas. No entanto, não se pode ignorar que as emoções enlaçam também sentimentos positivos e que “existe uma vasta gama de valores na proximidade

familiar que podem ser igualmente funcionais, assim como podem também ser diferentes as formas de manifestar o afeto, o apoio, a proteção, a cooperação ou a comunicação” (GIMENO, 2001, p.121).

Não obstante, ao se considerar a unidade familiar um sistema aberto, estamos “perspectivando” a sua maleabilidade em suas relações transacionais, daí a *homeostase* vista no sistema familiar constituir-se num fluxo dinâmico e fluido de sentimentos, como retratado nas falas dos participantes enunciadas abaixo, nas quais revelam medos, angústias e responsabilidades:

E eu com medo também de cair na cama, porque se cair na cama misericórdia! É o meu medo todo é esse (...) quando a pessoa cai pra morrer, morreu pronto, tem que se dá o jeito, mas ficar numa cama fazendo tudo, “mode” da pessoa fazer, Avé Maria! Aí dói, dói, dói é o meu medo é esse. (Família B – Esposo, Jo)

A gente não foi acostumado nisso, é vê mãe assim. (Família C – Filho 2, Jo)

(...) eu não deixo mainha fazer nada que eu veja que dali possa vim um corte, que dali possa arranhar porque eu sei que na minha pele eu posso ficar 8 dias –15 sangrando; elas já não podem, entendeu? Qualquer corte em mim é melhor do que nelas, então assim se eu pudesse, eu tirava essa doença dela (refere-se a mãe e avó) e colocaria em mim. (Família I – Neta, Ro)

Sentimento de maior responsabilidade pra mim, esse sentimento que às vezes dói pra gente, dói esse sentimento, né, porque a gente eu passei há 10 a 15 anos atrás eu cansava de ver ela saindo e vê essa situação que está hoje. Eu queria ver ela como era antes, e não agora, como está e isso me entristece. (Família B – Neto, Je)

Mas a estes somam-se outros sentimentos, como de solidão, por parte das pessoas idosas, e muito expresso pelas pessoas índices das *famílias A, D, E e I*, embora não declarados com ênfase nas demais famílias. A compreensão da construção de tal sentimento encontra-se sob os vínculos relacionais construídos socialmente na unidade familiar e têm a ver com o *ser* e *estar* de cada uma dessas pessoas, e como se pode identificar na *psicofigura de Mitchell*, os vínculos relacionais fracos, como, por exemplo: a *pessoa índice* da *família A* com o genro; a *pessoa índice* da *família D* com sua esposa, nora e netos pequenos; a *pessoa índice* da *família E* pela ausência dos filhos no convívio familiar e a *pessoa índice* da *família I* com os vínculos superficiais

com o genro. Assim, o sentimento de solidão promove impactos relacionais afetando em maior ou menor proporção as relações da família e promovendo situações rígidas no relacionamento que conduz o sistema familiar ao que poderíamos chamar de disfuncionalidade, ou seja, uma restrição do desenvolvimento das inter-relações promotoras e preservadoras da saúde de seus membros, e aqui estou olhando para as famílias deste estudo.

O genro é só pra família dele né, e a filha vive mais assim trabalhando fora, chega na hora de almoçar de noite sai de novo, eu fico aqui com ele (Gb) tem hora que sai também, fica por lá, chega fica aqui mais eu, as crianças vai pra escola e fica aqui nós dois assim. Mas ta tudo bem né, pode-se dizer normal. (Família A - Pessoa índice, idosa diabética –Ir)

Aqui dentro de casa (...) eu acho que tem compreensão; às vezes se preocupa e a gente não sabe (...) às vezes a gente vive com 10 pessoas dentro de casa, mas não é da gente nem sabe de cada um que ta no coração dele, a gente não sabe, mas eu acho que reconhece, né, aqui dentro de casa. (Família D – Pessoa índice, idoso diabético – Is)

(...) a maior necessidade (...) eu creio, ia dá uma alegria maior pra eles receber a visita dos filhos. (Família E – Filha, He)

Aqui eu não tenho muitas amizades não. Eu tenho amizade, não posso dizer que tenho raiva, eu gosto de todos. (Família I – Pessoa índice, idosa diabética – Da)

Corroborando os sentimentos de solidão e aqueles que o precederam surge o sentimento de padrão de relação familiar conflituoso. Segundo Gimeno, os conflitos surgem ligados a valores sejam morais ou não e que afetam a vida da família, podendo até levar a sua degeneração completa e produzir-se por várias razões: “falta de consciência implícita dos valores; confusão entre valores morais e não-morais; diferença entre indicadores ou manifestações dos valores; falta de coerência entre pensamento e ação; escassa tolerância intra-familiar; contexto social intolerante aos valores familiares” (GIMENO, 2001 p. 152).

Seguindo a concepção da autora supracitada, compreendo que dois aspectos circundam as relações das famílias em foco e devem ser considerados: *a falta de consciência implícita dos valores e a confusão entre valores morais e não-morais*. O sistema familiar na busca de manter e seu “balance” adota estratégia de conformidade, aceitação, anulação pessoal/social e dever. Diante da diversidade busca manter o

sentimento de pertença e homogeneidade. Esta característica assim discutida por Morin (1997, p. 102) “a primeira e fundamental complexidade do sistema consiste em associar em si a idéia de unidade, por um lado, de diversidade ou multiplicidade, por outro, que a princípio se repelem e se excluem”. Mas por outro lado um sistema é “uma unidade global [...] que é constituído por partes diversas inter-relacionadas”. E esta inter-relação move-se pela intersubjetividade que circunda o antagônico universo relacional familiar, como se pode observar nos relatos que se seguem:

Eu já tenho 10 anos que moro aqui, que eu vim pra estudar e fazer universidade. Ele tem assim uma instabilidade por ele não se fixa em lugar algum (...) (Família A – filha, Nj)

A relação, então, não é muito boa não, mas tá se vivendo como é que diz? Até agora, eu tenho mais o que fazer; é Ele (Deus) que tem que decidir: é eu ou ela. (Família B – Esposo, Jo)

(...) os de dentro de casa não ajudam porque acostumou ter uma pessoa responsável por tudo (...) Não sou de falar não, mesmo assim agüento calada pra não ter briga, não ter confusão (...) a gente sente nervosa, fica com raiva, né? A gente vê que sobe diabetes, sobe hipertensão, precisa tá tomando remédio pra baixar. A família acaba causando dano na saúde porque nada com confusão presta, nada! (Família D – Esposa, Ca)

(...) eu mesma assim não tenho muita paciência, e isso é mesmo assim; mas eu tento mudar, melhorar mas só que às vezes, sabe, a gente não agüenta mesmo (...) porque meu avô é assim, mais meu avô é muito exagerado, sempre reclama de tudo, acho mais pela idade e pelo jeito dele mesmo; sempre reclama de tudo chega reclamando de tudo e tal (...) Com minha avó eu sou mais assim, a relação com minha avó eu sou mais light, assim, entendeu? Sabe, a gente tem algumas coisas, lógico, de desentendimento, mas com ela minha convivência é mais forte assim, mas do que com meu avô. (Família H – Filha adotiva, Jq)

Ele é bom marido pra mim porque nós, não sei quantos anos de casado, tem nossos filhos tudo, mas não, é de certos tempos pra cá depois que ficou velho não é aquela mil maravilha não, sabe? Dá pra levar, mas ele não me compreende não, minha valença é Deus no céu e meus filhos aqui (...) (Família I – Filha, De)

Assim, no anseio de tentar findar esta subcategoria, considero salutar destacar que os sentimentos que enlaçam as relações do sistema familiar estão no âmago da palavra complexidade, na maneira como é contextualizada por Edgar Morin. Dessa forma, conceber o *balance* em tal contexto é mover-se em multiversas direções para

compreender a família enquanto unidade de cuidados, sentimentos, emoções, valores, papéis e que para manter o seu “equilíbrio” confronta-se com as mudanças e por vezes executa comportamento de autocontrole para alcançar os seus objetivos. Este último dá seqüência à análise e introduz a próxima subcategoria.

5.2.3.3 Esta subcategoria, “*Necessidades de manutenção do funcionamento da unidade familiar*”, envolve os aspectos do comportamento de autocontrole familiar em situações de enfrentamento do viver quotidiano o processo saúde-doença e o cuidar como dever moral, retribuição, agradecimento, prazer e respeito. Metaforicamente, pode-se dizer que o avultamento dessas necessidades assume características de uma “bola de neve”, na compreensão de como se vão revelando.

A palavra “controle” designa o ato ou poder de exercer domínio sobre si mesmo, envolve a busca do estado estável, no qual a pessoa assume que pode controlar os acontecimentos e os resultados importantes de sua vida (FERREIRA, 2005). Essa palavra, na óptica da cibernética de Weiner (1948), designa o controle do homem e da máquina, porém sua limitação aos sistemas vivos e antropossociais já foram demonstrados (VASCONCELLOS, 2002).

Assim, compreender o comportamento de autocontrole expresso pelos participantes deste estudo é projetar o olhar sobre a palavra controle para uma realidade que verse sobre a ciência em sua complexidade. Nesse sentido, volta-se o olhar sobre a si-cibernética, a qual, segundo Morin (1997), enlaça a complexidade e desse modo estaria voltada para o reconhecimento da imprevisibilidade e da impossibilidade de informar e controlar o sistema. Por outro lado, a compreensão da Si-cibernética também vem aliada ao prefixo si que “é elemento da preposição grega *sun* – com, estar com, estar junto” - que marca a idéia de obrigação recíproca entre as partes” (VASCONCELLOS, 2002, p. 245)

Nessa concepção, compreende-se que o comportamento de autocontrole dos participantes deste estudo representa uma estratégia cognitiva, que busca manter determinado nível de “balance” dinâmico na funcionalidade do sistema familiar em suas inter-relações transacionais, vistas como controle das emoções negativas: irritabilidade, nervoso, barulho, tristeza, isolamento, reserva, acanhamento, aceitação.

Essas emoções convergem para a crença do controle do diabetes mellitus e de suas complicações, especialmente no conciliar as relações de “com, estar com” ou “estar junto” para manter as rotinas no viver cotidiano, como apontam nas falas:

(...) eu tou procurando assim me controlar mais. E já tive assim, foi nessa semana mesmo que ela falou um pouco exaltada e eu fiquei conversando normal (...) Então, agora eu tou tentando querer mais esse autocontrole, mesmo que a pessoa esteja assim cutucando mesmo pra gente perder o controle (...) se a pessoa não quiser ouvir o meu tom vai parar, falar, sair ou então não falar nada (...) eu acredito que melhorou bastante, ta sendo muito boa pelo menos pra mim, ta sendo boa. (...) porque ela ainda de vez em quando sente algumas coisas, mas antes o estado dela era muito mais grave, eu notava. (Família A – filha, Nj)

(...) quando ela me deixa assim nervoso às vezes eu pego e saio, saio, pra evitar ela ficar repetindo, entendeu? (...) depois eu volto. Por conta dessas coisas eu comecei a fumar, a beber, mas com moderação. (Família B – Neto, Je)

Eu já aceitei numa boa a diabetes, não tem jeito, não tem, pode até sarar, quem sabe um dia, mas até agora tem que conviver com ela agüentando a tristeza numa boa, se esquentar a cabeça é pior. (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

Agora melhorou um pouco né? Mas pra melhorar precisou chegar a esse ponto né de eu adoecer (...) a relação da família precisa se reestruturar pra poder dá mais força e não me sobrecarregar tanto. Como eu ti falei, né, eles não sabem né, que eu internei por causa de uma pneumonia e sim por causa de uma tosse alérgica. Porque se saber que foi por pneumonia pra ela assim vai ser um susto e eu estou querendo evitar que ela tenha isso, né? Que a pressão dela aumente e o diabetes. (Família E – Filha, He)

Eu sinto assim que o meu tipo de diabetes não é assustadora, que ela não é forte, mas pode a qualquer momento ela exagerar, né? Então qual é a minha obrigação? É procurar viver naquele controle, né? Sabendo que ela não precisa descontrolar, a gente vai aprendendo conforme o conviver com a diabetes. (Família F – Pessoa índice, idoso diabético – An)

Segundo Foley (1990, p. 64), a família “tem que manter um senso de si em meio ao conflito e, ainda assim, permitir o crescimento e a mudança” e “as marcas distintas da unidade familiar são a afeição, o cuidado e a lealdade, e estes só são possíveis mediante a referida complementaridade” (p.65). O núcleo central dessa citação está na complementaridade, e pressupõe a singularidade do todo familiar e suas partes, e nesse sentido os participantes deste estudo, quando fazem suas manobras para o autocontrole, desejam manter uma vida mais saudável para seu membro idoso convivendo num estado de cronicidade pelo diabetes mellitus.

A estratégia do controle em situações vivenciais individuais com o diabetes mellitus foi descrita de forma especial nos estudos de Silva (2001) e Santana (2000), cujo embasamento teórico é enriquecedor para compreendermos a *parte no todo* do sistema familiar no processo de viver com o diabetes. Esses estudos aplicam-se ao *ser diabético* nos aspectos do controle no tratamento da doença. Por outro lado, embora as autoras não tenham caminhado pela vertente das relações familiares, enxerga-se nos seus trabalhos aspectos que versam sobre a complementaridade, onde se percebem relações de relações. Assim, o todo e partes não estão dissociados, e aqui prevê-se a complexidade do conhecimento dito por Morin (1997).

No desenvolvimento do autocontrole, os membros do sistema familiar, para manter-lhe a funcionalidade, buscam dar ritmo ao seu relacionamento, mobilizando forças para os movimentos comportamentais que ocorrem entre eles, os quais os afetam reciprocamente. O efeito só é compreendido para além da *homeostase*, pois envolve a propriedade da globalidade a qual foi anteriormente descrita na primeira categoria, e a circularidade em ênfase na categoria subsequente.

Esta interconectividade entre os princípios dá o sentido da complexidade à teoria estudada para compreensão da dinâmica das relações do sistema familiar ante o diabetes mellitus, pois as famílias estão em “estado de fluxo constante e sempre em alteração” (WRIGTH & LEAHEY, 2002, p. 41). Portanto, alertando-nos para a interação de *toda* a família e ao relacionamento paradoxal entre estabilidade e mudança. Contudo, é nestes princípios que também despontam aspectos de dever familiar como o sentimento de obrigação e retribuição intergeracional com o cuidado de seus entes mais idosos para os participantes deste estudo.

Sobre esse cuidar, o sentimento de pertença tem valor moral para as famílias deste estudo. Mas também poderia dizer que acompanha diferentes modalidades desde a obrigação de cuidar do outro até a gratificação por fazê-lo. Esses sentimentos transmitidos pelos valores familiares mostram-se em algumas famílias de forma implícita e noutras, explícita; no entanto, a vida familiar estrutura-se em sua volta e tais valores terminam por “contribuir para a estabilidade familiar, facilitam a própria configuração da identidade familiar e o sentimento de pertença [...] (GIMENO, 2001, p. 152).

Assim, tais sentimentos versam sobre o apoio direto às necessidades de cuidados e compreendo também que estes, embora por vezes causem certo grau de conflito nas relações, deles também emerge a satisfação pela função de proteção. Esse aspecto foi identificado em minhas observações naturalísticas e também delineado pelos participantes na figura gráfica dos vínculos.

O cuidado é uma função contextual da família, e segundo Boff (1999), é mais que um ato é uma atitude, um momento de atenção, zelo e desvelo; ou seja, uma atitude de ocupação, preocupação, de envolvimento afetivo, que pertence à atitude do cuidado, que está na raiz do ser humano, por ser ele próprio cuidado singular na sua essência. Assim, pode-se identificar que nas famílias o cuidar implica intimidade, acolhimento, respeito e segurança, além de guardar íntima relação com suas experiências de ser cuidado, embora, por vezes, expressem o sentimento de obrigação e a sobrecarga com o cuidado:

A função (de cuidadora) é minha mesmo, eu não ia me sentir bem se eu colocasse ela num abrigo ou lugar assim (...). Eu acho muito importante a convivência com a família, porque os pais fizeram tudo pelos filhos, né? Passaram sacrifício, criaram. Agora chega o momento que eles estão mais precisando dos filhos, os filhos vai e joga lá num asilo, num abrigo, deixa lá sozinho (...) se depender de mim ela não vai nunca (...) (Família A – filha, Nj)

Eu tenho assim uma vontade que (He) se case, nós já estamos velhos e ficamos preocupados com ela, todos os filhos já casaram, mas ela disse que não quer casar que tem que cuidar da gente porque é a única solteira. (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

Eu fico feliz porque de repente cada um de nós, eu creio assim que temos uma missão (...) uma tarefa a cumprir e você tem que fazer o melhor. Eu tento fazer o melhor às vezes as condições físicas não são boa (...) pra mim tem sido um jogo de cintura como se diz, a gente driblar tudo isso, o dia-a-dia, a convivência e tudo mais, mas a gente vai se esforçando. Enquanto eu estiver nesta missão que eu creio que esta é minha missão que Deus deu, que Deus dá a cada um de nós, eu quero fazer o melhor (...) Então eu estou fazendo a minha parte. (Família E – Filha, He)

Acompanho tudo, conheço todos os médico,s e tudo por causa dela. (Família I – Neta, Ro)

Diante dessas falas, é importante salientar que o papel de cuidador da família é um tema que vem sendo explorado na ampla literatura quanto à sobrecarga do

cuidador principal e foi corroborado neste estudo pelas famílias A, B, E, I. No entanto, para as demais famílias este não foi um acontecimento evidenciado, como na família F, na qual o cuidado é compartilhado por todos os membros.

(...) eu acho que essa responsabilidade ela está distribuída pra todos, até mesmo para os nossos irmãos que não moram aqui em casa, porque eles têm aquela preocupação pra saber como está a saúde, mas eu acho que essa responsabilidade parece que fica maior pra mim ou pra minha outra irmã, por a gente conhecer o problema mais de perto, por estar lidando com a comunidade (...) por trabalhar em saúde, fica maior. No entanto, todos têm essa responsabilidade. (Família F – Filha 2, Ta)

Percebe-se, então, que o aspecto a ser observado está no desenvolvimento da família ao longo do seu ciclo vital (RELVAS, 1996; CARTER & MCGOLDRICK, 2001; CERVENY & BERTHOUD, 1997-2002; GIMENO, 2001; ALARCÃO, 2006) e considerar a diversidade relacional ao longo de suas histórias de vida de forma contextual na multidimensionalidade que se revestem as relações familiares.

Assim, conhecer cada família de maneira individualizada, seus vínculos e sua rede de relações para compreender como se desenvolvem seus laços de sangue, solidariedade e vínculos, entre outros, a exemplo do que se realizou nas famílias deste estudo com os genogramas e ecomapa. Estes são apenas dois instrumentos entre vários outros e que nos dão a possibilidade de visualizar a composição gráfica da dinâmica relacional do sistema familiar, uma vez que o cuidado realizado pela família tem importância particular nas condições de saúde de seus membros, especialmente no “balance” do convívio cotidiano com a condição crônica do diabetes mellitus.

Contudo, considerar o *balance* no sistema familiar é perceber que em certos momentos a família solicita pela mudança para manter a sua estabilidade. Em outras palavras, nas famílias deste estudo o *balance* aparece na condução das inter-relações para promover a saúde, reduzir os riscos das complicações, driblar as tensões relacionais, manter o autocontrole, gerenciar os sentimentos e as implicações com o cuidar do outro e com a reciprocidade devoluta dos cuidados.

Finalizando esta categoria, convém ressaltar que o enlace sistêmico ultrapassa a forma disjuntiva de pensar e, portanto, de analisar e compreender a família, e adota a

característica integradora para passar a analisar a próxima categoria, ou seja, ir recursivamente “cingindo” os princípios do paradigma sistêmico.

5.2.4 A quarta categoria “*A família e o contexto de suas relações circulares*”

A característica dessa **CATEGORIA** encontram-se em três subcategorias: “*A circularidade nas mudanças biopsicossocial da família*”, “*O ambiente domiciliar influenciando a saúde*” e “*A reciprocidade de doação na inter-relação familiar*” observáveis no diagrama seguinte:

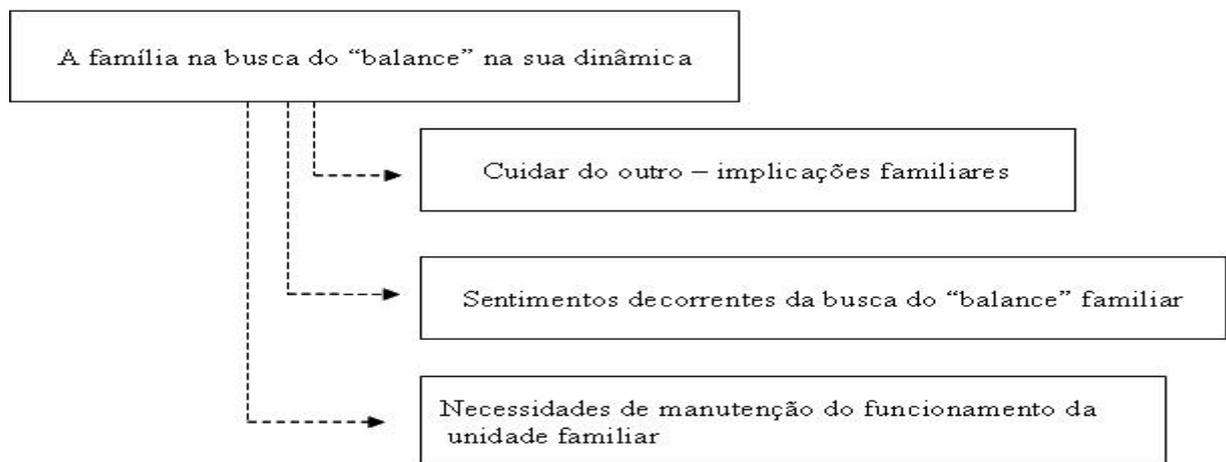


Diagrama 4: Ramificação da quarta categoria

Início pela seguinte questão, compreender a complexidade da maneira como os sistemas mantêm a sua organização e a circulação de energia para a mudança nos padrões familiares é, no meu entender, olhar pela perspectiva das suas inter-relações.

Dessa forma, sob o ponto de vista das inter-relações da dinâmica familiar, o comportamento de seus membros só pode ser estudado no contexto em que ele (comportamento) se configura pois a unidade familiar não é estática, mas varia com a situação interpessoal entre as partes e o todo de maneira indissociável, e a partir da qual podemos conceber o sistema familiar.

Meu objetivo, portanto, neste enlace, é apresentar os dados que emergiram deste

estudo nesta complexa categoria, e fazer conhecer a sua universalidade na “teia” que envolve as inter-relações do sistema familiar. Dito isso, passo a desenvolver as subcategorias.

5.2.4.1 A Subcategoria “A *circularidade nas mudanças biopsicossociais da família*”.

A auto-organização é uma característica que as famílias deste estudo encontram para gerenciar as suas relações no contexto domiciliar; por vezes vêm-se buscando estratégias para eliminar aspectos considerados desorganizadores que resultam de uma incorporação de fazeres e cuidados ao *ser idoso* portador de diabetes que culminam num processo que podemos demoninar entropia. Noutras vezes, surgem situações que geram momentos de restrições de relacionamento e interação e, ainda, alterações no estado de saúde de outros elementos do sistema familiar.

A circularidade emerge no processo da mudança nos fatores biológicos, nas alterações de comportamento emocional e social da família. Segundo Foerster (1996, p. 34), “todo sistema auto-organizado adquire e/ou incrementa sua ordem, não somente a partir da ordem anterior, não somente a partir de fenômenos aleatórios de desordem, senão também a partir de si mesmo [...] para a sua própria estrutura a partir da desordem ambiental”. Assim, cada subsistema individual no sistema familiar busca através de si encontrar os meios de adaptação ao tempo em que no conjunto da globalidade alternam o *eu* e o *nós* no *meio ambiente doméstico* para permitir, assim, que o fluxo de energia circule no sistema.

O conhecimento da teoria dos sistemas e a circularidade permitiram compreender que a relação entre os membros do sistema familiar neste estudo envolvem a compreensão do seu ambiente de maneira naturalística enquanto estrutura organizacional de suas inter-relações e a dependência mútua que existe no sistema, uma vez que o meio doméstico produz alterações contínuas na estrutura dos subsistemas e estes, como num processo em cadeia atuam sobre o ambiente em que estão inseridos e o modificam, num processo denominado relação circular. Essa relação pode ser observada nas falas dos participantes:

(...) a doença dela mudou tudo, precisava ver minha mãe antes, essa doença causou transtorno na família. (Família C – Filho 2, Jo)

(...) a relação da família precisa se reestruturar pra poder dar mais força e não me sobrecarregar tanto. Como eu te falei, eles não sabem que eu internei por causa de uma pneumonia e sim por causa de uma tosse alérgica. Porque se saber que foi por pneumonia pra ela assim vai ser um susto, e eu estou querendo evitar isso, que a pressão dela aumente e o diabetes também. (Família E – Filha, He)

(...) muitas vezes a gente vai tirar também o açúcar daqui de nossos alimentos por causa dele como regime do diabetes, e a gente passa a ser até o hipo, como tive uma época que eu tava sendo hipo, eu tava com uma quantidade de açúcar baixa. Por quê? Porque eu tava tirando algumas coisas que aqui em casa não tava comendo. (Família F – Filha 4, Ne)

A vida não é boa, ela é preocupativa, preocupa a todos dentro de casa, afeta todo mundo, a diabetes (...) (Família G – Filha, Mr)

(...) pra comprar uma coisa aqui pra casa hoje eu já não compro mais pensando em mim (...) a gente compra uma coisa pensando em nós. (...) a gente passou assim a pensar sempre em nós (...) Então mudou o nosso hábito alimentar e a consciência também (...) (Família I – Neta, Ro)

Nos enunciados acima é possível perceber que a mudança nos padrões de comportamento de seus membros é uma capacidade de auto-organização ante a crescente necessidade de adaptação apontada por movimentos de retroalimentação por causa da doença. Na leitura dessas falas é perceptível, ainda, a sensação de já tê-las lido em outros momentos deste estudo. De fato, essa percepção é esperada, uma vez que o desenrolar desses dados acontece de maneira circular.

Assim, encontram-se os aspectos de categorias e subcategorias precedentes enovelados nesta subcategoria. Este aspecto, no entanto, só vem reforçar os princípios da teoria estudada, pois as frases: “essa doença causou transtorno na família”, “a relação da família precisa se reestruturar”, “preocupa a todos dentro de casa”, “a gente compra uma coisa pensando em nós”, “mudou o nosso hábito alimentar e a consciência também”, mostram-se como elementos de uma inter-relação circularmente enlaçados entre si, gerando nessas famílias um determinado padrão de organização, conservando-lhes a identidade de promotora da saúde de seus subsistemas individuais.

No campo – domicílio das famílias – pude perceber como a circularidade se mostra no contexto familiar, na doação recíproca entre seus membros, na negociação entre as partes e o todo familiar, no qual a doença não diz respeito apenas a um

membro, é identificada pelo sistema familiar como uma alteração de saúde que se apresenta de forma disfuncional na estrutura familiar. Em outras palavras, nas famílias deste estudo o diabetes mellitus atinge a todos, alterando-lhes o modo familiar de ser e viver.

Observei que sentimentos de medo também fazem parte desse viver, o qual ocasiona determinado grau de tensão e preocupação com o futuro da saúde do sistema de forma global, a exemplo da fala abaixo:

(...) o maior medo que eu tenho é ter diabetes, porque eu já sou uma pessoa de idade, tou com os ossos fracos, se eu comer e ter um diabetes forte, eu me acabo rapidamente. Portanto, eu faço regime e peço a Deus que eu nunca tenha (...) essa preocupação não é só comigo, com meus filhos e com a família toda (...). O diabetes mata mesmo, quando não mata, deixa aleijado se não tiver o regime (...) e peço a Deus que meus filhos não tenha também, porque a doença não é brincadeira. (Família F – Esposa, Be)

A unidade familiar é o “território” no qual emergem as experiências recursivas de seus subsistemas. A família busca construir formas e maneiras de se organizar e de se colocar no supra-sistema através de suas realidades, crenças e valores no universo de sua subjetividade, desvinculando-se da homeostase para construir uma nova maneira de viver no processo constante de suas adaptações.

A subjetividade característica sistêmica demonstrada por todos os participantes deste estudo no seu sistema de inter-relações, conexões, hierarquias, trocas de sentimentos, comunicação, respeito, papéis e valores relacionais familiares na sua complexa rede circular, pelo que está dito aqui, é resultado das experiências circulares nas mudanças biopsicossociais que a família implementa em si mesma e em outros sistemas. Ainda, nesse aspecto, emerge a subcategoria a seguir, na qual a circularidade envolve o ambiente no processo saúde-doença.

5.2.4.2 A Subcategoria “*O ambiente domiciliar influenciando a saúde*”.

O ambiente doméstico deve ser visto e entendido de forma contextualizada dentro do sistema familiar, de maneira a colaborar para a interpretação das manifestações subjetivas das inter-relações do sistema que o compõe, pois no ambiente

está engendradora a rede de vínculos, as fronteiras ou limites intergeracionais que circundam os subsistemas que alimentam ou desagregam a “teia” relacional.

Sob esse olhar, percebi que nas famílias deste estudo o ambiente doméstico provoca efeitos de um membro sobre outro membro do sistema familiar e que este sistema reage no ambiente de *multiversa* maneira recursivamente. A saúde, ou sua ausência, passa a fazer parte das manifestações biopsicossociais dos subsistemas, caracterizando processos de subjetivação ao seu sentir, sofrer, amar e viver familiar.

Falar em ambiente me faz transcender para o aspecto ecológico, um microcosmo, uma célula, na compreensão desse ambiente doméstico em toda a sua complexidade. E tal pensar revisita os estudos de Maturana e Varela sobre o acoplamento estrutural, no qual as interações entre organismos adquirem um “caráter recorrente e, portanto, permite a manutenção da individualidade de ambos, no prolongado devir de suas interações” (MATURANA & VARELA, 2005, p. 200). Assim, vê-se a não-somatividade, somos todo e parte ao mesmo tempo. Ainda, segundo os mesmos autores, “como seres humanos só temos o mundo que criamos com o outro [...] o outro como um igual, um ato que habitualmente chamamos de amor ou [...] a aceitação do outro junto a nós” (p. 268-69). Então, esse “mundo” aqui considerado, o ambiente doméstico com todas as suas nuances, constituído no domínio cognitivo reflexivo da convivência daqueles que o compõem e constroem, e, que neste estudo são as famílias participantes.

Nesse enlace o processo saúde-doença envolve a família, o seu ritmo de vida, suas perspectivas de moradia, a influência climática, seus hábitos e costumes, suas crenças, valores e papéis. No ambiente doméstico a família dita suas regras, leis internas, exigências, conflitos, inquietudes, alegrias, satisfações entre outros, que configuram suas inter-relações vinculares e que lhe dão sentimento de pertença, habitat e capacidade de se diferenciar das demais relações com o mundo externo.

Assim, podemos identificar nas falas abaixo as diferentes maneiras que as famílias usam para abordar situações domiciliares em que o fluxo de energia é circular.

Essas coisas começaram a acontecer depois que a gente veio morar nessa casa (...) a gente não tem mais saúde. Eu queria vender essa casa e comprar uma em Feira de Santana (...) (Família A – Esposo, B1j)

(...) o calor de Jequié, misericórdia! Esse calor me incomoda, fico suada, eu

fico nervosa com eles (...) Fico nervosa mais por causa do calor. (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

Meu neto assim, dentro de casa... até ontem mesmo chegou, ligou a televisão alta eu falei: “pra que essa televisão alta, menino? Aqui não é nenhum cabaré não”. Ele tava tomando umas duas (...) (Família B - Pessoa índice, idosa diabética –Ma)

Observando o princípio da circularidade pude perceber que os aspectos relacionais dessas famílias influem na qualidade de sua saúde, produzem certo grau de descontinuidade nos aspectos comunicacionais entre os subsistemas e, por vezes, tornam difíceis as funções de proteção da família. Observei momentos de comportamentos anti-sociais entre seus membros gerado pelas influências do meio no sistema, como se pode observar nas suas falas. No entanto, essas famílias detêm uma capacidade de tolerar as adversidades decorrentes das individualidades dos seus membros no todo familiar, ultrapassando as fronteiras rígidas que os separam. Tal capacidade promove o bem-estar no ambiente familiar e renova a circulação de entrada de energia no sistema, *input*.

A capacidade de renovar energia constitui uma característica-chave, no meu entender, que no caso dessas famílias promove no seu ambiente doméstico alterações tanto no âmbito de sua estrutura física como comunicacional, ambas importantes para a mudança. Ao falar em estrutura física, tomo como exemplo a *família A*, na qual um de seus membros desejava mudar-se da casa por acreditar que aquele ambiente físico era o responsável por muitas alterações de saúde que haviam acontecido na família. No entanto, essa mesma família buscou estratégia de mudanças com vistas a promover a saúde familiar, mudando o piso escorregadio da casa por um piso antiderrapante para reduzir o risco de acidentes para seus membros.

(...) esse piso não é piso apropriado para dentro de casa. Então isso aqui é uma forma de preocupação da gente (...) que antes era aquele piso de cimento bem liso. E esse piso é um pouquinho assim cascudo, antiderrapante (...) esse piso daqui não foi assim à toa, a gente colocou pensando nos dois, pra evitar que eles caíssem, a preocupação foi essa. (Família A – filha, Nj)

Essa alteração logística no cuidado familiar com as pessoas mais idosas não era única; outras preocupações pairavam no ambiente familiar, envolvendo o futuro da filha, uma nova reforma na casa para construir um andar superior com maior circulação de ar para minimizar o calor local e melhorar o bem-estar familiar.

(...) ó mãe assim que eu puder, eu vou fazer uma casa em cima, os dormitórios tudo em cima e fazer bem bonito pra gente ficar aí em cima tomando fresca, uma sala grande arejada” isso é ela digo a minha filha que Deus abençoa. (Família A - Pessoa índice, idosa diabética –Ir)

Esses aspectos no cuidado com a logística da estrutura domiciliar foram observados em todas as nove famílias do estudo. O ambiente doméstico, o lar, a casa é a “proteção, o refúgio, o porto seguro” para todas as famílias. O espaço físico que configura a unidade de convívio familiar. A expressão “unidade de convívio” é utilizada para referir-se às pessoas que vivem no mesmo lar (GIMENO, 2001).

No entanto, neste estudo considero apenas o grau de parentesco para a unidade de convívio, como já enunciado no capítulo 5. Mas um aspecto chamou-me atenção entre as famílias estudadas: refere-se ao trabalho da empregada doméstica. Destaco, no entanto, que das nove famílias, apenas a *família A* tinha empregada doméstica. A análise reflexiva sobre a atuação desse profissional para a *família A* mostra que sua presença no domicílio influenciava a dinâmica de inter-relações do sistema familiar, sendo relevante para a saúde da *pessoa índice* quanto aos cuidados alimentares, como se vê na fala que se segue:

Essa mesma aqui (empregada doméstica) (...) ela chega aqui de manhã depois que (Nj) vai trabalhar e no início da tarde já vai embora (...) mas ela não faz quase nada pra mim. O que você ensinou pra ela fazer pra mim, ela não fez nada (...) tem horas assim que eu falo com a moça, eu não posso comer essa comida, mas ela vai e faz do jeito que ela quer. (Família A - Pessoa índice, idosa diabética –Ir)

Essa fala permite-nos identificar um certo grau de conflito relacional entre as partes e que reflete na vida familiar, uma vez que a filha e principal cuidadora não acompanha diretamente os cuidados alimentares de sua mãe por trabalhar fora em dois

turnos; e, segundo registro em diário de campo e observação, o tempo de que dispõe para ficar em casa é dividido entre as atividades escolares que traz para o domicílio, os filhos, marido e pais. De maneira que sobra pouco tempo para orientar a doméstica sobre os cuidados domiciliares. Por outro lado, a empregada doméstica não detém conhecimento necessário sobre o diabetes mellitus que a habilite a cuidar da saúde da pessoa idosa adequadamente. Esse é um aspecto que merece especial atenção da família e dos profissionais de saúde, ao olharmos para os tempos atuais do mercado de trabalho.

Neste sentido, em se tratando de doenças crônicas, em especial o diabetes mellitus situações como a descrita acima precisa ser considerada quanto ao cuidado profissional na implementação de medidas de orientações para o cuidado familiar.

Admitir reconhecendo a circularidade nos permite compreender que as pessoas que atuam direta ou indiretamente sobre o sistema familiar exercem influência importante para a compreensão do sistema familiar. Na minha compreensão, formada com base nas minhas observações, no sistema familiar, tanto os subsistemas que vivem no lar como aqueles que vivem no ambiente extradomiciliário, exercem influência na dinâmica familiar, embora em graus diferenciados. Por outro lado, percebi também que pessoas sem grau de parentesco, como vizinhos e amigos, podem exercer influência na dinâmica familiar por seus valores, crenças e maneira de olhar o mundo. Assim, percebo ser necessário que o processo educativo em se tratando de doenças crônicas, precisa ser desenvolvido no ambiente interno, o domicílio, mas também externo, e esse ambiente é amplo, complexo e enlaça a rede social da família.

Atentar para tal necessidade é ao meu ver atender aos princípios sistêmicos do novo-paradigma da ciência concebendo a circularidade e a recursividade dos sistemas.

5.2.4.3 A subcategoria “*Reciprocidade de doação na inter-relação familiar*”

Recordando a primeira categoria na sua subcategoria *inter-relação social familiar*, em que as falas dos participantes emergem de sentimentos de proximidade, amor, respeito, retribuição e também conflitos, no que o desnovelar dos dados encontram-se enredado pela cibernética de 2ª. ordem, essa subcategoria “*reciprocidade de doação na inter-relação familiar*”, revela-se como um prolongamento daquela, pela

sua descrição de proximidade e significância da linguagem dos participantes deste estudo.

Nesse sentido, tal subcategoria desenvolve-se a partir das interações que vinham se constituindo e organizando em resultados de relações recíprocas, implícitas e explícitas entre o princípio sistêmico da circularidade e, especialmente, entre os subsistemas individual e a família.

Esse processo de “enovelamento” cinge a complementaridade entre ambas as subcategorias e seus elementos, mas, e sobretudo, designa os padrões transacionais que regulam as trocas afetivas, cognitivas e comportamentais dos subsistemas e também especifica seus papéis (MINUNCHIN, 1979).

Assim, a palavra *doação*, que dá título a essa subcategoria, assume em seu sentido mais amplo e parte do substantivo *oferecimento*. Oferecer apoio, amor, segurança e, para a totalidade das famílias deste estudo, a sobrevivência, o que define e delimita a união familiar como um processo de cuidado para a saúde de seus membros mais necessitados. Em outras palavras, os limites interacionais de cada subsistema em que “em cada momento e em cada espaço sabe o que pode esperar de si próprio, o que podem os outros esperar dele e o que pode ele esperar dos demais” (ALARCÃO, 2006, p. 43).

Por conseguinte, torna-se essencial trazer as falas abaixo, que foram agrupadas e das quais significativamente emergem o sentimento de união da família como implicado no processo de reciprocidade para a promoção do cuidado. E, neste enlace, apresento a *família F* que representativamente abrange as semelhanças das demais famílias participantes deste estudo.

A relação da família é importante no apoio pra cuidar do diabético é e muito grande (...) uma fórmula muito excepcional que os irmãos convivam sempre com os pais para que venha ajudar todos é muito importante. (Família F – Filho 1, Di)

(...) uma família, quando ela se preocupa com o outro ela tá demonstrando uma questão de afeto, uma questão de união, uma questão de amizade, então isso para mim é louvável (...). Então eu acho isso muito IO. (Família F – Filha 2, Ta)

(...) não adianta só a alimentação e ele conviver com pessoas ruins trazendo preocupação a ele (...) A tranquilidade familiar é o diferencial pra qualidade de saúde dele. Todo mundo tá unido, ele não vai ter preocupação isso já é uma grande vantagem pra ele. (Família F – Filho 3, Ji)

Como visto, a união promove em torno de si um “laço” ou vínculo circular que inclui influência mútua e introduz o contexto das múltiplas realidades vivenciais intersitêmicas nas conexões da família e na importância de um para o outro e com o outro nesta. Essa compreensão também pode ser observada nas falas a seguir:

(...) quando a gente tá sabendo que na família tem uma pessoa que tem problema de saúde, a gente tem que cooperar (...) estão todos de acordo com a alimentação a benefício de cooperar com a saúde da pessoa diabética (...) a diabetes não se pode levar assim de qualquer maneira, tem que cooperar pra ela não desenvolver, viu? (...) (Família H – Esposo, Jm)

(...) apesar de todos os problemas, apesar de todo tipo de doença a gente sempre tá unido assim, entendeu? A qualquer problema, um tá sempre pra ajudar. (Família H– Filha adotiva, Jq)

(...) aqui a gente trabalha tipo equipe (...) O meu pai, às vezes que a gente quer sair (...) aqui pra casa de alguém próximo, quando quer ir as três, a gente já deixa pai (...) mesmo assim, a gente só sai quando ela dorme, assim que acordar o senhor já chega ali fora chama que a gente vem (...) Se for pra ir ao centro (cidade) duas vão e uma fica, ou então quando só estou aqui a minha mãe, a gente também não deixa ela aqui (...) meu pai que tem que ficar. (Família I – Neta, Ro)

Outro aspecto a considerar nesse enlace é o sentimento de respeito resultante da relação de cuidado entre marido e mulher. Essa relação é de complementaridade, no entanto, ao tratar-se de uma doença crônica, o diabetes faz com que uma das partes, que no caso é aquele que não porta a doença, entenda ser um portador indireto, sente-se com maior responsabilidade no cuidado e, de forma implícita ou explícita, acaba por fazer circular essa energia na vida familiar. Essa compreensão reside nas observações de campo e no entendimento dos valores das famílias estudadas que buscam a “estabilidade” e as possibilidades de mudança que garantem a manutenção dos valores do casamento e da estrutura familiar.

No relacionamento complementar do casal, pude perceber que marido e mulher têm um status desigual, uma vez que no caso de não portador da doença crônica, este se sente em posição superior de promover os cuidados à *pessoa índice* portadora de diabetes. Por vezes o centralizar dessa responsabilidade acarreta desconforto, desânimo, angústia e sentimento de impotência. Segundo Wright e Leahey (2002),

esses sentimentos podem aparecer quando se trata de relações em termos de simetria e complementaridade. No entanto, as autoras ressaltam que as transações curativas envolvem crenças e que os “relacionamentos não são unidirecionais, ainda que o membro seja [...] um bebê ou um idoso, ou alguém que apresenta uma incapacidade” (WRIGHT & LEAHEY, 2002, p. 141), conforme as falas:

Meu pai, também apesar de estar velho, quando ele percebe que ela tá sentindo alguma coisa, ele levanta, faz um chá, assim, fica agoniado, vai ao quintal, pega os remédios pra ela tomar. (Família A – filha, Nj)

Eu gostaria de cuidar dela melhor (...) dar mais carinho, queria ter mais recursos pra dá coisas materiais a ela. (Família A – Esposo, Bq)

Tem hora que a gente fica nervoso, eu sinto por ser uma doença que infelizmente não tem cura, tem dia que eu fico até triste em pensar (...) (Família E – Esposo, Jd)

Ele se preocupa muito comigo, tem carinho comigo. Quando eu vou no médico e chego em casa com a receita ele diz já vou comprar o remédio, se ele pudesse eu estava tomando remédio toda hora, aí eu digo: “tem as horas certas” (...) ele cuida muito de mim (...) ele leva café na cama, ele é muito carinhoso, dedicado à família (...) com a ajuda de Deus vamos viver até o fim, vamos festejar nossos 50 anos se Deus nos dê licença (...) (Família E – Pessoa índice, idosa diabética – La)

Nesta última fala percebe-se o desejo da *pessoa índice* de comemorar suas bodas de ouro, anseio compartilhado no sistema familiar e que representava uma história de vivências de 50 anos de casados. Assinalo que o período de observação e realização das entrevistas culminava com os preparativos da família para as bodas de ouro do casal, que aconteceram em dezembro de 2005. Nesse subsistema conjugal, a complementaridade circunda os subsistemas parentais compostos pelos filhos e netos. O objetivo está em tornar-se modelo para o estabelecimento de inter-relações futuras no sentido de filiação e de pertença familiar.

A experiência de comemoração de *bodas* não é exclusiva da *família E*, pelos genogramas pode-se verificar que tal experiência já foi vivenciada pela totalidade das famílias estudadas, incluindo bodas de prata e de ouro. Alguns casais expressaram o desejo de comemorar também as bodas de diamante. Assim, observa-se que os valores construídos pelas famílias deste estudo sobre a união conjugal estão fundamentados na

importância que dão ao casamento, é experienciado pela complementaridade e pela manutenção dos padrões transacionais.

Assim, as inter-relações entre os vários subsistemas na família organizam-se de maneira a manter os valores e papéis na estrutura familiar, funcionando como uma rede invisível que organiza os modos como os membros da família interagem ante as necessidades funcionais (MINUCHIN, 1979). Para essas famílias os aspectos concernentes aos valores encontravam-se apoiados na importância do cuidado familiar, no qual a família promove cuidados de saúde a seus membros, como se pode observar a seguir:

(...) me sinto alegre, tou cuidando da minha própria família, é meu próprio sangue e eu tenho que cuidar mesmo, até minha última viagem, né? (...) com prazer, com alegria, batalhando, descanso, cuidado, às vezes não deixo eles passar falta assim de nada, às vezes quando tem falta, quem fica mais quente é eu, fico preocupada, mas eu digo que tá entregue a Deus. (Família F – Esposa, Be)

Pessoalmente e espiritualmente eu sinto como pessoa a minha esposa que Deus me deu não foi outra pessoa que deu porque foi por amizade não foi por invasão. Então, foi Deus que me deu dentro da lei e do direito da família, do acordo, né? Me preocupo de conservar ela como mãe e também que ela deverá ter mais saúde. (Família H – Esposo, Jm)

Eu me sinto bem, graças a Deus, eu me sinto bem (...) bem de casamento, nós temos 37 anos, vive bem, graças a Deus, não é coisa de ta brigando e coisa, a gente briga de vez em quando como o povo diz: “ as tripas brigam, quanto mais as pessoas”, mas não é briga é um disse me disse, mas ali ficou, quietou. (Família H – Pessoa índice, idosa diabética – Ma)

Pelas falas, é possível identificar que a rede de suporte nos cuidados à saúde intrafamiliar é variável quanto às suas concepções acerca dos subsistemas individuais. Outro aspecto refere-se ao sentimento de reciprocidade de doação, pois nessas famílias o componente parentalidade, por filhos, netos, noras e genros têm responsabilidade pessoal com o cuidado em forma de devotamento. Pude observar que nas relações afetivas o sentimento de gratidão é um valor cultural e transmite-se intergeracionalmente, não como dever, mas por satisfação do desenvolvimento das inter-relações familiares.

Ave-maria! Quando ela (filha) tá com dor, se eu pudesse eu não via ela

falando, eu já levava pro médico, já resolvia tudo. Como é que eu posso fazer? Com o diabetes, sem poder fazer nada... (Família A - Pessoa índice, idosa diabética –Ir)

A nossa família é maravilhosa, a família é muito unida e eu acho tão maravilhoso, tão maravilhoso, graças a Deus. É tão legal sabes? Uma família assim, se um adoecer, todos estão ali pra ajudar. (Família C – Filho 2, Jo)

Eu tou retribuindo, eu procuro fazer o melhor pra retribuir que foi praticamente ela que me criou, né? Então, não acho nada de mais justo retribuir o carinho que ela me deu, o amor que ela me deu, é isso. (Família G – Neta, Li)

No processo de desenvolvimento da observação naturalística pude perceber, ainda, que a família é entendida pelos membros da sua unidade como o “suporte para a sua sobrevivência”. Essa concepção permeia todas as categorias deste estudo, numa dinâmica recursiva. Esse enovelamento conduz ao princípio já descrito sobre o acoplamento estrutural (MATURANA & VARELA, 2005), como as falas expressam:

Deus mandou minha filha pra nos dar socorro (...) (Família A – Esposo, Bq)

(...) ele morava aqui (...)mas depois que a avó dela (nora) morreu, ela vai pra casa da mãe dela e de noite a gente fica aqui sozinhos. Imagino muito ter qualquer coisa (...) não posso pegar peso (...) o derrame me pegou e esse braço (direito) é esquecido, eu não tenho força (...) se ela cair no chão ela fica, porque eu não posso pegar. Então, eu imagino muito. (Família B – Esposo, Jo)

(...) dentro de casa eles me cuidam muito bem, não me falta remédio, onde eu quero ir eles me levam pra qualquer canto. (Família C – Pessoa índice, idosa diabética, Ad)

Ela é a minha cuidadora, é minha amiga, é minha filha, é tudo que tenho. (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

(...) Minha filha sempre continuou do meu lado cuidando de mim (...) (Família G – Pessoa índice, idosa diabética – Ol)

(...) a família pra me é muito importante pra controlar essa doença. (Família H – Pessoa índice, idosa diabética – Ma)

(...) Imagine se a família fala: “ a doença é dela, ela mesma que se vire”, imagine que se tendo afeto, é preocupação, cuidado já não se tem êxito total, imagine a família alheia, eu acho que o quadro ia ficar superior, sei lá o que, iria ficar triste. (Família I – Neta, Ro)

Na análise das falas, observei que a própria família reconhecia a importância para o cuidado de sua unidade, compreendia que servia de estímulo para a saúde de seus subsistemas e que na união encontravam o suporte necessário para o processo de crescimento e amadurecimento do cuidar, evidenciando, assim, a manutenção do sistema familiar no seu todo.

Essa característica vivencial demonstrada pelas famílias vem comprovar mais uma vez que a família é “um sistema de saúde para seus membros” (ELSEN, 2002, p. 12). A família é, então, a expressão da sobrevivência e da qual emergem os elementos que apontam para seus limites e necessidade de adaptação ante a mudança e a retroalimentação do sistema.

Na minha experiência em atuar junto às famílias com portadores de doenças crônicas aprendi que respeitar a sua unidade é o ponto “chave” para compreender, planejar e implementar estratégias conjuntas de cuidados à *família*, como um sistema entre seus membros, para a busca de resolução aos problemas identificados na dinâmica vivencial familiar, considerando os sistemas: subsistema individual, subsistema familiar e supra-sistema – a rede social. Compreendo, também, que olhar a família é percebê-la pelas lentes da diversidade, multidimensionalidade e intersubjetividade, considerando a especificidade de cada uma delas, que advém de formas diferentes de organização, associada ainda a sua maior complexidade e unicidade. Nesse sentido, percebo ser emergente que a Enfermagem adote em seu cuidado uma abordagem sistêmica.

Por fim, esta quarta categoria revela-se como um espaço envolvente de complexidade e capacidade de vir enlaçando as anteriores e “encadear” as que se seguem. Nesse processo de encadeamento revela-se a próxima categoria que passo a desenvolver.

5.2.5 A quinta categoria – O sistema familiar e a necessidade de retroalimentação

A característica dessa **CATEGORIA** aparece nas subcategorias: “*Carências socioeconômicas para o cuidar*” e “*Serviço de saúde – na ‘contra-mão’ dos cuidados*”, como seguem apresentadas no diagrama a seguir.

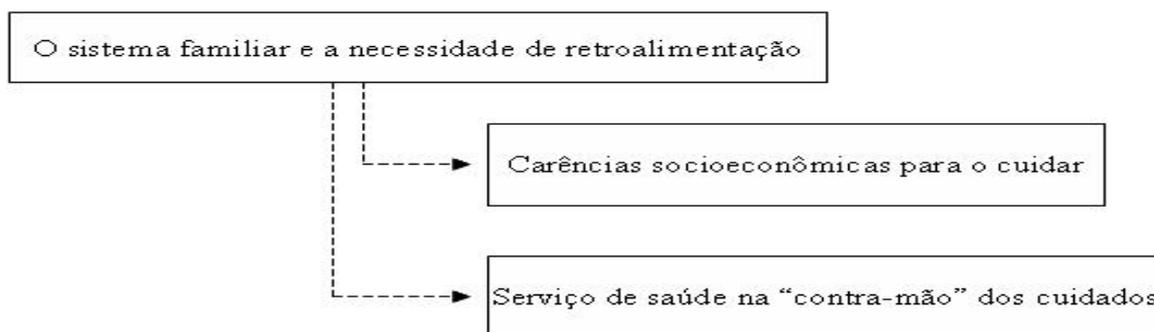


Diagrama 5: Ramificação da quinta categoria

Antes de iniciar a análise dessa categoria e após findar a análise das primeiras quatro categorias acima entrelaçadas, reforço o embricamento que existe entre elas e **destaco** igualmente, que as subseqüentes encontram-se nesse processo.

As categorias estão tecidas como num *patchwork*. Por outras palavras, seguem o princípio hologramático, no qual o todo contém as partes, e as partes estão contidas no todo com associação de interdependência, sendo ao mesmo tempo uno e múltiplo.

A análise da presente categoria acompanha o desafio de desnovelar as inter-relações recorrentes da estruturação do sistema familiar com o processo da doença crônica.

5.2.5.1 A subcategoria “*Carências socioeconômicas para o cuidar*”.

A circulação de energia no sistema familiar move-se em variadas direções como temos observado no estudo, e envolve um leque de fatores que permeiam a vida familiar. Tais fatores têm papel importante no circuito de retroalimentação no contexto familiar e adotam ordens mais ou menos complexas nos fenômenos que ocorrem na unidade familiar.

A compreensão da existência desses fenômenos numa ordem mais ampla encontra-se no processo cognitivo de cada subsistema familiar de suas necessidades e interdependência, existindo assim, um campo vibratório que os tornam “entidades ligadas entre si, participando numa vasta rede de relações que transcendem os limites

convencionais do espaço e do tempo (LASZLO,1993 p. 151). Também Bateson (1979) destaca a importância da compreensão do contexto nas relações.

Neste sentido, compreender as *carências socioeconômicas para o cuidar* de famílias neste estudo é colocar o foco no contexto de suas inter-relações e voltar o olhar sobre as implicações econômicas para o cuidar da pessoa idosa portadora de diabetes, envolvendo: a) a falta de recursos para assistência à saúde, para a aquisição de medicamentos e alimentos; b) a necessidade da rede de suporte social, especialmente pelos serviços de saúde, e c) a inexistência de apoio econômico por outros membros do sistema parental ao cuidador principal. Esses fatores funcionam como geradores de sentimentos de tristeza, descontentamento e impotência e têm ação recursiva no contexto relacional da família e no supra-sistema, ou seja, manifesta uma circulação de energia que envolve os sistema da unidade familiar e se amplia a outros subsistemas individuais que permeiam os vínculos relacionais da família.

No contexto vivencial familiar dos participantes deste estudo pude perceber que o fenômeno *feedback* amplia-se, ao tempo em que me via incluída nesse processo relacional, na intersubjetividade que envolve as relações humanas. Pude perceber e sentir as necessidades das famílias, e como profissional de saúde sentia-me limitada, pois tinha consciência de que o problema em tema enunciado pelas famílias transcendia o meu cuidado familiar no domicílio para uma outra dimensão, de política pública de saúde, de gestão dos serviços públicos das unidades básicas de saúde, dentre outros. Nas falas abaixo encontram-se as implicações econômicas das famílias para manter a saúde do subsistema portador de diabetes.

Eu me preocupo mas não faço, porque não tenho recurso. Às vezes eu penso assim, de levar a um médico melhor, mas não tem dinheiro pra pagar os médicos (...) Eu gostaria de cuidar dela melhor. (Família A – Esposo, Bq)

(...) se eu pudesse, eu encaminharia ela pra um médico melhor, pra vê se resolveria o problema dela, porque ela tá indo direto e só dá a mesma coisa, bate só na mesma tecla: diabetes alta, colesterol alto não resolve nada. (Família B – Neto, Je)

(...) a condição hoje em dia roga muito, se meu pai não tiver condições de chegar até um posto de saúde, às vezes tá até acompanhado, tá bem, mas às vezes necessita de fazer algo a mais, se a pessoa não tiver condições financeiras, de querer ir logo, levar e fazer particular. (Família F– Filho 1, Di)

As falas exprimem uma necessidade de cuidados não atendidos pelos serviços públicos de saúde, necessidades estas que ressoam entre as famílias pela sua dificuldade de acesso ao serviço público de saúde. O serviço público de saúde é um direito constitucional garantido no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que diz: “saúde é direito de todos e dever do Estado” e o Art. 197 que rege a regulamentação, fiscalização e controle da atenção à saúde; na vigência do Sistema Único de Saúde, SUS, o problema da acessibilidade é real, e os meios de comunicação de massa divulgam à exaustão que “ a saúde está doente no Brasil”, pois não consegue assegurar tal direito a totalidade de sua população.

Em março de 2007, é divulgada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, a regulamentação de Saúde no Brasil, na qual “o setor de planos privados de assistência à saúde envolve cerca de 44,7 milhões de vínculos de beneficiários, dos quais aproximadamente 82,7 % a planos de assistência médica [...]” (ANS, 2006, p, 15). Assim, aproximadamente 1/3 da população busca o serviço privado. Por outro lado, a grande massa populacional utiliza o serviço público de saúde, que “anda doente”, pelo desvio dos objetivos e pressupostos do SUS, de assegurar o acesso universal e igualitário a todos os níveis de assistência à saúde na prestação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, como rege na Lei Orgânica de Saúde. Nesse sentido, é possível compreender os sentimentos manifestos, pelas famílias deste estudo, de tristeza, descontentamento e impotência.

Outro aspecto relatado pelas famílias diz respeito à escassez de recursos financeiros para comprar medicamentos e alimentos para atender a necessidade do *ser* idoso portador de diabetes, devido aos elevados preços dos alimentos dietéticos, de uma nutrição mais especial para a pessoa diabética. Escassez de recursos agravada pela necessidade de arcar com o ônus dos medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde por não serem disponibilizados nas unidade públicas de saúde. Este último aspecto diz respeito àqueles medicamentos que não estão na lista dos fornecidos pelo serviço público de saúde, mas necesssários para os desvios de saúde apresentados pelas pessoas índices deste estudo e ainda, ousaria dizer, por muitos subsistemas em condições similares de saúde aos apresentados em nosso país. Como pode ser observado abaixo nos depoimentos:

(...) de jeito nenhum fica sem os remédios, porque quando não tem (refere-se ao centro de saúde) eu tenho que comprar custe o quanto custar (...) Eu me viro de dentro pra fora, mas compro nunca ficou sem tomar o remédio (...) (Família B – Esposo, Jo)

(...) meu pai ele é aposentado, você sabe que a diabetes é uma doença cara, né? (...) o diabético ele tem a alimentação especial, tem o cuidado, tudo dele é diferente, então já cresce a despesa, né, com o médico, tá sempre indo ao médico, receita aquela coisa, né, alimentos diet, dietéticos e tudo, é tudo diferente. (Família E – Filha, He)

Ela só ganha um salário pra às vezes comprar remédio, que tem remédio que não tem no centro de saúde pra ela sozinha, é uma dificuldade (...) ela não come aí as coisas que pode comer, sempre tá em falta porque não pode comprar (...) tu pensa que eu durmo de noite, eu não, devendo uma coisa, devendo outra (...) pra cuidar dela (...) Eu sinto não ter com que cuidar dela, entendeu? Pra na hora que precisar levar, ter pra comprar é isso. (...) a situação financeira e tudo tem vezes que você se aperta, vem supermercado, vem farmácia (...) (Família G – Filha, Mr)

A doença influencia a vida da gente, os meninos não trabalham (...) não podem me ajudar, eu tenho que procurar economizar dentro do possível pra manter de acordo as necessidades e as minhas condições para manutenção de minha casa e a saúde dela, eu tenho que fazer o possível para não prejudicar ninguém. (Família H – Esposo, Jm)

Nestas falas observo que a escassez de recursos do sistema familiar não interfere apenas no cuidado com a *pessoa índice*, mas afeta o todo familiar mutuamente, que busca alternativas para suas necessidades, de modo que alterações mínimas podem produzir efeitos contributivos no circuito de entrada de energia para a retroalimentação do sistema que viabilize mudanças como observado nessas falas.

Outra situação de descoberta diz respeito ao enunciado na fala abaixo do subsistema “*Ne*” que, ao observar que o programa de atenção ao portador de tuberculose do serviço público de saúde oferece a dieta nutricional para o tratamento da doença, entende poder ser este também direcionado para as pessoas portadoras de diabetes, como descrito abaixo:

(...) na família mudou nesta questão (...) financeira porque a gente, eu mesmo tinha vontade assim, por exemplo, hoje no mercado tá aberto, tudo light e tudo diet, sabe? Então como ele é aposentado e as condições financeiras não dá, então a gente faz o que pode. Em quê? Somente no açúcar, evitar somente doce, mas um exemplo, o arroz integral, um macarrão, essa, então não é muito entrado aqui. Porque as condições financeiras é pouca (...) a gente tem que sobreviver daquilo que a gente pode e tem no momento (...) Eu achava

que deveria ter assim um apoio melhor pra pessoa diabética (...) em termos assim de alimentação e condições financeiras assim como tem, um exemplo, (...) o serviço de tuberculose e tem aquele acompanhamento, aí tanto ela, direciona com a medicação, mas ela tem a cesta básica, tem aquela alimentação pra aquelas pessoas (...) (Família F – Filha 4, Ne)

Nessa fala identifico o pedido de apoio social da família, embora se trate de dois contextos diferentes: o diabetes e a tuberculose. No entanto, expressa um anseio por maior apoio pelo sistema público de saúde, um desejo consciente de maior interação vincular com o sistema de saúde, no qual pudesse existir entre estes um vínculo de maior proximidade com caráter fluídico dinâmico de energia recursiva. Aqui percebo a necessidade de entrada do suporte da rede social, e como afirma Sluzki (1997), a necessidade da existência de uma rede social sistêmica. E, no caso específico das famílias deste estudo, uma rede que transcenda os “muros dos consultórios da unidade de saúde” para uma dimensão político-social de rede. Nesse sentido, ir ao encontro das necessidades da população, do direito constitucional à saúde e os princípios do SUS, e que este se aproxime dos indivíduos de forma mais humana, solidária e, sobretudo, mas resolutiva (CAMPOS, 2003).

Houve ainda situação de um subsistema familiar que enunciou a necessidade de apoio econômico para as suas necessidades pessoais, apoiado no entendimento de que não podendo trabalhar porque é responsável pelos cuidados aos genitores, os demais subsistemas parentais, irmãos, deveriam ter a compreensão de promover um fundo mensal para as suas necessidades, uma vez que a renda do progenitor cobre apenas as despesas do lar e com a saúde de sua genitora.

(...) eu sei que pode ser até falta de ética, mas eu vou falar – eu acho assim, se todos se reunissem (refere-se aos irmãos) mesmo dando um pouco, mas a união faz a força, todos unissem eles poderiam me dá uma força, não é isso? Porque eu não trabalho, cuido da casa e cuido deles, e aí eu também tenho minhas necessidades (...) (Família E – Filha, He)

A situação da falta do suporte econômico gera um grau de descontentamento

ocasionado pelas privações a que é submetida por não ter um vínculo empregatício, convertendo-se em sentimento de desamparo, geralmente associado à ausência dos irmãos na dinâmica da vida familiar para perceber suas necessidades de *ser* cuidadora e *ser* que precisa dos cuidados dos demais sistemas familiares, especialmente no que tange ao provimento de uma renda mensal. Sobre esse aspecto, Gimeno ressalta que “a relação de apoio e proteção constitui uma importante dimensão da funcionalidade familiar” (GIMENO, 2001, p. 95).

Assim, nessa subcategoria identifiquei que os aspectos que enlaçam as *carências socioeconômicas para o cuidar* têm caráter de transversalidade e complexidade no cotidiano da dinâmica das famílias; ocorrem por uma causalidade circular recursiva demonstrada na percepção dos seus subsistemas. Essa compreensão amplia-se na subcategoria que se segue.

5.2.5.2 A subcategoria “*Serviço de saúde – na ‘contra-mão’ dos cuidados*”.

Tal subcategoria é um reflexo das distorções que acontecem em nosso país quanto à integralidade do sistema de saúde, apesar dos avanços que experimentou o sistema de saúde do Brasil nas últimas décadas e desde da 1^a. Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, 1986, integralidade que visa à garantia de acesso do indivíduo aos diversos níveis de atenção primário, secundário e terciário, em que, segundo o conceito, é vista para além da dimensão biológica para uma dimensão mais integradora envolvendo os aspectos psicológicos e sociais (CAMPOS, 2003).

Ao olhar para as famílias participantes deste estudo abaixo enunciadas, vê-se que os preceitos da integralidade caminham na “contra-mão” dos cuidados da saúde. Por outras palavras, em que pese a assistência de saúde disseminada na rede básica (postos e centros), para os sistemas familiares deste estudo a falta de acesso influi decisivamente sobre o seu estado de saúde e suas relações vinculares de interação com os serviços de saúde.

Essa questão, por si só, enlaça outros aspectos, como uma causalidade linear em escala progressiva, uma vez que não se constrói a integralidade, mas ao contrário, um padrão de relacionamento excludente. Nas falas abaixo encontram-se exteriorizados

os sentimentos das famílias ao exprimirem o que consideram “deficiência dos serviços em demanda de atendimento na assistência à saúde das pessoas”.

O Centro de Saúde do bairro, a gente vai lá eles dizem: “hoje não dá, certo não, vem outro dia, já tá aquela fila lá, hoje não dá; segunda-feira não dá; terça-feira 11h você vem. Pra marcar exame é daquele jeito da viagem pra marcar os exames e não conseguir, fica assim. Difícil pra marcar exame assim pra ir lá. (Família A – Esposo, Bq)

(...) O serviço do Centro de Saúde tinha que melhorar mais um pouco (...) no atendimento com as pessoas, porque a gente chega ali e o povo está tudo nos estresses (...) não atende a gente bem (...) a gente espera, espera, espera e ninguém atende, aí a gente vai embora (...) (Família D – Nora, Fn)

(...) o serviço de saúde (...) às vezes a gente acha bem, às vezes não (...) mas é difícil a gente ir assim achar uma fila assim ligeira pra gente ser atendida (...) eu saio daqui 5 horas da manhã pra ser a primeira ou segunda, sei lá (...) 8 horas, quando a enfermeira vem pra atender a gente. A gente tem que ficar ali na fila pra dizer: “O, eu sou a primeira, segunda, terceira em diante”. Aí quando chega lá, a gente senta no lado de dentro, torna ficar no banco, chega todos de novo, e fica lá sentada (...) (Família F – Esposa, Be)

(...) pelo SUS às vezes a gente faz também (...) tem vez que a gente marca um exame de um mês pro outro, quando vai ser atendido já não tem mais vaga e fica aquela pessoa sofrendo, sofrendo, sofrendo... tem vez que a fila aí quando de manhã que vai lá no posto tem gente dormindo de ontem pela tarde pra ser atendido hoje, quando vai marcar ficha, não tem mais vaga, é assim. (Família H – Esposo, Jm)

Diante das falas percebo ser emergente a necessidade de avaliação do sistema de saúde para integrar os indivíduos de forma totalitária e que permita a incorporação de um modelo de avaliação do desempenho dos serviços de saúde. Em resumo, que a avaliação se constitua num processo de planejamento e de administração do setor de saúde, possibilitando uma tomada de decisão o mais racional possível para solucionar os problemas enfrentados pela população e que epidemiologicamente vão sendo identificados (CESAR & TANAKA, 1996).

Sobre esse aspecto, vou ao encontro de Campos por afirmar que a forma como o sistema de saúde é concebido e organizado no Brasil influi indubitavelmente nas suas práticas e na satisfação dos usuários, bem como no impacto das ações para a saúde dos indivíduos (CAMPOS, 2003). Assim, conceber a complexidade do contexto que envolve os objetivos do SUS e o eixo integralidade, a compreensão de que

indivíduo e família são o objetivo fim da vigilância da saúde, que devem ser considerados como sistemas parte de outros supra-sistemas em interligação de rede sistêmica.

Essa interligação sistêmica é parte de um holograma cuja retroalimentação precisa ser pensada enquanto política pública de saúde pela intersubjetividade, ou seja, com os sistemas interligados influenciando-se mutuamente: do SUS com suas estratégias em seus diversos segmentos para o subsistema individual-familiar e vice-versa. Isso feito, as expressões acima enunciadas pelas famílias encontrariam maior resolutividade e menos insatisfação no atendimento de seus direitos legais constitucionalmente garantidos.

Outro aspecto a ser salientado diz respeito à falta de solidariedade dos profissionais de saúde no exercício de sua profissão.

(...) ainda existe muito pouco profissional nesta parte para que venha exercer essa função de ajudar cada um indivíduo, cada família, porque tem muitos necessitados, agora poucos são solidários, poucos. (Família F – Filho 1, Di)

A solidariedade tem sido uma palavra presente neste estudo, como não poderia deixar de ser, uma vez que se trata de relações humanas: encontra-se emaranhada no seu desenvolvimento. A solidariedade profissional dita pelas famílias deste estudo envolve o sentimento de se “colocar no lugar do outro” de se “perceber enquanto o outro” de estar no mundo de relações um com o outro, ou seja, “a força da auto-reflexão fenomenológica” sobre o mundo da vida de subjetividade transcendental (HABERMAS, 1991, p. 38 -39).

O sentimento que emana dessa fala demonstra a necessidade de ver criado um vínculo entre os profissionais de saúde e os subsistemas familiares. O eixo que subjaz à reflexão sobre esta questão reside na execução de uma política de saúde compartimentada, de especialidades, pronto atendimento e recursos humanos em número insuficiente e sem nenhum vínculo entre as equipes de saúde e os usuários do serviço (CAMPOS, 2003).

Esse aspecto preocupa também a Organização Mundial de Saúde, OMS, em

cujo relatório mundial de 2003 enfatiza a necessidade de: 1) apoiar uma mudança de paradigma, destacando que os problemas crônicos mais preponderantes, como o diabetes, exigem contato regular e extenso entre os profissionais de saúde, indivíduo e família; 2) gerenciar o ambiente político, destacando que no tratamento das condições crônicas é primordial fomentar o intercâmbio de informações entre os responsáveis pelas decisões políticas, líderes da área de saúde, paciente, família e membros da comunidade; 3) desenvolver um sistema de saúde integrado, evitando a fragmentação dos serviços; 4) alinhar políticas setoriais para a saúde interligando diferentes esferas políticas que tem efeito sobre a saúde; 5) Aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde, promovendo o desenvolvimento de competências pessoais para desempenhar as funções de cuidar do portador de doenças crônicas; 6) centralizar o tratamento no indivíduo e na família, pois as condições crônicas exigem mudanças no estilo de vida dos envolvidos, e o cuidar deve ser reorientado em torno desse contexto; 7) apoiar o paciente em suas comunidades além dos limites da clínica, no meu entender, como uma rede de suporte social à família e 8) enfatizar a prevenção, evitando assim as complicações decorrentes das condições crônicas, com medidas de prevenção precoce (OMS, 2003).

As questões enunciadas de fato reforçam os sentimentos expressos pelas famílias participantes deste estudo, que enfrentam no seu cotidiano as dificuldades de integralidade e criação-manutenção de um vínculo mais proximal com os profissionais e serviços de saúde. Um vínculo que exclua a insatisfação, o distanciamento, o rompimento, a relação conflituosa e negativa, a recursividade linear, os quais estão expressos também nas falas que se seguem:

Infelizmente tudo o que é pelo sistema público de saúde ainda existe eu não sei se é por causa da demanda, questão de profissionais, eu não discuto competência (...) mas a gente chega num momento onde há uma falha, a gente não pode avaliar essa falha de maneira generalizada (...) já cheguei assistir uma vez no pronto socorro e ver aquele absurdo de pessoas precisando, sentindo dores e mais aquela coisa e só ter um profissional (...) acontece que tinha umas 30 ou 40 pessoas (...) vejo que ainda é muito deficiente em relação à saúde pública. (Família H – Filho, Jf)

(...) minha avó eu tenho muito a queixar assim porque ela não tem um plano, então é pelo SUS. E o serviço que oferece no caso dela é assim, é carente, porque quantas e quantas vezes, agora mesmo eu paguei na quarta-feira uma consulta pra ela (...) porque no posto já havia marcado uma vez, aí o médico não veio porque estava tendo chuva (...) o médico era feito de mel, açúcar ou

qualquer coisa dessa que não pôde vir. Marcou pra outra quinta-feira, de uma sexta marcou-se para uma quarta. Quarta-feira foi, esse médico também não pôde vir, sabe o porquê? Quando a gente chegava lá às quatro horas da tarde a mocinha falava, “olha ele não pôde vir nesta quarta não, venha na outra quarta”. Quer dizer, mais 8 dias, fui lá nestes 8 dias também não pôde vir, disse que era pra eu vim na segunda-feira pra vê se talvez ele fosse, não pra ver o dia que ele iria vir, entendeu? A pessoa já tem 85 anos, né? É diabética (...) (Família I – Neta, Ro)

Diante da “aparente” demonstração de incapacidade do sistema público de saúde para atender a demanda de sua população, o subsistema “Ro” destaca a sua insatisfação, indignação e violação dos direitos a assistência à saúde, em especial da pessoa idosa. Por outro lado, reconhece o SUS como um modelo de atenção à saúde mais abrangente do que muitos planos privados, mas na sua realidade local e contextual é deficiente.

(...) eu sei que o SUS em sua íntegra ele tem assim é programas excelentes, cobrem até mais coisas do que planos e tudo, mas aqui, aqui em Mandacaru (bairro) o SUS é carente, viu, carente não, ele é deficiente. O centro de saúde, esse aí mesmo, eu não tenho nada bom a dizer não (...) (Família I – Neta, Ro)

Por outro lado, essa realidade encontrada nas falas sobre o serviço público de saúde também encontra ressonância no serviço privado para alguns subsistemas deste estudo, como o exemplo em destaque na fala abaixo.

(...) tem vezes que a gente paga também, e recebe um atendimento pior do que pelo SUS... acontece, como já aconteceu com ela (...) não tem vaga, liga tal dia, até pagando tem hora que a gente não consegue. (Família A – filha, Nj)

No entanto, cumpre salientar que observei haver maior satisfação dos participantes deste estudo em relação ao serviço privado de saúde, especialmente para as famílias E, H, I. Essas famílias buscaram como estratégia para a assistência às suas necessidades de cuidados à saúde pagar um plano privado, ingressando no montante dos 44,7 milhões de beneficiários dos planos privados (ANS, 2006), mesmo

comprometendo a satisfação das demais necessidades de subsistência por onerar sobremaneira a renda familiar.

(...), infelizmente não dá nem pra comparar o atendimento que eles tiveram pelo serviço privado. Sempre foram muito bem atendidos e sempre foi priorizado, viu? Às vezes que eu cheguei lá, o atendimento não demorou. (Família H – Filho, Jf)

(...) a minha mãe, ela tem o plano, é a Unimed então assim eu vejo com bons olhos se bem que a gente paga caro (...) mas é um plano de que quando quer e precisa está ali (...) se ela tiver qualquer coisa agora, eu já pego o carro aqui e vou pra clínica sei que lá vai ter um médico, senão aquele da área dela, mas eu sei que vou encontrar alguém (...) (Família I – Neta, Ro)

Nesse enlace dos serviços de saúde outro aspecto que ressoa entre os participantes deste estudo encontra-se no que consideraram ser “insuficiência das orientações dos profissionais de saúde” às suas necessidades de conhecimento. Outro aspecto que não pode ser desconsiderado é o enlaçamento deste pensar com o já referido na categoria *implicações da doença da vida familiar e as influências externas no processo da mudança*: trata-se de uma causalidade circular recursiva, a necessidade de conhecimento sobre o diabetes e da interligação do profissional de saúde ao processo de construção desse conhecimento. Nas falas abaixo se observa tal necessidade manifesta pelas famílias deste estudo:

Ele passou o básico mesmo (...) que eu devia ter que fazer, mas nenhum detalhe. Eu acredito que em tudo tem outras coisas né, que a gente tem que saber, mas só não é ... (Família A – filha, Nj)

Eu acho que os profissionais devia dar maior atenção à família porque é, como diz, orientar, melhor (...) as pessoas que cuidam de diabéticos, orientar, dizer, dar certas instruções, não é, pra já ajudar ia ser muito melhor. (Família E – Filha, He)

Sempre dizem assim, “ó, ta alta”, quando vou fazer o exame, diz assim, “ta alta, ta alta vou passar um remédio”. E aí não explica, “olha, é assim, é assim”. (Família H – Pessoa índice, idosa diabética – Ma)

Com certeza a família deveria ser considerada e respeitada pelo serviço de saúde para cuidar de idosos com diabetes (...) Não olhar só o idoso porque tem jovens também que já é diabético, né? Como o que tá fazendo aqui, é muito importante, é uma coisa raríssima pra saber a dificuldade de cada um (...) (Família F – Filho 1, Di)

(...) eu acho importante assim a unidade de saúde que presta serviços pra os

pacientes diabéticos, eles estão lá porque eles estão doentes, então recebendo um acompanhamento e de uma forma ou outra também eles estão recebendo informação, só que às vezes na casa existem pessoas que não têm conhecimento do que seja a doença e do tratamento e aí fica difícil, como essa pessoa vai ajudar dentro de casa, como ele vai saber o que a pessoa pode ou não pode comer se ele também não tiver informação? (Família F – Filha 2, Ta)

Enquanto unidade de cuidado, a família está sempre no rol das discussões na maior parte das falas dos participantes deste estudo, é indissociável como se vê acima. Sublinhar essa percepção de significado de família para os participantes aqui enunciados é, sobretudo, considerar os movimentos relacionais que englobam a vida familiar e interligam as várias gerações (ALARCÃO, 2006; RELVAS, 1996).

Nesse sentido, lançar um olhar sobre a coexistência de três ou mais gerações coabitando o mesmo espaço-tempo e transcender o cuidado do subsistema individual para o cuidar no sistema familiar, uma vez que a insatisfação expressa nas falas ecoa a necessidade de melhorar a assistência à saúde das pessoas, de um olhar mais atento e consciencioso sobre as necessidades da família enquanto contexto de inter-relações entre seus sistemas.

Abaixo, outros discursos reforçam suas insatisfações e expõem seus desejos por uma assistência à saúde com qualidade, equidade e universalidade. O que se vê em tal subcategoria é uma fusão de expressões, frases e acontecimentos que se vão enovelando e constituindo-se, no meu entender, numa “bola de neve”, com os acontecimentos se sucedendo e tomando uma grande dimensão em complexidade para as famílias deste estudo.

(...) Centro de saúde eu não gosto, tá sabendo? Não é um lugar assim agradável, não pra mim (...) eu vou assim para as consultas. (Família F – Pessoa índice, idoso diabético – An)

(...) o serviço de saúde, você sabe deixa um pouco a desejar, nunca é 100%, né? De 100% termina em 60%, o posto, porque você sabe que depende do bom profissional, depende de tudo, às vezes ela tá no serviço, tem um bom profissional atendendo, mas falta medicação, entendeu? (...) Seria muito bom se todos os profissionais fizessem isso, olhar a família, além do idoso e a doença, que trabalhasse mais por amor, mais por carinho, compreensão, não pelo afeto ao salário, ao dinheiro. (Família F – Filha 4, Ne)

(...) ali farmácia é deficiente também porque quando o médico quer, quando o médico vem e passa alguma coisa, se conta o dia que a gente acha (...) Olha o serviço do SUS (...) ele é muito pessoal, é restrito, digamos, é somente pra quem tem aquele mal (...) esquece de que a diabetes é uma doença familiar independente se ali naquela casa moram cinco, pessoas, só uma tem. Eu acho assim que eles tinham que ter é olhar pelos cinco porque é que nem escola né, o professor só ele não faz o aluno tirar boas notas ou ter um rendimento bom, é preciso que ele na sala ensine e os pais em casa complementem, a mesma coisa é a diabetes, o médico orienta e a família em casa é quem cumpre; porque que nem eu falei antes é o diabético por si, por si só ele não cumpre, ele não cumpre, porque ele sabe que só se vê tirando coisa dele, você não pode isso, você não pode, não pode, não pode e nunca se vê dizendo: “você pode isso”. (Família I – Neta, Ro)

Nessa categoria, “o sistema familiar e a necessidade de retroalimentação”, os *inputs* de energia mostraram-se como num circuito de retroalimentação. Circuito aqui entendido como uma falha de conexão na condução de energia entre o sistema familiar e o supra-sistema. Que, por seu turno, representa a falta de conectividade entre o serviço público de saúde, seus princípios e os direitos constitucionais do *ser* cidadão, aqui especificamente as famílias deste estudo. E, por outro lado, por carências socioeconômicas.

Diante de tal circuito, as famílias aqui apresentadas buscam conduzir o fluxo de energia em seu sistema através das configurações vinculares mútuas nos seus diferentes relacionamentos, tendo como estratégia promover mudanças internas através dos padrões transacionais no contexto intrafamiliar (MINUCHIN, 1990).

Nessas transações busca estruturar-se para o enfrentamento das adversidades, tanto pelos aspectos da falta de integralidade, dos vínculos de distanciamento com os profissionais de saúde como pela carência de recursos para promover no sistema o desenvolvimento de mecanismos retroalimentadores positivos. Segundo Watzlawick, Beavin e Jackson (1967, p.38) “a admissão do (*input*) num tal sistema pode ser ampliada e redundar em mudança ou pode ser neutralizada para manter a estabilidade, segundo os mecanismos retroalimentadores sejam positivos ou negativos”. Diante do exposto, percebe-se que as famílias procuram manter sua integralidade e papel de promotora de cuidados para seus subsistemas, adaptando-se entre a estabilidade e a mudança em mecanismo de “*balance*” no meio relacional que constrói com seus

subsistemas e com a rede mais extensa de suas relações se reorganizando.

5.2.6 A sexta categoria “*Estratégias e adaptação da família à doença*”

A característica dessa **CATEGORIA** aparece nas subcategorias: “*Convívio familiar com a pessoa idosa portadora de diabetes*” e “*O comportamento do ser diabético influenciando a dinâmica familiar*” em destaque no diagrama abaixo:

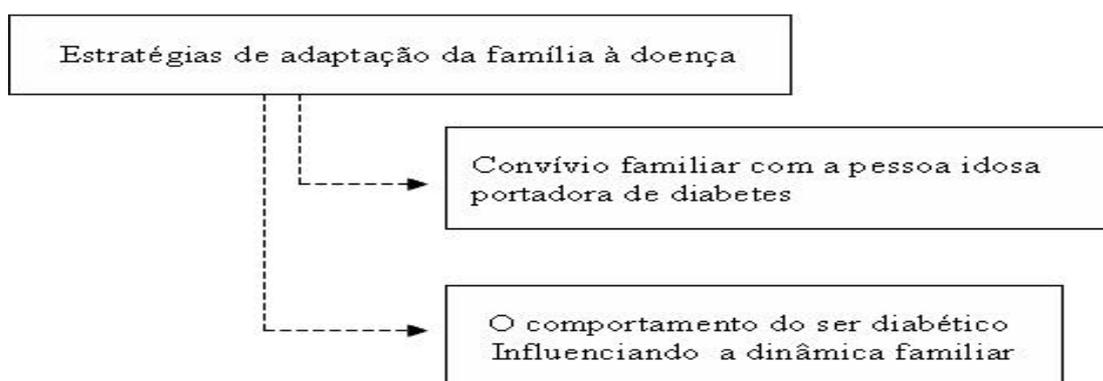


Diagrama 6: Ramificação da sexta categoria

Como visto na célula de categorias, a primeira categoria se manifestou como o de maior concentração de energia. Assim, veremos nesta categoria o imbricamento entre as duas - a primeira e a sexta categoria, manifestar-se nos discursos individuais, embora exista nesse discurso o desejo de incorporação do *holon* individual, como disseram Minuchin e Fishman, “o *holon* [...] inclui os determinantes pessoais e históricos do *self* [...] O indivíduo, por sua vez, afeta a outra pessoa, que interage com ele de certos modos [...] um processo contínuo e circular [...]” (MINUCHIN & FISHMAN, 1990, p. 24).

Sobre a interação dos diferentes *holons* no sistema familiar, incorporo neste pensar um ditado popular que diz: “os dedos das mãos são todos irmãos e nenhum é igual ao outro”, quando o senso comum familiar se refere a cada subsistema individual no sistema familiar. Essa concepção popular, de senso comum, é, segundo Santos, “prático e pragmático; reproduz-se colado às trajetórias a às experiências de cada um

dado grupo social e nessa correspondência se afirma fiável e segurizante”. (SANTOS, 2003, p. 56).

Igualmente, se mostra esta categoria neste estudo, ou seja, sistemas individuais de extrema complexidade, mas por sua vez, subsistema de unidades mais amplas – a família. Trazer neste momento do estudo o senso comum é, sobretudo, considerar o contexto das relações familiares na perspectiva da ciência pós-moderna de que “o salto mais importante é o que é dado do conhecimento científico para o conhecimento do senso comum (SANTOS, 2003, p. 57). Por outras palavras, na mão os dedos compõem o todo e o todo está contido nos dedos, como descrito pelas famílias participantes desta pesquisa. Nesse circuito dinâmico de energia a inter-relação é recursiva. A concepção não está no pensamento holístico, mas antes no sistêmico que lida com o todo e com as partes, ou seja, o indivíduo e a família nas inter-relações que ocorrem simultaneamente de maneira não linear entre esses subsistemas. E, assim passo a analisar as subcategorias que emergiram.

5.2.6.1 A subcategoria “*Convívio familiar com a pessoa idosa portadora de diabetes*”

Esta subcategoria é um cingir das categorias precedentes de maneira circular e traz como traço a redundância das falas dos participantes no convívio familiar com a pessoa idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2. Aspectos como: estratégias para conviver com o diabetes; adaptação da família ao problema da pessoa idosa diabética e a dependência da pessoa idosa ocasionada pela doença geram, por si sós, no subsistema individual, um comportamento de natureza interconectiva no sistema familiar.

Embora tenha a percepção do *eu particular* – o *Self* vê-se envolvido no todo familiar e sente as necessidades de tal sistema nas exigências da doença, diabetes, no quotidiano de suas vidas. Apreensões como limitações, anseios, medos e desejos envolvem suas falas. Essas apreensões foram observadas e registradas no diário de campo e me permitiram perceber a autonomia relativa desses subsistemas individuais no ambiente contextual de suas inter-relações. A autonomia relativa é reconhecida pelos autores sistemísticos e descrito por Morin como o “sistema na sua relação com o

meio, na sua relação com o tempo, na sua relação com o observador/conceptor”(MORIN, 1977, p. 121).

Isto significa a irreduzibilidade do sistema, reforçando, no meu entender, que a pessoa idosa portadora de diabetes, a família e a doença compõem o todo contextual global. Contexto esse que envolve, sobretudo, o *eu*, subsistema individual. Nas falas abaixo essa autonomia relativa pode ser identificada no que considero como as estratégias adaptativas para o convívio com o diabetes.

O que eu puder fazer eu faço, tenho feito tudo que é possível (...) faço tudo (...). (Família E – Esposo, Jd)

(...) de 8 anos pra cá, ela não faz mais consulta sozinha, sempre quando ela vai eu vou tanto pra eu aprender mais sobre a doença quanto também pra ver o que elas falam (...) (Família I – Neta, Ro)

Um tempo eu tou aqui outro tempo eu tou em casa. Quando eu tou melhor eu tou em casa, quanto eu sinto mais ruim ela (De) vai e me traz pra cá (...) porque está mais perto da assistência à saúde (...) se eu pudesse eu ficava lá na minha casa. (Família I – Pessoa índice, idosa diabética – Da)

Nas falas o desejo de ver o bem-estar do outro ultrapassa a idéia do individual singular. As inter-relações retroagem entre os membros familiares, e o efeito dessa retroação é o aparecimento da globalidade, embora seja possível perceber também as características das partes, como visto nas categorias precedentes.

Desta forma, as funções recíprocas que envolvem mutuamente os membros da família fazem parte do espaço de vivências criadas ao longo do ciclo vital e são construídas através das negociações implícitas e explícitas entre seus subsistemas. Neste estudo, houve configurações familiares de até quatro gerações convivendo no mesmo domicílio. Logo, tais famílias construíram o seu espaço de vivências, de relações afetivas, fraternidade, solidariedade, parentalidade e mais: também uma trama de emoções positivas e negativas que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de pertença (ALARCÃO, 2006). Assim, cada família deste estudo de A a I têm nos seus subsistemas individuais a estampagem de suas características impressa na hierarquia, nas suas fronteiras e nos padrões organizacionais.

Mas todas as famílias tinham como essencial a dimensão do sentido de suas

interações significativas construídas culturalmente e reforçadas pelos papéis e valores no cuidado do sistema familiar em seu todo e nas suas partes.

Como se viu acima nas falas, as mudanças têm efeito sobre os membros da família que buscam adaptar-se em função de suas necessidades, sejam emocionais, econômicas e físicas. O foco centra-se na circularidade e na complexidade do sistema, pois está aberto ao fluxo de entrada e saída de energia. A seguir, apresento outras falas pinçadas dos dados para conduzir o olhar para o processo de adaptação do sistema familiar no convívio com o portador do diabetes, embora esse direcionamento não seja exclusividade dessa categoria, pois a identificação de estratégias para mudança também aparece enredada na categoria *as influências externas no processo da mudança*.

Antes da doença era eu e meu marido, e minha filha ficava pra lá na casinha dela. Depois que eu caí comecei dá umas crises (...) ela, disse que ia fazer dois cômodos aí no fundo pra vim ficar aqui (...) (Família A - Pessoa índice, idosa diabética –Ir)

Todo mundo se uniu ainda mais, ainda mais depois que o pai morreu, todos ficaram ainda mais próximos dela. Porque a cegueira dela, dela não fazer mais nada dentro de casa, não anda direito e é preciso que a gente faça tudo por ela, dê o remédio nas mãos dela, faça tudo por ela. Porque se ela pegar o remédio pode pegar o errado, entendeu? Então é assim. (Família C – Filho 2, Jo)

Na situação antes, toda a vida, graças a Deus, eu, meu pai, minha mãe, nossos irmãos, teve um relacionamento bem sem vê dificuldades, sem ser preocupativo, eu e todos os meus irmãos e depois do diabetes era mais assim, eu e meus irmãos se preocupa assim em querer eliminar mais a gordura, o açúcar, evitar que ele fique preocupado pra não aumentar o açúcar no sangue, e a gente sabe que é preocupante. (Família F – Filho 1, Di)

A compreensão que emerge dos contextos enunciados acima está na percepção de exergar as preocupações dos subsistemas individuais com a pessoa idosa e o diabetes em caráter circular. Ocorre que, para além do *eu individual* existe o *nós contextual* e assim o *todo* familiar em interação. Nesse processo interativo dinâmico, o cuidado ocorre no cotidiano dos relacionamentos e acontecimentos que inquietam a família e são compartilhados entre seus subsistemas. O significado que esses subsistemas atribuem ao cuidado se assenta nos valores de significância que conferem

à *família*.

Assim, percebo que nessas famílias a essência do cuidar é o reflexo de sua existência. Logo, estrutura-se cotidianamente adaptando-se às novas exigências do processo de envelhecimento de um dos seus membros com diabetes, as complicações agudas e crônicas, as dificuldades com a escassez de recursos para manter o tratamento, as tristezas, alegrias, sensação de limitação e impotência, entre outras. O *holon* nessas famílias só é compreendido no todo e como dizem Wright e Leahey, “estudar separadamente os membros individuais da família não é o mesmo que estudar a família como unidade”. As autoras reforçam o enlace da globalidade e não-somatividade enfocando que “ao estudar a família como um todo, é possível observar as interações entre seus membros, o que em geral explica na íntegra o funcionamento individual de cada um deles” (WRIGHT & LEAHEY, 2002, p. 40).

Com base nesse entendimento, o olhar de observadora fazendo parte do contexto permitiu-me enxergar a interação familiar na inteireza, de modo que os vínculos relacionais nutridos pela família entre seus subsistemas só puderam ser compreendidos em relação ao todo - *a família*, e não apenas nas partes - os *subsistemas individuais*. Outra maneira de olhar para tais vínculos nas famílias deste estudo é compreendê-los no enlace do *afeto*, personificado pelo cuidado enquanto essência; sentimento de interação que representa um “dos valores mais apreciados que existe no ambiente familiar” (GIMENO, 2001, p. 81).

5.2.6.2 A subcategoria “*O comportamento do ser diabético influenciando a dinâmica familiar*”

Considerar o *self* no contexto do desnovelamento dessa categoria remete à possibilidade de distinguir o comportamento manifesto pela pessoa idosa portadora de diabetes. No entanto, lograr essa visibilidade é antes observar os relacionamentos que emergem dos sentimentos de pertença de cada membro no sistema familiar e das respostas às exigências desse sistema.

Assim, as características próprias desse subsistema se manifestam e se desenvolvem à medida que as interações vivenciais se mostram no contexto relacional

quotidiano familiar. Nesses processos interacionais o *ser* - pessoa diabética compartilha em família suas possibilidades, limites, competências e desejos de ser resiliente nos seus padrões de autocuidado, ou seja, a capacidade de realizar atividades em seu próprio benefício, para a sua saúde e bem-estar (OREM, 1993). Por outro lado, também reconhece que a doença estabelece limites, que são corrigidos pelos demais subsistemas de sua família.

(...) ó, minha filha, eu fico assim porque vó não era assim, vó fazia tudo, ajeitava as coisas, não tinha preguiça de fazer nada e agora fica à espera de tudo nas mãos. Como é que eu posso viver assim? (...) (Família A - Pessoa índice, idosa diabética –Ir)

Sempre ainda roda lá no quintal, ainda lava os panos dela, quando não tem crise ela mesma faz as coisas dela e quando tá em crise os outros é quem faz. (Família B – Esposo, Jo)

Antes do diabetes eu era são, ia pra feira, fazia tudo, trabalhava pra ganhar dinheiro (...) (Família C – Pessoas índice, idosa diabética, Ad)

(...) diabetes é um viver muito diferente (...) a pessoa muda de natureza (...) mas a gente tem que saber levar o corpo pra gente sempre viver calmo dentro de casa. (Família D – Pessoa índice, idoso diabético – Is)

É uma doença péssima, ela queria me enterrar e acabou fazendo assim comigo. Antes eu fazia as coisas e depois que deu o derrame e atacou as vistas eu não posso fazer nada (...) *Eu sofro muito por isso, sofro muito.* (Família G – Pessoa índice, idosa diabética – Ol)

Essas falas se encontram em redundância noutros momentos do estudo e mostram um *ser* inquieto com desejo de si mesmo, de se sentir parte do processo cuidativo, de cuidar dos afezeres do lar, de ir às compras, de ter capacidade de gerenciar suas tensões, preocupações e ansiedades. O desejo de autocuidado aparece nas *peessoas índices* deste estudo como “um grito” na sua existência, um dizer “*eu quero ser capaz de cuidar de mim*”. Foi o que percebi nos encontros com essas famílias, e o resultado de tal percepção foi sendo registrado no diário de campo ao longo dos encontros.

Considerar a cronicidade do diabetes e seus efeitos sobre o seu portador e a vida das pessoas que convivem com a doença é adotar uma perspectiva de olhar que ultrapasse os efeitos da doença no nível biofisiológico, o corpo, pois os efeitos

identificados nas falas acima ultrapassam essa visão reducionista, envolvem o *ser* subsistema individual na essência de sua mente, espírito, ambiente, cultura, valores, papéis, contexto social, relações de vínculo num campo contextual e complexo, campo esse ético-moral que envolve o sistema familiar.

A compreensão dessa nova visão, mais integradora e sistêmica sobre a família e seus subsistemas à luz das famílias participantes nesta pesquisa, leva-me a apontar que o cuidar da saúde e as intervenções da profissão Enfermagem sejam encaminhadas pela via dos sistemas familiares, considerando as suas inter-relações de reciprocidade. Assim, esse olhar poderá também perceber que embora a doença cause limitações no *ser biofisiológico*, o *ser mental contextual* se perfaz de força de vontade, capaz de emanar energias positivas beneficiadoras da saúde e do bem-estar do sistema familiar, como percebe nos relatos que se seguem:

(...) me sinto forte. Eu faço coisa que o povo admira, eu vou na roça de pé, volto de pé, subo ladeira, faço tudo. (Família D – Esposa, Ca)

(...) anda sozinho, vai pra tudo quanto é canto sozinho, vai pra Feira de Santana, Porto Seguro, Porções, Conquista. Neste ano diz que vai pra São Paulo sozinho pra casa de amigos, sozinho, vendendo mel por aí. (Família D – Esposa, Ca)

O médico: “a senhora assim tão alegre, né, a senhora tem uma força de vontade de viver”. Eu disse: tenho sim, eu quero é viver, eu quero é viver, não quero ficar assim não, doente não (...) (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

Por outro lado, pude observar que existe também a adoção de um comportamento de acomodação nos subsistemas individuais “An”, “Ol” e “Da”.. Parece-me, no entanto, que alguns subsistemas não conseguem ultrapassar as exigências da doença de modo a conseguirem desenvolver o autocuidado de modo mais satisfatório para a promoção de sua saúde.

Tal comportamento afeta o sistema familiar, que deseja maior envolvimento da *pessoa índice* no cuidado com o tratamento da doença. Preocupações como: não ter uma ocupação por ser aposentado e ficar o tempo todo no domicílio, isolamento social, falta de atividades causam perturbações na dinâmica de relações das famílias destes subsistemas individuais citados acima como pode ser identificado nas falas:

(...) quando ele ta em casa, facilita muito mais pra ele quebrar aquela dieta e aí prejudica ainda mais a situação. Então se sair, se passear, como não pode mais trabalhar por causa da idade (...) porque tem pessoas que acha assim, que não pode mais trabalhar, tem que ficar em casa ali naquele sedentarismo, não pode fazer mais nada e aí é onde piora tudo, a situação. (Família F – Filha 2, Ta)

(...) o meu (dia) é só aqui sentada, aqui nessa poltrona da vovó. (Família I – Pessoa índice, idosa diabética – Da)

(...) a gente quer andar com ela, né? Porque a gente sabe que é preciso fazer a caminhada né ou matinal ou então pela tarde (...) e ela não faz. (Família I – Neta, Ro)

Quando refiro a perturbação neste estudo, estou olhando para as tensões decorrentes do devio da pessoa diabética no comportamento adotado e que influi na qualidade dos resultados esperados por suas famílias, as intervenções no cuidado com a doença.

Nas famílias desses subsistemas observei durante os encontros que essa questão rondava as entrevistas, a família sentia desejo de informar que gostaria de ter maior envolvimento desses subsistemas para mudar o comportamento sedentário e de isolamento. Percebia um velado clamor por ajuda externa, um suporte social de apoio que as auxiliasse nas intervenções cuidativas.

Tais intervenções, ao olhar dessas famílias, deveriam contemplar não só a pessoa idosa portadora de diabetes, mas, e sobretudo, a família em seu todo. Solicitavam medidas preventivas para os problemas que as perturbavam, como: criação de centros de desportos no bairro, de atividades cognitivas-motoras culturais e lúdicas, grupo de convivência com suporte educativo sobre os aspectos que permeiam a doença, segundo interpretei.

O desejo de suporte dessa natureza encontrava-se na perspectiva da prevenção e na superação das dificuldades que advinham da convivência familiar com o diabetes e da possibilidade de desenvolver suas potencialidades, especialmente como *ser* diabético no cuidar de si, e que de igual modo pudessem contribuir na dinâmica do sistema familiar.

Assim sendo, e com base nas características desses sistemas aqui identificados,

vejo que nesta subcategoria as famílias estudadas constroem com seus subsistemas dinâmicos um relacionamento em que buscam de forma interdependente compartilhar no cotidiano de vivências e experiências para um melhor viver com o diabetes. Mas eles próprios reconhecem suas limitações e traçam caminhos que desejam percorrer com o apoio do suporte social.

5.2.7 A sétima categoria “*A família e suas relações de parentesco – maneiras que busca para garantir o cuidado*”

A característica dessa **CATEGORIA** engloba duas subcategorias: “*Intervenções de outros familiares no cuidado*” e “*A família confere os cuidados à responsabilidade de poucos*”.

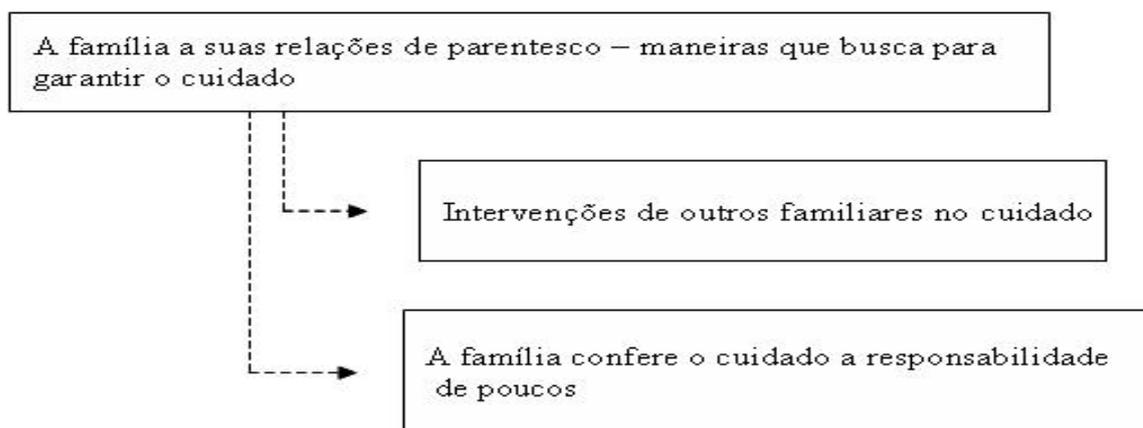


Diagrama 7: Ramificação da sétima categoria

Nas famílias participantes deste estudo, as características dessa categoria guiaram a compreensão do comportamento equifinal familiar sobre suas maneiras de cuidar, uma vez que independente de como se dava o processo cuidativo, o cuidar familiar se mostrava como resultado da dinâmica familiar no controle e na prevenção das complicações agudas e/ou crônicas do diabetes mellitus.

Essa inter-relação familiar no cuidar vem permeando este estudo e mostrando que sua evolução se dá ao longo do ciclo vital organizando-se em torno de suas

necessidades. No processo organizativo, essas famílias procuram garantir o cuidado mesmo independentemente dos caminhos que precisem tomar em suas negociações intrafamiliares. Assim, a natureza da organização familiar é que se mostra, por assim dizer, o sistema familiar como contexto de cuidado entre seus membros.

Nesse sentido, o comportamento equifinal no sistema familiar se baseia em sua interdependência das condições iniciais e, segundo Watzlawick, Beavin e Jackson (1967, p. 116), “na análise de como as pessoas se afetam mutuamente em sua interação, não consideraremos que as características específicas da gênese ou do produto são, nem de longe, tão importantes quanto a organização atual da interação”. Que, por seu turno, é a premissa básica do sistema aberto aqui em contexto - *a família*.

As condições iniciais podem ser aqui compreendidas como a fase inicial do processo e desenvolvimento da doença crônica compartilhada no quotidiano das inter-relações nas vivenciais do sistema familiar. E, no contexto dessas vivências com o diabetes mellitus, considero que as condições finais estão enlaçadas no seu processo vivencial inicial, como entendem Watzlawick, Beavin e Jackson ao dizerem que “o passado [...] não é conteúdo puro, mas comporta igualmente um aspecto relacional” (WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 1967, p. 144). Dessa forma, a composição familiar, as histórias do processo saúde-doença ao longo do ciclo vital revestem dos mecanismos do comportamento equifinal, ou seja, ainda segundo os autores acima, os resultados do cuidado familiar podem emergir de diferentes origens, porque a natureza da organização é que é definida como identificado neste estudo.

5.2.7.1 A subcategoria “*Intervenções de outros familiares no cuidado*”

Diante do exposto acima, a subcategoria que se desvela mostra-se como o cuidado familiar é contemplado independente de sua origem. Por assim dizer, o laço de parentalidade nas famílias deste estudo emerge como o suporte para se atingir o objetivo final, ou seja, cuidar da pessoa idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2 no contexto familiar.

O laço de parentalidade no cuidado se revela pelas intervenções para além dos subsistemas individuais no âmbito domiciliar como filhos, netos, noras e genros para uma dimensão espaço-temporal que agrega subsistemas de outros contextos, como tia

e outros membros da família alargada com sistema familiar constituído. No entanto, o sentimento de pertença os une para promover o cuidado e manter o sistema familiar.

Considerar o comportamento equifinal nas famílias participantes deste estudo e perceber que os objetivos do cuidado na dinâmica familiar podem ser atingidos por condições iniciais diferentes é olhar prescrutando as interações familiares e sua evolução ao longo do ciclo vital. É um olhar que versa sobre a compreensão do processo organizativo em torno da promoção da saúde e prevenção das complicações agudas e crônicas da doença, também da necessidade de suporte parental de cuidados ao sistema familiar em sua globalidade.

Desenredando esse processo, as falas abaixo esclarecem esse comportamento equifinal do sistema familiar na intervenção do cuidado aos seus subsistemas:

(...) eu tenho uma tia que tá quase da idade dela, aí a médica falou que eu tinha que arrumar qualquer pessoa pra entrar na sala com ela (...) Minha tia tinha um menino que era deficiente mental, aí teve que deixar com outra pessoa pra poder ir nesse período ficar lá acompanhando. (Família A – filha, Nj)

Agora (...) mora aqui embaixo outro filho, tem a família dele, mas se preocupa muito com ela, que essa menina porque não é filha legítima, mas ela considera como se fosse uma legítima é filha da primeira mulher (...) Ela doente sai de lá pra ajudar fazer arrumação aqui (...) é muito preocupada (...) (Família H – Esposo, Jm)

Aqui dentro de casa meu neto ajuda e minha nora também ajuda, tendo precisão, que eu vou sair, peço pra ficar, aqui fica; e se tiver alguma coisa que eu não posso fazer eu falo com ela, ela faz tudo isso. Dentro de casa aqui graças a Deus me ajuda bastante. (Família B – Esposo, Jo)

(...) é um ajudando o outro a cuidar do problema dela. Todos temos que cuidar bem dela. (Família C – Filho1, Jr)

Nessas falas pôde-se perceber o fundamento da perspectiva sistêmica da família, enquanto sistema aberto, uma vez que “qualquer sistema pode ser descrito como um subsistema de um sistema mais vasto ou pode, ele próprio, ser subdividido em sistemas” (JONES, 2004, p. 32). Assim, quando na *família A*, a *filha, Nj*, diz que sua tia deixou o próprio filho para cuidar de sua mãe e também quando na *família H*, o *esposo, Jm*, refere que sua filha do primeiro casamento mesmo com problemas de

saúde faz todo o possível para cuidar de sua esposa atual, ajudando-a nos afazeres do lar, o cuidado foi atingido independente das *multiversas* maneiras de origem das intervenções cuidativas.

Segue-se que também os subsistemas do contexto familiar como filhos, netos noras e genros revelam suas intervenções cuidativas, que, por sua vez, manifestam preocupações, responsabilidade e desejo de manter o sistema familiar.

Nestas famílias, o sistema familiar, entretanto, é complexo, interdependente, intersubjetivo, contextual e singular, em cujo enlace de complexificação existem *múltiplas* variações em seus sistemas que se influenciam mutuamente enquanto vivem no mesmo espaço-temporal, e suas inter-relações circulares promovem a organização estrutural do sistema no *balance* da família através de suas vivências. Eis um exemplo do que pode ser conhecido a partir do subsistema parental representado pelo genro, nora e neto nas *famílias A, B e C* na facilitação do cuidado familiar:

Eu acho que a gente tem que dá atenção necessária a quem porta essa doença (...) eu me preocupo com ela sim e (Nj) também às vezes ela tem que se preocupar muito com a mãe. Aí também às vezes passa pra mim, que tem o desgaste dela também, a gente sente. (Família A – Genro, Gb)

(...) às vezes ele precisa pra temperar a galinha pra ela, ela já deixa ali em cima, eu pego tiro a pele da galinha toda, tempero, deixo lá pra no outro dia ele assar. Quando ele sai, precisa esquentar o feijão eu esquento o feijão ou cozinho(...) (Família B – Nora, Jd)

Esse aqui (refere-se ao neto) se pudesse botava no céu porque o que ele poder fazer comigo ele faz, hoje mesmo já foi no Campo do América buscar remédio pra mim que aqui não tinha (...) (Família C – Pessoa índice, idosa diabética, Ad)

Por outro lado, das falas emergem situações como necessidade de maior apoio de outros subsistemas parentais no cuidado. Essa percepção das famílias está intrínseco no sistema, pois trata-se antes de mais nada de um sistema aberto, e assim, aberto ao fluxo de entrada e saída de energia, que são proporcionais ao grau de abertura do sistema a partir de suas fronteiras. Nesse sentido, as famílias deste estudo também solicitam ajuda de outros sistemas parentais, como pode ser percebido nos seguintes relatos:

(...) parentes (...) não dá muito pra contar também (...) Aí é uma série de coisas, que chega assim visita, procura saber como é que ta, mas aquela coisa de assistência mesmo, não. (Família A – filha, Nj)

Os meus sentimentos é porque apesar dela ter três filhos nenhum dos três não se preocupa que tem uma mãe (...) (Família B – Nora, Jd)

(...) a gente sabe que família é o quê? Um todo né? Mas nem sempre todos podem está ali próximos, ajudando, colaborando e você tem que contar com quem está mais próximo e no caso só tem eu mesma, aqui, pra cuidar deles. (Família E – Filha, He)

Com toda certeza gostaria que também os outros irmãos pudessem estar mais próximos, ajudando, se somos uma família, a família é pra isso, né? (Família H – Filho, Jf)

A visibilidade desse pedido por ajuda demonstra a necessidade de realimentação do sistema familiar. As famílias entendem que os laços de parentalidade convergem para o sentimento de pertença e este deve ser nutrido no existencial familiar. Tal sentimento familiar saltava aos olhos e na minha observação naturalística, à medida que os registrava em diário de campo refletia sobre os sentimentos das famílias envolvidas, carentes muito mais da presença de seus componentes do que do próprio apoio no cuidado ou financeiro.

Compreender tal sentimento familiar leva-me a vê-lo muito mais do que o simples suporte de ajuda material ou física: os sentimentos que enlaçam os aspectos cognitivos e afetivos envolvem valorização, respeito, gratidão, solidariedade, e sobretudo, a possibilidade de conviver com esses subsistemas fazendo parte de suas dinâmicas compartilhadas em seus lares. Nesse sentido, a reintegração ao contexto social familiar de seus membros e a possibilidade de eles atribuírem sentimentos valorativos aos seus subsistemas mais idosos na família.

Assim, a recursividade relacional pedida está explícito nas falas acima demonstra o que Alarcão descreve como recursividade relacional entre duas ou mais gerações, por assim dizer, uma maneira de pedir afeto e presença da geração intermédia e ainda, de ressignificação da função parental no contexto vivencial familiar (ALARCÃO, 2006).

Percebi que embora tal solicitação das famílias neste estudo seja uma

necessidade de sentir-se um sistema em sua totalidade, por outro lado, enxerguei também que ela, *a família*, se reorganizava em torno dos seus subsistemas presentes para a manutenção de sua estrutura organizacional na garantia do cuidado familiar como sua essência. E compreendi ainda mais: por que Bertalanffy (1968) considerou o princípio da equifinalidade como um dos conceitos mais centrais para a Teoria Geral dos Sistemas. Por outras palavras, independente de ponto de partida no que concerne à intervenção nos cuidados familiares, o resultado desses cuidados versava sobre a prevenção e controle do diabetes mellitus e o bem-estar do sistema familiar, nas partes e no todo.

Por fim, o processo equifinal desta subcategoria abraça a subcategoria seguinte, *a família confere os cuidados à responsabilidade de poucos*, e reforça como o resultado final é atingido, independente de sua origem.

5.2.7.2 A subcategoria “*A família confere os cuidados à responsabilidade de poucos*”.

“Cuidar é responsabilidade de poucos” é assunto expresso com intensidade pelo subsistema individual familiar que assume o papel de cuidador primário, ou seja, aquele que assume a responsabilidade integral de cuidar, supervisionar e orientar diretamente a pessoa idosa, no caso presente, o portador do diabetes mellitus. No entanto, esse cuidador compreende que tal responsabilidade tem um caráter participado no sistema familiar, em que diferentes subsistemas atuam de forma indireta no cuidado, de maneira que a compreensão da expressão “responsabilidade de poucos” significa necessidade de maior participação do todo familiar no cuidado como rede de suporte, proteção e manutenção dos cuidados.

Para além das nomenclaturas existentes atualmente sobre o papel do cuidador na ampla literatura nacional e internacional, que acredito bem disseminada na comunidade científica, na responsabilidade do cuidado familiar um fato chama atenção: a compreensão do contexto histórico familiar ao longo de seu ciclo vital, sua organização hierárquica, seus valores e papéis, sua cultura, suas conexões sistêmicas no sistema familiar.

Assim, no meu entender, a responsabilidade está no alicerce das relações

humanas no cuidado com o desenvolvimento e preservação de sua espécie. Este pensar encontra eco nas famílias deste estudo, e assenta-se nos princípios norteadores do referencial teórico adotado. Com isto quero reforçar a compreensão do sistema aberto e retomo aqui a lembrança da célula enquanto estrutura dinâmica de ser em si subsistema de sistema mais amplo, sistema de sistemas, ou ainda sistema de sistemas menores. Essa compreensão é levada para o sistema familiar e seus subsistemas.

Nessa concepção, em “determinados momentos, sob determinados ângulos, e em certos casos, a parte pode ser mais rica do que a totalidade” (MORIN, 1977, p.124). Aqui, pode-se enxergar o cuidador familiar. Nas falas abaixo pode-se entender o juízo que a família constrói sobre o sentimento de responsabilidade:

Os irmãos dá uma força, às vezes um dá um telefonema, vem dá uma passadinha aqui os que moram mais perto, mas é aquela coisa assim rápida, mas no dia-a-dia mesmo a responsabilidade, o peso ficou pra mim, né, que estou aqui cuidando deles. (Família E – Filha, He)

(...) eu acho que essa responsabilidade ela esta distribuída pra todos até mesmo para os nossos irmãos que não moram aqui em casa, porque eles têm aquela preocupação pra saber como está a saúde; mas eu acho que essa responsabilidade parece que fica maior pra mim ou pra minha outra irmã, por a gente conhecer o problema mais de perto (...) por trabalhar em saúde fica maior. No entanto, todos tem essa responsabilidade. (Família F – Filha 2, Ta)

É bom se preocupar porque é pela saúde (...) a gente incentiva um pouco, mas já tem elas que tá por dentro, aí, que é melhor. (Família F – Filho 5, Ja)

Diante dessas falas, o sentimento de responsabilidade fica mais evidente pelo sentido de valorização e manutenção da saúde que é compartilhado pelo todo familiar, mesmo daqueles que não compõem a dinâmica quotidiana de vivências da família, por estarem mais distantes, como os subsistemas das famílias aqui enunciadas que residem noutras localidades. No entanto, independente de presença deles o cuidado segue seu curso para atingir sua meta.

Por outro lado, existem fatores que promovem no sistema familiar um certo grau de desequilíbrio em sua “estabilidade”. É o que se nota nas expressões das famílias B, E, G e H sobre a ausência dos demais subsistemas no convívio familiar. Nessas expressões existe um sentimento de sofrimento, desejo do outro no intra-

sistema familiar, maior participação sua na vida familiar e na dinâmica de relações e interações do sistema familiar.

Eu só posso contar com meu avô e minha esposa, os outros estão distantes (...) (Família B – Neto, Je)

(...) eu tenho sete irmãos (...) destes sete só tem eu aqui com ela. Eu acho assim não vou cobrar de nenhum, mas eu creio que cada um como filho tem que ver o seu papel de filho. Eu creio, não quero acusar ninguém, mas eu acho assim, fazer assim tipo um, um pensamento, raciocinar direitinho saber que tem uma mãe que já estar de idade, tem esse problema. Eu gostaria que cada um se preocupasse melhor, se preocupasse mais, tivesse assim aquela dedicação que às vezes deixa a desejar (...) eles têm carinho por eles, têm atenção se preocupam com a doença dela às vezes eles ligam né perguntando como ela está, digo ta tudo direitinho, mas quando puder dá uma forcinha aqui, vocês vêm aqui pra me dá uma forcinha, pra vê de perto, né? Aí eles ficam alegres né com a presença de vocês, eu sempre às vezes cobro deles né. Aí os que podem sempre vêm, os que não podem às vezes ligam, mas eu creio que se fizessem uma forcinha dava pra se fazer um pouquinho mais presente (Família E – Filha, He)

(...) os outros filhos eles não quer vir não, eu não obrigo não, vem quando pode vir né? Eles me ligam perguntam se eu tou com saúde, tá bom. (Família G – Pessoa índice, idosa diabética – Ol)

Eu vejo que meu pai e irmão que mora mais próximo realmente têm uma preocupação (...) Agora em relação aos outros é muito difícil eu dizer porque eles estão muito ausentes (...) Eu fico triste, é difícil pra me falar porque mesmo sendo parente eu não gosto de comentar situações particulares dos outros, porque cada um gosta de se defender e como diz, é fácil falar quando os outros não estão na presença, né? Na ausência todo mundo acha que é fácil, eu não tou fazendo isso, mas infelizmente é verdade. (Família H – Filho, Jf)

Estes enunciados mostram haver um nível de distanciamento dos vínculos de parentesco familiares que repercute na falta de proteção, apoio e integração destes subsistemas ao sistema familiar de origem.

Essas situações inscrevem-se no contexto de sensação de abandono e falta de atenção fraternal e cuidados. No entanto, não é nada fácil para essas famílias compreender tal distanciamento, tampouco para mim. Por outro lado, percebi nesse distanciamento, um emaranhado de fatores que se foram somando ao longo das histórias de vidas dessas famílias, muitas vezes comunicando seja por momentos de silêncio, supressão da respiração, lágrimas, sorrisos, numa comunicação não-verbal e

também verbal, certos conflitos, tensões, necessidade de “ganhar o mundo” para sobreviver às adversidades da falta de recursos do sistema familiar e outros aspectos.

Falar em atenção fraternal no sistema familiar é ir em busca do porvir. A literatura tem-se debruçado muito pouco sobre este assunto, como afirma Alarcão (2006): “as fronteiras interindividuais, sendo habitualmente rígidas, parecem não facilitar a delimitação de subsistemas, neste caso o fraternal” (ALARCÃO, 2006, p. 331).

Assim, apoiada nessa idéia, percebi que nas famílias estudadas seu funcionamento entre os vários subsistemas individuais ocasionava uma certa perturbação em sua dinâmica vivencial quoditiana com os demais subsistemas no contexto domiciliar-familiar. Mas por sua vez, o sentido de pertença falava por si, e em tal sistema familiar os seus subsistemas independentemente da ausência dos demais promoviam as funções do cuidado e proteção à família em sua, globalidade e contextualidade, de modo que o cuidado era sempre a meta a alcançar.

A concepção dessa realidade vivencial para as famílias encontra-se numa dimensão cognitiva de consciência humana e, como diz Capra, “inextricavelmente ligada ao mundo social da cultura e dos relacionamentos interpessoais” (CAPRA, 2002, p. 48). Estes, por seu turno, vivenciados ao longo de sua história de vida compartilhada através dos seus padrões transacionais (MINUCHIN & FISHMAN, 1990).

Compreender o princípio da equifinalidade neste estudo é entender que a família é um sistema que concentra em si uma rede complexa de relações e interações humanas, cada qual com seus significados singulares e subjetivos, mas que na interseção do conjunto de suas funções busca a promoção e proteção do sistema familiar, nas suas interações interpessoais e dinâmicas, legitimando assim suas ações cuidativas no seu processo viver humano cotidiano com a doença crônica.

5.2.8 A oitava categoria “*A relação intergeracional na dinâmica familiar*”

A característica dessa **CATEGORIA** aparece na subcategoria intitulada “*A importância do respeito na relação familiar*”:

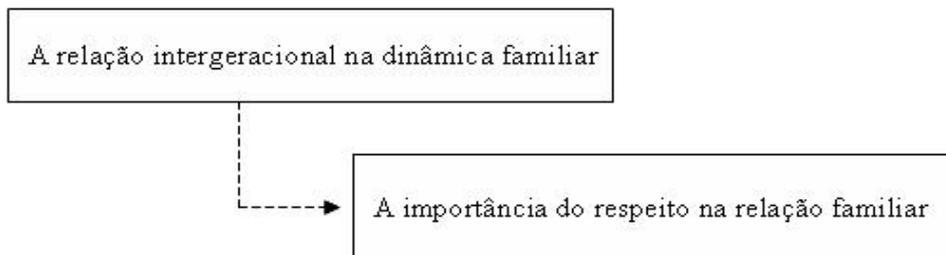


Diagrama 8: Ramificação da oitava categoria

Considerar a *relação intergeracional na dinâmica familiar* é buscar compreender como se organiza a família enquanto unidade, uma vez que os dados conduziram à busca da percepção sobre a organização desse sistema no seu processo de inter-relações no sistema familiar.

A organização é um princípio muito usado na Teoria Geral dos Sistemas, embora poucos sejam os autores que o aplicam ao contexto familiar. Esse princípio foi motivo de muitas discussões em meados do século passado e teve significativa complexificação com os questionamentos feitos por Foerster, em seu livro *Las semillas de la cibernética. Obras escogidas* (FOERSTER, 1996). Assim, Foerster “tornou-se um importante catalisador para a idéia de auto-organização”, e entre os estudiosos e pesquisadores sistêmicos na época que compunham seu grupo encontrava-se Maturana (CAPRA, 1996, p. 79)

Assim, chego mais perto de onde desejo para desenvolver a compreensão da organização da família neste estudo. Para tanto, busco Maturana e Varela com seus estudos e pesquisas sobre o sistema auto-organizado ou organização autopoietica/teoria da cognição de Santiago. Maturana e Varela dizem que, “o que caracteriza um ser vivo é sua organização autopoietica” pois “são unidades autônomas” e assim capazes de “especificar sua própria legalidade, aquilo que lhe é próprio” (MATURANA & VARELA, 2005, p. 55).

Outro aspecto destacado pelos autores acima citados diz respeito aos processos interativos que segundo eles significa o próprio processo de vida. Em outras palavras, “as interações de um organismo vivo – vegetal, animal ou humano – com o seu

ambiente são interações cognitivas [...]” (CAPRA, 2002, p. 50).

Diante do exposto, e numa tentativa de “síntese”, procurarei chegar à complexidade do sistema familiar nessa categoria, mas compreendo que independentemente de meu esforço posso não *ser* suficientemente capaz de contemplá-la. Para tanto, valer-me-ei dos conhecimentos adquiridos e internalizados ao longo deste percurso para fazê-lo, pois como dizem Maturana e Varela (2005, p. 267), o conhecimento do conhecimento “obriga-nos a assumir uma atitude de permanente vigília contra a tentação da certeza, a reconhecer que nossas certezas não são provas da verdade, como se o mundo que cada um vê fosse o mundo e não um mundo que construímos juntamente com os outros”.

Assim, compreender as famílias deste estudo nesse enlace é reforçar ainda mais sua característica de sistema aberto, com capacidade de auto-organização, de interação com o ambiente, afastada do equilíbrio e capaz de desenvolver mudanças estruturais que a distingue pela capacidade de formar seu próprio caminho individual de acoplagem estrutural, formada por subsistemas individuais com laços de interação entre si recursivos, retro-alimentando-se e transformando-se a partir das estruturas que a compõem, permeável as influências tanto internas quanto externas ao sistema.

Nessa teia que enovela o sistema familiar prossigo no caminho da complexificação dessa categoria no “tear dos fios” na subcategoria que emergiu dos dados.

5.2.8.1 A subcategoria “*A importância do respeito na relação familiar*”

A compreensão sobre o respeito na relação familiar permeia as fronteiras das inter-relações intergeracionais do sistema familiar, em cujas transações ocorrem mediadas por negociações no espaço fronteiro do desenvolvimento de suas regras e normas próprias que lhe são permitidas.

Sobre essa compreensão Relvas (1996, p. 93) refere:

Em termos sistêmicos a hierarquia consiste no fato de que cada indivíduo ocupa um lugar numa estrutura, tendo alguém acima e alguém abaixo, o que não implica que quem se coloca numa posição baixa não detenha uma margem de poder – como é fácil de deduzir se se pensar na causalidade circular e no papel das interações como elementos de organização sistêmica.

Na organização hierárquica familiar, temos no nosso cotidiano culturalmente assimilado que as gerações mais velhas ocupem uma posição mais alta na hierarquia do sistema em relação às mais novas. E nesse processo hierárquico existe uma relação de poder que é exercido de cima para baixo, ou seja, dos pais para os filhos. O poder aqui é compreendido como influência relativa de cada membro da família na execução de tarefas (MINUCHIN, 1982). Esse poder, no entanto, não é estático e evolui com o ciclo vital, transformando-se e adaptando-se ao desenvolvimento dos subsistemas constituintes da família.

Essa hierarquia do sistema familiar foi identificada em todas as nove famílias deste estudo, em níveis diferenciados para cada subsistema individual familiar, uma diferenciação apoiada nos variados níveis de necessidades manifestos no contexto familiar. Essas necessidades eram de proteção, manutenção, provimento de recursos, segurança, amor, valorização pessoal-social e respeito.

Assim, havia “trocas de papéis” entre gerações, especialmente das *pessoas índices* com seus filhos, netos e/ou outros sistemas parentais, trazendo às vezes sentimentos de perda de “poder” na organização hierárquica para tais sistemas. No entanto, essa pronunciada perda era relativizada pela família, de modo que o que estava sendo considerado era a manutenção da funcionalidade do sistema familiar enquanto unidade evolutiva dos seus integrantes, na consideração da individualidade no todo. Por outras palavras, essas famílias percebiam suas restrições individuais nos diferentes graus de subordinação na sua organização.

(...) ele é o patriarca da família, o responsável pela família e aí se sente sendo controlado por um filho (...) ele poderá pensar: “na verdade eu é que poderia estar falando isso e está sendo o contrário” (...) (Família F – Filha 2, Ta)

Percebe-se aí a preocupação da filha em relação ao pai, a mudança de posição na hierarquia da família devido às limitações impostas pela doença crônica, o envelhecimento, os filhos já adultos mais autônomos, um somatório de fatores que dão novas características ao sistema familiar. A preocupação dessa filha esteve presente em todas as famílias participantes deste estudo.

Essa preocupação também se reveste em cuidado familiar na busca de promover o tratamento do diabetes mellitus, de “disciplinar” o comportamento do outro, pessoa portadora de diabetes, à guisa de controlar a doença, por vezes tratando este subsistema que detém uma bagagem histórico-social construída ao longo de sua evolução como pouco “capaz” de gerir hierarquicamente o sistema familiar e a si mesmo, especialmente quando o assunto envolvia a doença crônica.

No entanto, pecebia que o processo de mudança em tais famílias ocorria de maneira circular-recursiva, numa influência intergeracional mútua. Tal influência permeava os níveis de necessidades das famílias como mencionado anteriormente, gerando motivações autônomas dos subsistemas individuais para garantir o sistema familiar na sua unicidade e integralidade. Assim, mobilizavam-se em torno das mudanças de papéis normativos definidos culturalmente para reestruturá-los de modo a atender as necessidades da dinâmica familiar no processo de conviver com a cronicidade imposta pelo diabetes. Assim procedendo, essas famílias promoviam um ciclo de reforço mútuo para o *como se comportar* e *como interagir* com o outro (TURNER, 1999).

Nesse contexto, pude observar que novas estratégias eram enlaçadas pelas famílias diante da doença, especialmente no que se refere ao “trato” na convivência no ambiente domiciliar, como expresso na fala abaixo:

(...) esse povo tem uma preocupação comigo que parece que eu sou um bebê. Aqui ninguém conversa mais alto do que eu, diz que nada é pra eu tomar raiva, ninguém discute, é aquelas coisas, é a comida, tudo, eu sou que nem menino de vontade: se eu dizer “eu quero ir pra tal canto hoje” (“Ro”) “vai mãinha”, se eu falar que quero aquilo, eles têm muito carinho comigo demais, demais. (Família I – Filha, De)

Nesse processo de convívio domiciliar, o cuidado envolvia também situações de concessão aos desejos dos genitores para de alguma forma promover bem-estar, com reflexo na melhoria do estado de saúde e controle das complicações agudas e crônicas da doença na dinâmica familiar. Por exemplo: na fala acima, o sistema parental familiar se unia para manter um ambiente mais “estável” aos valores e papéis familiares de respeito aos seus subsistemas hierarquicamente superiores. Por outro

lado, no caso específico da *família I*, esse processo cuidativo era tão intenso que “*De*” se dizia sentir uma criança mimada, porém num sentido de amor, atenção e respeito dos filhos por ela, pois dizia também “aqui ninguém conversa mais alto do que eu, diz que nada é pra eu tomar raiva, ninguém discute, é aquelas coisas (...)”.

Esse comportamento estrutural adotado pela *família I* também se vê nas demais famílias deste estudo, em graus variáveis, mas sempre como o cuidado familiar no controle da doença e na promoção da saúde sendo a meta sempre a alcançar. Esse aspecto remete à compreensão da influência socioeducativa-cultural dos genitores aos filhos ao longo do seu desenvolvimento e que se vai ajustando no desenrolar das suas histórias de vida compartilhada, reforçando sua influência intergeracional mútua como dito anteriormente, reforçado por Relvas (1996, p. 96): “a parentalidade balança entre a satisfação, o enriquecimento afetivo e social e alguns custos emocionais e materiais”.

As influências recursivas desencadeiam no sistema familiar respostas às necessidades de adaptações, na reorganização dos subsistemas no contexto em que é especificado pela estrutura da família, sendo importante para essas famílias que haja hierarquia, e que as fronteiras entre seus subsistemas sejam claramente definidas, porém com flexibilidade comunicacional. Em outras palavras: que regras e padrões decorram de negociação.

As regras são constituídas pela escala de valores, mas também por costumes adquiridos. Os valores constituem o “acervo cultural do grupo, regulando de uma forma implícita ou explícita a vida familiar” dos quais emergem “as normas que regulam a vida familiar” (GIMENO, 2001, p. 149). E ainda segundo a autora, “a transmissão dos valores pode ser implícita ou explícita, mais rígida ou telerante, mais ou menos partilhada, mas a vida familiar estrutura-se sempre a sua volta”, de modo que, entre outros aspectos, “facilitam a própria configuração da identidade familiar e o sentimento de pertença” (GIMENO, 2001, p. 151-2).

Assim, percebi que as inter-relações dinâmicas das famílias deste estudo se moldam a determinadas diretrizes envolvendo os valores nos quais assentam sua estrutura de funcionalidade no convívio cotidiano.

(...) é amor demais, mas vale a pena acho que foi pela boa educação e estudo que demos a eles não é como as coisas está hoje (...) (Família E – Pessoa índice, idoso diabético – La)

(...) a maneira da educação que nosso pai, como meu pai e minha mãe sempre passou pra todos nós irmãos, pra mim no caso eu vejo a importância de que como ele foi, pelo jeito dele trabalhar, a honestidade dele faz com que a gente venha a ser também sério pra trabalhar, ter educação, como falar com as pessoas, porque hoje em dia é difícil, né? Não são todos, nós temos que ter educação, temos que ser prestativos, temos que olhar um vizinho ou um amigo, sempre tá ali compartilhando por mais que seja a necessidade um do outro temos que ajudar (...) (Família F – Filho 1, Di)

(...) os meus sentimentos, eu acho que é uma resposta assim, que eu própria não poderia nem dá direito, mas a satisfação dele de sentir se realmente os filhos dentro de casa tão ajudando ele (...). (Família F – Filha 4, Ne)

(...) eu moro hoje com minha mãe aqui nesta mesma rua e toda hora eu tou aqui, sou eu quem faz tudo pra vó, tiro o dinheiro da aposentadoria, faço as compras dela, levo pra o médico, vou buscar remédio dela. (Família C – Neto, Ad)

A interiorização do sentimento de respeito e valorização do sistema familiar pelos seus subsistemas individuais foi uma característica perceptível na observação naturalista realizada nas famílias deste estudo. Nas falas acima os sentimentos estão alicerçados nas histórias de vida dessas famílias, na construção de seus valores morais e suas condutas éticas intergeracionais, registrando suas origens na justiça, lealdade, verdade, preservação e cuidado com o outro, amor e respeito. Aqui a natureza do acoplamento estrutural nessas famílias resultante de suas histórias biológica e social. E nesse processo, segundo Maturana e Varela, “como seres humanos só temos o mundo que criamos com o outro [...] o outro como um igual” e que como seres biológicos “sem amor, sem aceitação do outro, não há fenômeno social” (MATURANA & VARELA, 2005, p. 268-269).

Na teia intergeracional cognitiva, afetiva e de conduta dessas famílias em seus subsistemas autônomos existe a consciência implícita e explícita dos valores e papéis no emaranhado relacional de negociações para a manutenção da vida familiar em atitudes de respeito e tolerância nas características do *self* de cada subsistema, como se pode observar nas falas abaixo:

É importante o filho ter uma boa relação com o pai, com a mãe quando eles são diabéticos ou quando são portadores de qualquer tipo de doença, porque tem que estar sempre ali presente, nunca ausente, né, com eles. (Família D – Filho, Ab)

(...) viver aqui com minha filha, a neta e o bisnetinho é viver, viver bem.
(Família G – Pessoa índice, idosa diabética – Ol)

Graças a Deus meus filhos é muito bom, muito bom, não tem assim questão, assim pra dizer eu não gosto de fulano que é isso, é aquilo vai brigar, vai reclamar, vai tirar pergunta não, não todos são bons pra mim. Até os deles (do primeiro casamento) os que eu criei também me respeita muito. (Família H – Pessoa índice, idosa diabética – Ma)

(...) eu falo: “olha só, voinha, eu sei que não é fácil, mas a senhora dê graças a Deus porque tem eu, tem a minha mãe, minhas irmãs, tias que cuidam” (...)
(Família I – Neta, Ro)

*(...) quando eu olho que vejo cada pedaço de mim no canto da casa que é meus filhos não tem como andar triste. Aí quando os netos vão chegando (...)
aí é a alegria de minha vida, aí pronto eu vivo alegre, graças a Deus (...)*
(Família I – Filha, De)

Em tais falas, o sentimento de pertença é uma característica forte na organização do sistema familiar, que, por sua vez, comporta-se ao mesmo tempo tanto em sua globalidade como na individualidade diante da intergeracionalidade.

Essa coexistência de três e até quatro gerações em famílias deste estudo tem mostrado a importância da organização hierárquica nesse sistema e como as pessoas mais idosas e portadoras de doença crônica renovam quotidianamente sua vontade de viver através das gerações mais novas, como filhos, netos e bisnetos. Esse sentir-se renovado do *ser pessoa idosa*, no meu entender, se dá através da corrente fluídica de afeto, amor, carícias e cuidados existentes entre eles, sentimentos que ao longo do processo de investigação e observação naturalística tive a satisfação de registrar, além do enriquecimento de aprender na intersubjetividade que permeava o processo investigativo do estudo.

Tal percepção da relação intergeracional que tive também encontra ressonância em Alarcão: “avós e pais sentem-se mais acompanhados, entre os novos que lhes dão continuidade e os antigos que lhes deram a vida” (ALARCÃO, 2006, p.187). Fortalecendo esse enxergar muitos outros autores já disseminaram também suas idéias a respeito, como Wright & Leahey (2002); Elsen, Marcon & Silva (2002); Alvarez (2001); Gimeno (2001); Relvas (1996); Pimentel (2001); Carter & McGoldrick (2001); Silva, Gonçalves & Costa (2006) entre outros.

Assim, para além do que se considera obrigatório no cuidado aos mais velhos, nas famílias deste estudo o cuidado intergeracional na sua organização hierárquica se mostrou como uma relação de mudanças e trocas que garantem a satisfação e gratificação de ser-se família na continuidade de sua gênese, na atenção às necessidades da rede inter-relacional do sistema familiar de forma solidária, recíproca e entremeada de sentimentos afetivos, embora também pudessem emergir situações “estremecedoras” na inter-relação familiar como se observa na fala de “Ma”:

(...) meu neto nem a bênção me toma (...) ele não dorme aqui, dorme na casa da sogra dele, chega aqui de manhã nem a bênção me toma, chega de manhã eu tou sentada aqui lavando o rosto entra aqui e nem a bênção me toma.
(Família B - Pessoa índice, idosa diabética Ma)

Mas como já visto anteriormente em categorias precedentes, esse sentimento de “Ma” não gera no sistema familiar uma relação de conflito, demonstra sua necessidade pessoal de sentir-se respeitada pelo neto no ato de lhe tomar a bênção. Descobri que tal desejo, no entanto, residia num valor cultural transmitido por tradição familiar: “*foi assim que mim crei*”. Então, se fora assim com os seus pais e avós, desejava receber o mesmo do neto. No entanto, esse não era considerado um dos valores prioritários dessa família, o mais importante era o cuidado dispensado pelo neto e sua esposa às necessidades de atenção e sustento dos avós. Por isso, o comportamento do neto reclamado por “Ma” se localizava dentro do que se pode chamar de valores não-morais. Em outras palavras, se relacionava a preferências, como “os estilos e os gostos” dentre outros os quais “proporcionam uma gratificação, embora não tenham um caráter normativo” (GIMENO, 2001, p. 151).

O emergir de aspectos dessa natureza neste estudo vem demonstrando a complexidade da dinâmica de relações familiares e a necessidade de constante vigília na maneira de ver o mundo e aqui mais uma vez reporto-me a Maturana e Varela em sua obra *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*, 2005.

Disse no início desta categoria que procuraria aqui ser capaz de alcançar a complexidade da organização hierárquica das famílias. Penso que, apesar do esforço, a

complexidade que enlaça o sistema familiar mostra o quão difícil é emergir deste “oceano” de descobertas porvir; por outro lado, acredito que os dados emersos desta categoria mostram como estas nove famílias se estruturam hierarquicamente em sua dinâmica de relações intergeracionais para conviver com a doença crônica diabetes mellitus.

Por fim, assim como o sistema autopoietico sofre mudanças estruturais contínuas mas consegue manter seu padrão organizacional, também a família mostra-se um sistema que muda sua estrutura mantendo a sua organização em situações de enfrentamento, neste caso específico, os problemas advindos da doença crônica diabetes mellitus.

Penso que se pode compreender melhor essa complexificação à luz do ensinamento de Capra (2002, p. 50):

Todo organismo vivo se renova constantemente, na medida em que suas células se dividem e constroem estruturas, na medida em que seus tecidos e órgãos substituem suas células num ciclo contínuo. Apesar dessa mudança permanente, o organismo conserva a sua identidade global, seu padrão de organização.

Convicta da validade de tal conceito, penso ser este o olhar a direcionar à família, por seus múltiplos níveis hierárquicos, e que neste estudo mostrou a complexidade do grau de sua hierarquia estrutural.

CAPÍTULO 6

A COMPREENSÃO DA DINÂMICA DO SISTEMA FAMILIAR E O DIABETES MELLITUS TIPO 2: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lá onde se espera encontrar o simples,
está o complexo, o infinitamente complexo
(Pombo, 2004)

Neste estudo, “A Dinâmica de Relações da Família com o Membro Idoso Portador de Diabetes Mellitus tipo 2, ficou evidenciado como se dá o enlaçamento das inter-relações familiares no âmbito domiciliar com a convivência do diabetes mellitus tipo 2 com base nas experiências comuns vivenciadas pelas famílias e seus subsistemas de forma conjunta.

Assim, a inquietude inicial que partia de minha experiência de *ser* profissional de saúde e movida pela questão norteadora do estudo: **Como se desvela a dinâmica de relações familiares no convívio com o idoso portador de Diabetes Mellitus tipo 2?** Foi desvelada e a tese que defendo é: **“a dinâmica das relações intergeracionais familiares influenciam o processo de viver da pessoa idosa, que por sua vez se reflete no viver da família num processo de retroalimentação que mantém o funcionamento do sistema familiar”**.

Para confirmar essa tese louvei-me na compreensão da família como sistema aberto e deixei emergir os fundamentos teórico-filosóficos que permeiam tal sistema em sua complexidade, contextualidade, multidimensionalidade e intersubjetividade. Aspectos que ao longo deste percurso pelo pensamento sistêmico foi sendo desvelado para a compreensão deste sistema chamado família.

A presença do diabetes mellitus na vida de um membro familiar trouxe mudanças para o processo de viver do todo familiar. Nesse processo, as famílias

responderam de *multiversas* maneiras, mas sempre num movimento circular dentro do sistema familiar que se movia em torno do cuidado à saúde da pessoa idosa portadora de diabetes mellitus, de modo que as influências entre os subsistemas da família eram recíprocas, organizando-se para manter o controle da doença, em que o movimento tomava uma forma de espiral, aumentando conforme as necessidades do sistema familiar. A doença era assimilada no contexto familiar como algo que fazia parte do seu universo vivencial. Estava explícita a dinâmica das inter-relações do sistema familiar, daí a configuração do objetivo deste estudo: *Desvelar e compreender a dinâmica das relações da família com o idoso portador de Diabetes Mellitus tipo 2, com vistas a inclusão da assistência familiar no sistema público de saúde.*

Para alcançar tal objetivo, apoiei-me na abordagem qualitativa e no olhar sobre a interdisciplinaridade nos pressupostos epistemológicos do novo-paradigma da ciência pós-moderna, por arceditar que essa abordagem permitiria maior compreensão e aproximação da dinâmica de inter-relações do sistema familiar em sua dimensionalidade contextual com a situação da doença crônica diabetes. Por isso direcionei a pesquisa de campo para o âmbito doméstico, pois compreendia que as pessoas que atuam diretamente sobre o sistema familiar (membros parentais) exercem influência real ou simbólica na estrutura organizacional dos vínculos no sistema familiar, influenciando sua dinâmica. Assim, optei por realizar entrevistas em profundidade, genograma e ecomapa, ferramentas alicerçadas pela observação naturalística desenvolvida na perspectiva de Lincoln e Guba (1985), que convergiu numa metodologia de análise de categorias criadas a partir do próprio discurso das famílias, seguindo o modelo interativo sugerido por Huberman e Miles (1984), como descrito no capítulo 4.

Do resultado dessa análise emergiram oito grandes dimensões que expressaram o movimento circular e em espiral das inter-relações dinâmicas das famílias e que foram sendo configuradas em categorias e suas ramificações. Quais sejam: 1) implicações da doença na dinâmica familiar; 2) as influências externas no processo da mudança; 3) a família na busca do “balance” na sua dinâmica; 4) a família e o contexto de suas relações circulares; 5) o sistema familiar e a necessidade de retroalimentação; 6) estratégias de adaptação da família à doença; 7) a família e suas relações de

parentesco – maneiras que buscam para garantir o cuidado; 8) a relação intergeracional na dinâmica familiar, mostrando como se desenvolve a dinâmica familiar no cotidiano de suas inter-relações ante o diabetes mellitus.

Essas categorias se atraíram como se fossem partículas de energia - ímãs, porém mantendo caráter autônomo e fundamentado num acoplamento estrutural (MATURANA & VARELA, 1979, 2005; LASZLO, 1987; CAPRA, 1996, 2002). Compreenda-se a expressão “atraíram-se como ímãs” pela maneira de imbricamento em que as inter-relações familiares conduziram a interpretação dos resultados do estudo. Esse processo interpretativo, na medida em que ocorria conduzia reflexões sobre a compreensão do sistema familiar como um holograma (MORIN, 1977).

Assim, cada categoria enlaça novas dimensões que derivam em suas subcategorias que se vão ramificando e conectando-se em redes que traduzem o significado familiar da vivência com a doença, como uma rede neural e suas sinapses, para ficar mais claro. Essa reflexão se assenta na premissa dos princípios sistêmicos e na sua complexidade na maneira como as famílias e seus subsistemas individuais desenvolvem *multiversas* maneiras de viver com a cronicidade do diabetes mellitus.

Neste estudo identifiquei que o viver do sistema familiar com o subsistema individual, a pessoa idosa portadora de diabetes mellitus tipo 2, ocorre de maneira intergeracional e que ao longo desse desenvolvimento as relações vinculares dos subsistemas que coabitam se entrelaçam.

Tal entrelaçamento é desenvolvido num processo no qual o todo familiar se sente responsável pelo cuidado com a saúde de seus membros e, especialmente, da pessoa idosa, mas verifiquei também que as tarefas do cuidar ocorriam de forma assimétrica, pois eram assimiladas de formas diferentes por cada subsistema, pesando mais sobre aqueles mais próximos por afetividade, com mais conhecimento sobre o tratamento do diabetes e também pelos papéis estruturais e funcionais que adquiriam consoante a sua posição dentro da estrutura familiar como aquele subsistema considerado cuidador principal.

Percebi também que o sistema familiar se reorganizava através de suas negociações internas, cognitivas e comportamentais quanto a ajudarem-se uns aos outros nas tarefas básicas da vida diária para a promoção e manutenção dos cuidados

ao sistema familiar em sua globalidade; essa reorganização ocorria através de uma “rede invisível”, como ensina Minuchin (1979), uma vez que as negociações implícitas e explícitas entre os membros da família envolviam, dentre outros aspectos, a mudança de hábito alimentar familiar para uma alimentação hipoglicídica e hipolipídica, a ponto de provocar crises de hipoglicemia em alguns subsistemas não-diabéticos.

Outro aspecto também identificado dizia respeito a evitar situações geradoras de tensão e/ou preocupação no sistema familiar que afetassem direta ou indiretamente a saúde da pessoa idosa para evitar episódios de hiperglicemia correlacionados ao aspecto emocional, situações já enunciadas no capítulo precedente.

Esse enovelamento de inter-relações remete ao primeiro objetivo específico deste estudo: *identificar a organização da família onde se desenvolvem as relações de cuidado familiar* para o qual muito contribuiu a elaboração do genograma com a exposição dos vínculos (psicofigura de Mitchell) como instrumentos de configuração dos sistemas familiares e suas relações.

Por seu turno, esses aspectos enlaçam o segundo objetivo do estudo: *conhecer como o diabetes mellitus tipo 2 em membro idoso interfere na dinâmica relacional da família*, na medida em que demonstraram os padrões transacionais e inter-relacionais de convivência no domicílio com a cronicidade do diabetes mellitus, e em decorrência as estratégias de mudanças que o sistema familiar inseria em sua dinâmica de relações com a pessoa idosa portadora de diabetes para garantir o “balance”.

Nesse momento, no contexto familiar surgia a redefinição de troca de papéis na organização hierárquica do sistema familiar para garantir os cuidados e a manutenção do sistema para a sua funcionalidade estrutural. Essa troca de papéis ocorria entre cônjuges, filhos, netos ou outros subsistemas parentais e dependia do envolvimento afetivo e do grau de conhecimento sobre a doença que tinham. A troca de papéis para essas famílias tinha a função de gerência e execução do cuidar da saúde e na prevenção das complicações agudas e crônicas do diabetes, uma vez que a compreensão de hierarquia para as famílias estava alicerçada nas suas histórias de vida consolidada no respeito pelas pessoas mais velhas do sistema familiar através de valores culturais, morais e de conduta ética. Assim, a troca de papéis era assimilada de maneira relativizada pela família, a pessoa idosa era vista como o subsistema evolutivo

dos seus integrantes, que nutriam sentimentos de satisfação e gratificação de forma solidária, recíproca e entremeada de sentimentos afetivos.

O processo de cuidar para essas famílias envolvia freqüentes adaptações na dinâmica de relações na estrutura familiar que emergiam: das necessidades de garantir os cuidados; do significado que atribuíam à doença e da necessidade de melhor conhecê-la; dos vínculos com os profissionais de saúde das unidades locais possibilitando-lhes mais fácil acesso aos serviços e inserção do cuidado no contexto familiar em sua totalidade e não individualizado ao portador do diabetes; de um suporte de apoio social; de melhores recursos financeiros para o tratamento da doença; de atividades desportivas e de lazer.

Esse processo era complexo e cercado de imprevisibilidades dentro do sistema familiar e também cingido pela co-evolução, autonomia, auto-organização, acoplagem dos subsistemas, capacidade criativa e de resiliência dessas famílias. Nesse sentido, busquei a complexificação da existência deste processo para o sistema familiar, para compreendê-lo em sua singularidade, através dos seguintes aspectos: necessidades de garantir os cuidados; significado que atribuíam à doença e necessidade de conhecê-la; vínculos com os profissionais de saúde das unidades locais e possibilidade de acesso aos serviços e da extensão do cuidado ao contexto familiar em sua totalidade e não restrito ao portador do diabetes; suporte social; melhores recursos financeiros para o tratamento da doença e atividades desportivas e de lazer.

- Necessidades de garantir os cuidados.

A compreensão que obtive desta necessidade familiar assentava-se no que as famílias referiram sobre a mudança dos hábitos alimentares do todo familiar como estratégia de cuidados à pessoa idosa portadora de diabetes. A adoção dessa estratégia embora provocasse no sistema familiar um desvio do processo saúde doença por causar em alguns membros a diminuição da taxa de açúcar no sangue em virtude da busca do “equilíbrio”, ou seja, da normoglicemia na pessoa idosa, estes, por seu turno, desenvolviam um comportamento de aceitação se readaptando num *continuum* para que o controle do diabetes fosse assegurado.

- Significado que atribuíam à doença e necessidade de conhecê-la.

O diabetes era compreendido por todas as famílias deste estudo como *açúcar no sangue*, significado que resultava de uma construção sociocultural que encontra ressonância nos recortes de discursos da biomedicina. A doença era entendida como um evento que não tem cura, que afeta o corpo e produz complicações, como amputação de membros, a mais referida pelos subsistemas familiares. Depois vem a percepção cognitiva do seu corpo, um diagnóstico por profissional de saúde, uma falta de conhecimento sobre a doença e a não-aceitação do diagnóstico. Estava implícito que as representações a respeito do conhecer a doença encontravam-se no imaginário coletivo das famílias, e também as maneiras de cuidar a doença que era reconhecida na estrutura intrafamiliar como o ambiente no qual seus subsistemas são cuidados. Esse ambiente domiciliar se mostrava como o espaço relacional em que se estabelecia uma rede complexa de inter-relações intersubjetivas e interdependentes entre seus subsistemas num processo dinâmico de conviver com a doença.

No entanto, a família desejava saber mais sobre a doença para poder exercer um cuidado mais específico quanto ao tratamento, controle e prevenção das complicações agudas e crônicas do diabetes. Tal necessidade se mostrava no contexto das inter-relações do sistema familiar e como uma dimensão essencial a ser alcançada para a realidade vivencial familiar no seu cotidiano de convivência com a doença.

Compreendiam que para ter êxito contra a doença crônica o cuidado profissional deveria expandir sua dimensionalidade de forma a contemplar a família como unidade de cuidados para seus membros, e que essa dimensionalidade pudesse enxergar a família em sua complexidade de forma a identificar as suas necessidades, e entre estas, o conhecimento sobre o diabetes, por entenderem que a doença faz parte da globalidade do sistema familiar, embora esteja numa de suas partes, mas a parte está contida no todo e vice-versa. Demonstraram assim, a existência de vínculos distantes e superficiais no significado que atribuíam às suas interações relacionais construídas com os profissionais de unidades de saúde locais por entenderem que eram percebidas por estes de forma fragmentada ou parcelada, quando na sua essência não o são.

- Vínculos com os profissionais de saúde das unidades locais e possibilidade de

acesso aos serviços e da extensão do cuidado ao contexto familiar em sua totalidade e não restrito ao portador de diabetes.

O destaque enunciado abraça o anterior ao tempo que transcende para a dimensão do direito ao acesso universal e igualitário ao serviço público de qualidade, equidade, unicidade e integralidade, pressupostos do Sistema Único de Saúde, SUS, uma vez que atender as necessidades e os anseios da população foi a motivação básica de sua criação (CAMPOS, 2003).

O aspecto acessibilidade apareceu no estudo como um fator causador de desestabilização do sistema familiar que busca por atendimento à saúde da pessoa idosa portadora de diabetes na unidade de saúde local e se depara com a dificuldade de acesso ao serviço, com a pouca sensibilidade dos profissionais de saúde diante de suas necessidades de cuidado familiar, com a falta de informação sobre a doença, com a fragmentação da família, com dificuldades de aproximação vinculares com os profissionais e com a unidade de saúde. São aspectos já evidenciados na literatura nacional e ressaltados pela OMS (2003) como situações a serem ultrapassadas com vistas a obter o controle das doenças crônicas e a prevenção de suas complicações, estes já evidenciados no capítulo anterior.

Percebi que, embora enfrentando essas dificuldades as famílias conseguiam manter todos os cuidados no âmbito doméstico e seu papel de promotora de cuidados para seus subsistemas, movendo-se para adaptar-se às necessidades impostas entre a estabilidade e a mudança, num mecanismo de “*balance*” no meio relacional no qual construía com seus subsistemas, uma rede de relações que lhe permitia manter os cuidados se reorganizando num *continuum* vivencial cotidiano e mostrando suas potencialidades enquanto unidade promotora de saúde para seus membros.

- Suporte social

Este foi outro aspecto evidenciado neste estudo que emergiu das falas das famílias quando solicitavam algum serviço de apoio para atender suas necessidades de cuidados. Percebi, no entanto, que a compreensão dessas famílias sobre o suporte social se voltava para a solidariedade humana encontrada na rede de vizinhança e no papel social do agente comunitário de saúde do bairro. Outros aspectos também

mencionados diziam respeito ao serviço público de saúde para aquelas famílias que haviam conseguido manter um vínculo de proximidade, e aos meios de comunicação como *input* de energia no sistema.

A partir desse suporte social no qual as famílias mantinham suas fronteiras abertas para além do sistema familiar, expandindo-se para a rede mais extensa, possibilitava à vizinhança e ao agente comunitário de saúde da microárea atuarem colaborando em tarefas de cuidados nas suas atividades da vida diária. No desenvolvimento dessas atividades, emerge então o que Sluzki (1997) chama de inserção comunitária e de práticas sociais nas relações interpessoais de ajuda, aspecto enfatizado também por Relvas (1996), quando considera que toda e qualquer família necessita de uma boa rede de suporte comunitário. Neste estudo percebi que os vizinhos e o ACS são partes integrantes da família e por vezes são considerados com grau de parentalidade pela sua contribuição na estrutura de cuidados na organização do sistema familiar.

Nessa rede comunitária de cuidados o agente comunitário de saúde se tornou o subsistema individual de reorientação da concepção do modelo de atenção à saúde, de discussão com as famílias sobre seus problemas de saúde, de apoio no autocuidado aos subsistemas individuais numa dimensão de transformação social das famílias (SILVA & DALMASO, 2002) e, de certa forma, colaborando para estreitar os laços de proximidade entre a comunidade, os serviços de saúde e os profissionais, embora de forma ainda tímida para a grande maioria das famílias.

- Melhores recursos financeiros para o tratamento da doença.

O diabetes mellitus era considerado uma doença de alto custo para as famílias, comprometendo uma parcela significativa da renda familiar para atender as necessidades de cuidados alimentares e medicamentosos, este último relacionado às comorbidades, cujo tratamento exige fármacos não fornecidos pela rede pública de saúde.

Nesse sentido, percebia o quão difícil era para essas famílias gerenciar os escassos recursos que tinham, na sua maioria de aposentadorias ou pensões de um salário mínimo mensal para manter o lar e custear o tratamento das doenças. A

escassez de recursos afetava toda a família que se via mutuamente imbricada na falta de recursos para sobreviver. No entanto, buscava alternativas às suas necessidades, de modo que alterações mínimas produziam efeitos contributivos no sistema familiar de maneira a retroalimentar o sistema. Uma das alternativas mais evidenciadas centrava-se nas estratégias adaptativas alimentares, um aspecto que era mencionado pelas famílias como de maior importância para o tratamento da doença em que o todo familiar encontrava-se fazendo parte num processo que descrevi como de caráter fluídico dinâmico e recursivo.

Outra situação evidenciada foi o que um subsistema familiar manifestou como indicativo para o apoio familiar nutricional, fazendo referência à estratégia do Programa de Tuberculose instituído pelo Ministério da Saúde, Brasil, que oferecia a dieta nutricional como auxílio ao tratamento da doença, considerando que essa estratégia poderia ser também direcionada à família de pessoas diabéticas de poucos recursos para tal. Isso me fez ver como o convívio familiar com o diabetes mellitus proporcionava em alguns subsistemas sentimentos de tensão e conflito que envolviam o todo familiar pelo mecanismo de recursividade e pela necessidade de manter a estrutura organizacional da família.

Identifiquei ainda que os aspectos que enlaçam a falta de recursos para o cuidado familiar têm atitude de transversalidade e complexidade no quotidiano da dinâmica das famílias, afetando o processo de seu viver humano numa dimensionalidade que transcendia o tratamento da doença, alcançando o viver social familiar de todos os seus subsistemas.

- Atividades desportivas e de lazer

Indubitavelmente, este item está cingido nos preliminares e foi enunciado pelas famílias como uma necessidade ao tratamento do diabetes mellitus do subsistema idoso portador da doença e dos demais subsistemas da unidade familiar como colaboradores. Evidenciei ser este um desejo para o cuidar familiar e que deveria ser promovido pelo sistema de saúde através de atividades desportivas em centros comunitários, quadras polidesportivas, na unidade de saúde local e noutros ambientes que pudessem ser utilizados com tal finalidade; para tanto, que tivessem a orientação

de profissionais envolvidos com o tratamento e controle do diabetes. Constatei que a atividade de caminhar era a única orientação que a maioria das famílias tinha sobre o exercício físico para o controle da doença, desconhecendo riscos e benefícios, uma vez que seus conhecimentos sobre o tratamento eram limitados. Percebi, ainda, que para desenvolver essa atividade o aspecto motivação era uma característica a ser considerada também, pois convergia para o que a família solicitava: um espaço com profissionais para motivá-los. Considerando as dificuldades para aderir a atividades desportivas, o lazer das famílias se limitava à prática religiosa, na qual elaboravam mecanismos de retroalimentação do sistema familiar para fortalecer suas forças, esperança e intercâmbio inter-relacional com outros subsistemas.

Nesse processo de desnovelamento desenvolvido e de sobreposições, *identificar a vivência da cronicidade do diabetes mellitus tipo 2 no sistema família*, ou seja, o terceiro objetivo do estudo na compreensão da dinâmica de inter-relações da família.

Por fim, entendo que, a despeito da complexidade que enlaça o sistema familiar e sob o risco da intangibilidade em alcançar a sua essência, suponho que o pensamento sistêmico pela sua integralidade permitiu chegar mais próximo desse complexo universo, porém ciente de que a caminhada prossegue, pois compreendendo ser a família um sistema aberto e dinâmico, e como tal em constante processo de mudança, exigirá um *continuum* olhar sobre o devir por uma maior compreensão, melhores formas de trabalho e abordagens contemplativas que possam chegar o mais próximo de sua essência. Nesse sentido, este estudo demonstrou que existem algumas reflexões que precisam ser consideradas para despertar a consciência do cuidador profissional aos modelos pessoais que influenciam a família e ajudam a compreender sua dinâmica de relações com o diabetes mellitus no domicílio:

- Refletir sobre o crescente envelhecimento da população brasileira.
- Refletir sobre o aumento do diabetes mellitus na população.
- Refletir sobre o potencial da família como unidade de cuidado para seus subsistemas.
- Refletir sobre a integralidade ante a disjunção do saber, caminhar pela via da interdisciplinaridade.
- Refletir sobre a complexidade, instabilidade, contextualidade e

intersubjetividade que enlaçam o pensamento integrador.

- Refletir sobre *ser* parte e todo ao mesmo tempo, em conexão num universo de relações que incluem um conjunto de vínculos interpessoais que não se limitam a uma estreita rede de relações, mas se estendem a um universo interconectado de inserção sociocomunitária.
- Refletir sobre a necessidade de inclusão da assistência familiar no sistema público de saúde - SUS, como meta a ser perseguida de forma a transcender a abordagem dos programas setoriais para uma abordagem que encontre respostas efetivas para as demandas da sociedade com políticas públicas transversais objetivando equidade, integralidade e universalidade do cidadão e da família em sua globalidade contextual.

No processo de interiorização dessas reflexões, avançar com vistas a considerar que:

- Pensar o SUS é conceber que os usuários, ou mais abrangentemente, os cidadãos brasileiros, em destaque neste estudo os subsistemas individual e familiar, precisam ser vistos em suas singularidades e contextualidade sociocultural e não compartimentados em programas que não se transversalizam e conservam um enfoque biomédico alicerçado num paradigma fragmentador da ciência tradicional em detrimento de uma concepção integradora interdisciplinar com ações pró-ativas perante indivíduos, família e comunidade. Acredito que isso conduzirá a práticas profissionais mais humanas, com vínculos mais estreitos de proximidade e integração, contrariamente ao distanciamento vincular entre profissionais de serviço público de saúde e as famílias estudadas, conforme seus próprios relatos.
- Pensar o Sistema Público de Saúde também é ultrapassar a óptica da atenção básica para uma atenção de acessibilidade de fato e de direito, nos princípios do SUS. Para tanto, repensar significados como vínculo de cuidados; integralidade; planejamento e gestão de serviço; trabalho integrador entre equipes de saúde; contextualidade territorial e na comunidade; co-responsabilidade entre equipe de saúde, comunidade e famílias; integralidade social, respeito e compromisso moral

e ético, aspectos enunciados nas entrelinhas das falas dos entrevistados deste estudo, e que encontram eco numa gama de estudiosos da área sanitária e estudiosos do SUS em nosso país.

- Pensar o SUS no enlace integrador é, ainda, entre outros aspectos, repensar a formação profissional alicerçada numa lógica biomédica vigente para transcendê-la a um pensamento alicerçado numa ciência da interdisciplinaridade com vistas à transdisciplinaridade no paradigma da ciência pós-moderna emergente.
- Assim, vencer o desafio de ir ao encontro dos programas de saúde em suas “caixas” para a integralidade – a família como unidade de cuidado profissional não compartimentada e vista em sua globalidade – mas buscando compreender e diferenciar a individualidade dos seus membros para além do modelo americano no qual está centrado o sistema de saúde do Brasil, de forma que o sistema de saúde conceba a família para a atenção em saúde de sua unidade, compreensão que se respalda no histórico de Programa de Saúde da Família instituído no Brasil desde 1994, porém centrado no modelo de Atenção Básica americano, e desta forma enfrentando *multiversas* dificuldades de financiamento, de política de pessoal e de modelo.

No entrelaçamento destas considerações outras se mostram para mim, e num processo dialógico com outros pesquisadores procuro entremear tais reflexões, cujos resultados compartilho com os leitores deste estudo:

- Os serviços públicos de saúde e os profissionais devem exercitar o desenvolvimento de competências pessoais/sociais de proximidade dos indivíduos, ampliando-as ao contexto familiar e tornando-se mais sensíveis e solidários às necessidades desses sistemas. Enfim, primar pela valorização de uma abordagem integrativa, equânime, totalizadora dos cuidados e inter-relações vinculares humanas (BRASIL, 1988; OMS, 2003; CAMPOS, 2003).

- É necessário compreender que “as novas análises produzidas por esta integração interdisciplinar têm de ser postas a serviço da transformação da vida coletiva, social e individual” (POMBO, 2004, p. 65).

- O processo saúde-doença se observa no sistema familiar e não apenas no

sistema individual. Precisa ser compreendido a partir do todo familiar. Reconhecer que pensar em família significa estudar os sintomas manifestos por ela no contexto em que se produzem e também utilizar as “lentes familiares”, aqui entendidas como a capacidade de enxergar e perceber as alterações no relacionamento familiar diante de estados de doença e adaptar-se ou modificar-se através do envolvimento do todo familiar (SILVA, GONÇALVES & COSTA, 2006).

- A doença crônico-degenerativa exige mudanças no subsistema individual e no sistema familiar, tais mudanças demandam adaptações familiares à doença para o “equilíbrio” do sistema, na sua promoção, prevenção e tratamento. O pressuposto apontado pelos estudos gerontológicos, de que grande parte das pessoas idosas não vive sozinha, mas com seus familiares, exige que se volte o olhar para o contexto familiar e admita “o valor do envelhecimento como questão que, para além do próprio idoso e da sociedade em geral, envolve particularmente a família [...]” (RELVAS, 1996, p. 217).

- Assim, é necessário, atentar para a necessidade de suporte social de redes formais de serviços e apoio suplementar às necessidades das pessoas idosas e famílias no âmbito doméstico, uma vez que é clara a falta de serviços formais dessa natureza em nosso país. A percepção enquanto *ser* profissional deve residir no desenvolvimento da “sensibilidade para as variáveis da rede” pois são de “efeito extremamente interessantes” para o cuidar profissional (SLUZKI, 1997, p. 41-59).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAGRUTI. **Jornal Informativo**. Jequié/Ba, ano 1, n. 1, mai. 2002.
- ACKERMAN, N. M. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- AFONSO, Natércio. **Investigação naturalística em educação. Um guia prático e crítico**. Porto, Pt: ASA Editores, 2005.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de saúde suplementar, beneficiários, operadores e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ano 1 (mar. 2006) Dados eletrônicos. Rio de Janeiro: ANS, 2006.
- AGOSTINHO, Manuela; REBELO, Luís. Família: do conceito aos meios de avaliação. **Rev. Port. Clínica Geral**. Portugal, n. 32, p. 6-17. 1988
- ALARCÃO, Madalena, **(Des) Equilíbrios familiares**. 3. ed. Coimbra: Quateto, 2006.
- ALLMOND, B. W.; BUCKMAN, W., GOFMAN, H. F. **The family is the patient**. St. Louis: C. V. Mosby, 1979.
- ALONSO, Ilca Luci Keller. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSÉN, Ingrid; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (org). **Pensando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004.
- ALVAREZ, A. M. **Tenho que cuidar: a vivência do idoso e sua família no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. Florianópolis: Edusfc, 2001.
- ANGELO, Margareth. **O contexto familiar**. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira;
- ASEN, Eia K.; TOMPON, Peter. **Intervención familiar, guía práctica para los profesionales de la salud**. Barcelona: Paidós, 1997.
- DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- ANGERANI-CAMON, Valdemar et al. **Psicossomática e a psicología da dor**. Sao Paulo: Guazzelli, 2001.
- ARIES, P. **História social da criança e da família**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIABETES. **Dados sobre diabetes mellitus no Brasil**. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/imprensa/estatistica/index.php>. Acessado em 18/04/2005.
- ASEN, Eia K., TOMSON, Peter. **Intervención familiar**. Guía práctica para los profesionales de la salud. Barcelona, Buenos Aires, México: Piadós, 1997.
- BATESON, Gregory. **Mind and nature: a necessary unity**. Glasgow, Fontana/Collns, 1979.

- BATESON, Gregory. **Natureza e espírito: uma unidade necessária**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1987.
- BATESON, Gregory. **Steps to an ecology of mind**. 6. ed. Nova York: Ballantine Books, 1972
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Persona 70 Psicologia. 1977.
- BERGER, M., MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas – uma abordagem global**. Lisboa: LOSODIDACTA, 1995.
- BERTALANFFY, von L. The Meaning of General System Theory. In: **General System Theory**. New York: Brazilles, 1968.
- BERTALANFFY, von Ludwig. **Teoria dos sistemas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1977.
- BERTALANFFY, von Ludwig. **Teoria geral dos sistemas**. Petrópolis: Vozes, 1973.
- BERTALANFFY, von Ludwig (1967). **Robots, hombres y mentes**. La psicología en el mundo moderno. Madri: Ediciones Guadarrama, 1971.
- BERTALANFFY, von Ludwig. **General System Thoery**. Nova York: Brasiller. 1968.
- BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Aproximações Teóricas e Conceituais de Família no Final do Século XX. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v.8,n.2, p. 65-75, maio/ago.1999.
- BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Relações familiares. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.8, n.2, p. 229-241. mai/ago, 1999.
- BOFF, Leonardo. **A arte de cuidar**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes comunitários de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**.v.4, n.2, p. 15-25. Suplemento. 1996.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.
- BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
- CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde coletiva**. v.8, n.2. Rio de janeiro, 2003.
- CAPRA, Fritjof. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.
- CAPRA, Fritjof. **As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável**. 4. ed. São Paulo: Cultrix, 2002.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- CARUSO, L.B., SULLIVAN, R.A. Diabetes Mellitus no Paciente Idoso. In: Reichel. **Assistência ao idoso**. Aspectos clínicos do envelhecimento. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara

Koogan, 2001.

CARVALHO FILHO, E.T; PAPALEO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

CASSIANI, S.H.B., et al. A Teoria Fundamentada nos Dados com Abordagem da Pesquisa Interpretativa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.3, p.75-88, dez, 1996.

CERVENY, Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristiana Mercadante Esper. **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CERVENY, Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristiana Mercadante Esper. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CONSELHO BRASILEIRO SOBRE DIABETES. Diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e tratamento do Diabetes Mellitus tipo II. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo, 2001.

COSTA, Ileno Izídio. **A família, a constituição do sujeito e o futuro da humanidade**.

Disponível em:

www.google.com.br/search/p=cache:CbmFhcttbj.www.ufba.br~conpsi/comp. Acesso em 16/11/2004.

CREUTZBERG, Marion; SANTOS, Beatriz Regina L dos. Se a gente não tem família, não tem vida! **Rev. gaúcha de Enfem**. Porto alegre. v. 21, n. esp., p. 102-12. 2000.

CESAR, Luiz Galvão ; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 12 (Supl. 2) : 59-70, 1996.

DELATTRE, P. **Recherches interdisciplinaires**. Objectifs et difficultés. (1973) In: Guimarães, Conceição, Pombo, Olga e Levy (Org). **Antropologia II**, Lisboa : Projeto Mathesis/DEFCUL, 1992, p. 183-212.

DELGADO, Josefa Aida. **Aproximação à compreensão ontológica da família baseada no pensamento de Heidegger**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2003.

DELL, Paul F. Beyond homeostasis: toward a concept of coherence. **Family Process**, 21, 1, 21-41. 1982

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DESHAIES, Bruno. **Metodologia da investigação em ciências humanas**. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget, 1992.

DINIZ, Leonardo M. Diabetes mellitus do Tipo 2: há algo de novo? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 72-4, fev. 1998.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

DUVIGNAUD, Jean, **A solidariedade – Laços de sangue e laços de razão**. Lisboa: Instituto PIAGET, 1986.

ELSEN, Ingrid et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis:

UFSC, 1994.

ELSEN, Ingrid. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in Brazilian fishing village**. San Francisco: University of California, 1984. Tese (doutorado em Ciência da Enfermagem), University of Califórnia, 1984.

ELSEN, I; MARCON, S.S., SILVA.M.R.S da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. (Organizadora). Maringá: Eduem, 2002.

FERRARI, M. A. C. O Envelhecer no Brasil. **Revista Mundo da Saúde**. São Paulo: ano 23 v.23, n.4 jul/ago.1999.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário**: o dicionário da língua portuguesa, 6. ed. Revisada e atualizada. Curitiba: Positivo, 2005

FIGUEROA, V I A; RODRIGUEZ, A M G; ALFARO-ALFARO, N. Influencia de la família en el control metabólico Del paciente diabético tipo II. **Salud Publica Mex**; 35(5): 467-70, Set-Oct, 1993. [Medline]

FIORETTI, Andréa M. B; DIB, Sérgio A. Exercícios e diabetes. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.76-80, fev, 1998.

FOERSTER, Heinz von. **Las semillas de la cibernética**; obras escogidas 2. ed. Barcelona: Gedisa, 1996

FOLEY, Vicent D. **Introdução à terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

FORTIN, Marie-Fabienne. **O processo de investigação**: da concepção a realização. Loures: Lusociência, 1999.

FREITAS, Henrique Mello Rodrigues de. **Análise léxica e análise de conteúdo**: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000.

GALERA, Sueli Aparecida F; VILLAR LUIS, Margarita Antonia. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao individuo e família. **Rev. Esc. Enferm USP** 2002; 36(2): 141-7.

GAMEIRO, J. **Voando sobre a psiquiatria**. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea. Porto: Edições Afrontamento, 1992.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LCT, 1989.

GERSTLE, J F; VARENNE, H; CONTENTO, I. Post-diagnosis family adaptation glycemic control in women with type 2 diabetes mellitus. **J Am diet Assoc**; v.101, n. 8, p. 918-22, aug. 2001.

GEORGE, J B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas Sul, 2000.

GIACOMETT, Kátia. Terapia familiar: un modelo de desarrollo y una propuesta de clasificación. **Revista Terapia familiar**, IV, 7/8. Buenos Aires, 1981.

GIL, António Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIMENO, Adelina. **A família**: o desafio da diversidade. Lisboa: Instituto PIAGET, 2001.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

- GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. **Dilemas éticos em pesquisas com família cuidadora de idoso doente e/ou fragilizado no âmbito domiciliar**. Trabalho apresentado no Congresso Int. de Pesquisa com Família (org. GAPEFAN). Florianópolis, 2002.
- GUATARRI, F. **Les trois écologies**. Paris: Galiteé, 1989.
- GUSDORF, G. Représentations sur l'Interdisciplinarité. **Convivium**, XXIV, 128, 19-50.
- HERAMAN, W; SINNOCK, P; BRENNER, E; BRIMBERRY, J; LANGFORD, D; HANSEN, W. An epidemiologic model for diabetes mellitus: incidence, prevalence and mortality. **Diabetes Care**, v. 7, n. 4, p. 367-371. 1984.
- HENNESSY, C H; JOHN, R; ANDERSON, L A. Diabetes education needs of family members caring for American Indian elders. **Diabetes Educ**; v. 25, n. 5, p. 747-54, sep-out. 1999.
- HABERMAS, Jurgen. **Textos e contextos**. Lisboa: Instituto PIAGET, 1991.
- HUBERMAN, Michael; MILES, Matthew B. **Analyse des données qualitatives - Recueil de nouvelles méthodes**. Bruxelles: De boeck-Wesmael, 1991.
- IBGE. **Censo demográfico 2000**. Disponível em: www.ibge.gov.br . Acesso em 09/04/2007.
- JEQUIÉ. Bahia. BRASIL tabela 1 – Indicadores demográficos e sociais. Bahia. Jequié. **Portaria Nº. 2.025/GM set/2004**. Disponível em: dtr2002.saúde.gov.br/caadab/indicadores/bahia/JEQUIÉ.pdf Acesso em 28/02/2007
- JONSON, J. Diabetes education: It is not only what we say. **Diabetes Care**, v. 5, n. 3, p. 343-345. 1982.
- KING, Hilary; AUBERT, Ronald E; HERMAN, William H. Global burden of diabetes, 1995-2025. Prevalence, numerical estimates and projections. **Diabetes Care**, v. 21, n.9. p. 1414-1431, set. 1998.
- KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.
- JONES, Elsa. **Terapia dos sistemas familiares - Desenvolvimentos nas terapias sistêmicas da escola de Milão**. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 1999.
- LACHARITE, Carl. From risk to psychosocial resilience: conceptual models and avenues for family intervention. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.14, n. esp., p. 71-7. 2005.
- LAING, R.D. **A política da família**. São Paulo: Martins Fontes, 1972.
- LASZLO, Ervin. **The systems view of the world**. The natural philosophy of the new developments in the sciences. Nova York : George Braziller, 1972.
- LASZLO, Ervin. **Evolução: a grande síntese**. Lisboa: Instituto PIAGET, 1987
- LASZLO, Ervin. **Nas raízes do universo**. Lisboa: Instituto PIAGET, 1993
- LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald. **Investigação qualitativa: fundamentos e prática**. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.
- LINCOLN, Yvonna S; GUBA, Egon G. **Naturalistic inquiry**. Beverly Hills, Califórnia: Sage Publications, 1985.
- LAZARUS, Richard S; FOLKMAN, Susan. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

MATURANA, Humberto R. VARELA F. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas do entendimento humano. Campinas: Editorial Psy II, 1995.

MATURANA, Humberto R. VARELA F. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas do entendimento humano. 5. ed. São Paulo: Palas Athena, 2005.

MATURANA, Humberto R. VARELA F. **Autopoiesis and cognition**. The realization of living. Dordrecht, Holanda: D. Reidel Publishing Co., 1979.

MEDEIROS, A. **A importância de se conhecer melhor as famílias para elaboração de políticas sociais na América Latina**. Versão para apresentação no Encontro Anual da ANPOCS, 2000.

MELLO, S. L. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M do C. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC, 1995. p. 51-60.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. 2. ed. São paulo: Martins Fontes, 1999.

MILES, Matthew B; HUBERMAN, Michael. Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craft. **Educational researcher**, p 20-30. 1984

Ministério da Saúde (2004). Numero de Diabetes, Hipertensos e Diabéticos com Hipertensão por Sexo, Tipo e Risco. Agrupados por UF, período de 01/1999 até 05/2004. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.Br/> Acesso em 06/2004. **MS (2004)**.

Ministério da Saúde (2005). Estatísticas do diabetes no Brasil. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/imprensa/estatisticas/numerosnobrasil.php>. Acessado em 18/04/2005.

_____. Secretária Nacional / Programas especiais de Saúde/ divisão de Doenças Crônicas Degenerativas. Manual de Diabetes. Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério de Estado da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1395/GM de 10/12/1999. Disponível em <http://www.Saúde.gov.Br/portarias/1999.htm> portarias.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINUCHIN, Salvador. **Famílias**: funcionamento & tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MINUCHIN, Salvador; FISHMAN H. Charles. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MINUCHIN, Patrícia; COLAPINTO, Jorge; MINUNCHIN, Salvador. **Pobreza, instituição, família**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2000.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e saúde mental: contribuições para a reflexão sobre processos familiares. **Revista Katálysis**, Florianópolis, n. 2. 1998.

MORÁN, Martha Rodríguez; ROMERO, Jesus Fernando Guerreiro. Importância Del apoyo familiar en el control de la glucemia. **Salud Publica Mex**. v. 39, n.1 Cuernavaca jan/fev. 1997.

MORIN, Edgar. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1983

- MORIN, Edgar. **O método**. A natureza da natureza. 3 ed. Lisboa, Portugal: Publicações Europa-América, 1997.
- MORIN, Edgar. **O método**. A natureza da natureza. 2. ed. Lisboa, Portugal: Publicações Europa-América, 1977
- MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.
- MOUSE, Janice M. Designing funded qualitative research. In: DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna. **Handbook of qualitative reseach**. Thousand Oaks: Sage, 1994, p. 220-235.
- LINCOLN, Yvonna S; GUBA, Egon G. **Naturalistic inquiry**. Bevely Hills, Califórnia: Sage Publications, 1985.
- NAHAS M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.
- NARDELLI B. O valor da atividade física e da boa alimentação. **Revista de Hipertensão e Diabetes - Hábitos Saudáveis Garantem Qualidade de Vida**. Ministério da Saúde, Brasília, ano 1. n. 1, p. 12 -3, set. 2001.
- NERI, Anita Liberalesso et al. **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas, SP: Alínea, 2002.
- NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Mundo imaginal de ser família saudável**: a descoberta dos laços de afeto com carinho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999.
- NOGUERIA, Roberto Passos. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universitária”e a dimensão social “comunitária”. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p. 91-93, fev. 2002.
- OLSON, D.H. Commentary: struggling with congruence across theoretical modes and methods, **Family Pocess**, 24, pp203-207. 1985.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial/OMS. Brasília, 2003.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Anais...** 25^a Conferencia Sanitária Pan-americana/50^a. Sessão do Comitê Regional, 1998. Washington: OPAS /OMS, 1998.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003.
- OLIVEIRA, Roberto Cardoso. **O trabalho do antropólogo**. São Paulo: UNESP, 1998
- OREM, D. E. **Modelo de Orem**. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salazar, 1993.
- OSÓRIO, Luiz Carlos; VALLE, Maria Elisabeth do. **Terapias de famílias**: novas tendências. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- PAPP, Peggy. **O processo de mudança**: uma abordagem prática à terapia sistêmica de família. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.
- PATTON, Michel Quin. **Qualitive evaluation and researche methods**. 2. ed. Newbury Park:

Sage Publicacions, 1990.

PILLITTERI, A. **Child health nursing: care of the child and family**. Philadelphia: Lippincott; 1999.

PIMENTEL, Luísa Maria Gaspar. **O lugar do idoso na família**: contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

POLIT, D. F; HUNGLERT, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto, Pt: Artes Médicas, 1995

POLLOCK M; W. J. H. **Exercício na saúde e na doença**. Rio de Janeiro: Sprint, 1997.

POMBO, Olga. **Interdisciplinaridade**: ambições e limites. Viseu, Portugal: Relógio D'Água Editores, 2004.

POMBO, O e Levy (org). **Antropologia II**. Lisboa: Projeto Mathesis/DEFDUL, 1992. p.183-212.

PRIGOGINE, Ilya. **Introduction a la thermodynamique des processus irréversibles**. Paris: Dunod, 1968.

PRIGOGINE, Ilya. **O fim das certezas**. Lisboa : Gradiva. Edições original, 1996.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc van. **Manual de investigação em ciências sociais**. 2. ed. Lisboa: Grávida Publicações, 1998.

RAMALHO A. C. R. Exercício físico e diabetes: terapêutica em diabetes. Departamento de Endocrinologia Escola Paulista de Medicina. **Boletim Médico do Centro BD de Educação em Diabetes**. Ano 5, n. 24. São Paulo, 1999.

REICHEL, W. MD. **Reichel Assistência ao Idoso – Aspectos Clínicos do Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RELVAS, A. **O ciclo vital da família** – Perspectiva sistêmica. Porto, Pt: Afrontamento, 1996.

RODRIGUES, Maria socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. **O método da análise de conteúdo**: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de pesquisa e Cultura, 1999.

SANTANA, Maria da Glória. **O corpo do ser diabético**: significados e subjetividade. Pelotas: UFPel; Florianópolis: UFSC, 2000. (Tese de Doutorado).

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 14ª. Ed. Porto: Edições Afrontamento, 2003.

SANTOS, Claudia Tavares dos SEBASTIANI, Ricardo Werner. Acompanhamento psicológico à pessoa com doença crônica. In: ANGERANI-CALMON, Augusto (org). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.

SANTOS, Silvia Maria dos. **Idoso, família e cultura**; um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea, 2003.

SEQUEIRA, Joana. Vinculação. In: ALARCÃO, Madalena, (Des) **Equilíbrios familiares**. 3. ed. Coimbra: Quateto, 2006.

SILVA, Denise M. G V da. **Narrativas do viver com diabetes Mellitus**: Experiências Pessoais e Culturais. Florianópolis: UFSC/Programa de pós-graduação em Enfermagem, 2001 (Tese de Doutorado).

- SILVA, Luzia Wilma Santana da; NAZÁRIO, Nazaré Otilia; SILVA, Danuzia Santana da; MARTINS, Cleusa Rios. A arte na enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n.1, p.120-3, jan-mar. 2005.
- SILVA, Luzia Wilma Santana da. **Núcleo de Educação e Atenção ao Portador de Diabetes (NEAD)**. Relatório do Projeto de Pesquisa e Extensão da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -Departamento de Saúde. Brasil; Período 1999-2003.
- SILVA, Luzia Wilma Santana da; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; COSTA, Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da. Abordagem sistêmica de enfermagem à família – considerações reflexivas. **SERVIR**, Lisboa, vol. N. 54, n. 5, p.214-223, set-out. 2006.
- SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana S. Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p. 75-96, fev. 2002a.
- SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana S. Whitaker. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002b
- SILVA, Regina Santos da; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; TAVARES, Katia Ott. Resiliência e promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 95-102. 2005.
- SILLIMAN, R A; BHATTI, S; KHAN, A; DUKES K A; SULLIVAN L M. The care of older persons with diabetes mellitus: families and primary care physicians. **J Am Geriatr Soc**; v. 44, n. 11, p. 1314-21, nov. 1996.
- SLAIKEU, K. A. **Intervención en crisis**. México: Manual Moderno, 1984.
- SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1997.
- SOUZA, R. R. de. Anatomia e fisiologia de envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, PAPAEO NETTO. **Geriatrics**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- STREUBERT, J Helen; CARPENTER, Dona R. **Investigação qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista**. 2. ed. Loures, Pt: Lusociência, 2002.
- TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser uma “super herói”. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p. 84-87, fev. 2002.
- TRIEF, P M; GRANT, W; ELBERT, K; WEINSTOCK, R S. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. **Diabetes Care**; v. 21, n. 2, p. 241-5, feb.1998.
- TURNER, Jonathan H. **Sociologia, conceitos e aplicações**. São Paulo: Makron Books, 1999.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. 4. ed. Campinas, SP: Papirus, 2002.
- VERAS, R.P. et al. **Gestão contemporânea em saúde: terceira idade**. Rio de Janeiro: UNATI-UERJ/Relume-Dumara, 2002.
- VIVOLO M. A. et al. Exercício físico e diabetes mellitus. **Rev. Soc. Cordial**. v. 6. 1996.
- VON GOELER, D S; ROSAL, M C; OCKENE, J K; SCAVRON, J; DE TORRIJOS, F. Self-management of type 2 diabetes: a survey of low-income urban Puerto Ricans. **Diabetes**

Educ., v. 29, n.4, p. 663-72, jul-aug. 2003.

WALROND-SKINNER, S. **Terapia familiar**. Buenos Aires: Crea, Col Anesa, 1978.

WANG, C Y; FENSKE, M M. Self-care of adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. **Diabetes Educ**; v. 22, n. 5, p. 465-70, sep-oct.1996.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN Janet Helminck; JACKSON, Don D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 1967.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN Janet Helminck; JACKSON, Don D. **Pragmatics of human communication**: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. Nova Iorque: Norton & Co, 1967.

WESTPHALEN, Mary E. A., CARRARO, Telma Elisa. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.

WILD, Sarah; ROGLIC, Gojka; GREEN, Anders; SICREE, Richard; KING, Hilary. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and prejections for 2030. **Diabetes Care**, v. 27, n.5, p. 1047-1053, may. 2004.

WIENER, Nobert. **Cybernetics**. Or control and communication in the animal and the machine. Massachusetts: Copyright, 1948.

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em: < <http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Homeostase&oldid=3484746>>. Acesso em: 27/10/2006.

WONG UN, Júlio Alberto. **Visões de comunidade na saúde**: comunalidade, interexistência e experiência poética. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002. (Tese de Doutorado)

WRIGHT, Lorraine M; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Luzia Wilma Santana da Silva e estou desenvolvendo uma pesquisa com familiares de pessoas idosas portadores de diabetes mellitus tipo 2, intitulada: *A familiar e sua dinâmica de relações junto ao membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2 à luz da teoria de sistemas*. A pesquisa tem os seguintes objetivos:

Geral: Desvelar e compreender a dinâmica das relações familiares com o idoso portador de Diabetes Mellitus tipo 2.

Específicos:

- Identificar a organização da família onde se desenvolve as relações de cuidado familiar;
- Conhecer como o diabetes mellitus tipo 2 num membro idoso interfere na dinâmica relacional da família;
- Identificar a resignificação da vivência da cronicidade do diabetes mellitus tipo 2 em um membro idoso na família.

Esta pesquisa, ao nosso entender ajudará a melhor compreender a dinâmica de relações da família no seu processo de convivência com um de seus membros portadores de diabetes e mellitus tipo 2. Gostaria muito de vossa participação nesta pesquisa porque esperamos que seus resultados irão beneficiar os programas de saúde, tendo seus profissionais atenção específica ao cuidado da família em seu todo. Contudo, poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, se se sentir desconfortável por algum motivo.

No caso de aceite solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a elaboração da tese e divulgação. Destacamos, que a sua privacidade será respeitada através da não identificação pessoal.

Agradecemos a vossa participação e colaboração, e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos de quaisquer dúvidas, a qualquer momento.

Pesquisadora Principal: Doutoranda Luzia Wilma Santana da Silva

End: Rua Abílio Procópio Ferreira, 343- Centro. Jequié/Ba. Telefone (0XX) 73-3525-5097.

Pesquisadora Responsável: Prof^a. Dr^a.Lucia Hisako Takase Gonçalves

Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem, Campus
Universitário – Trindade. Florianópolis/SC. Telefone (0 XX) 48-331-9399.

Termo de Consentimento

Declaro que fui informado sobre os procedimentos da pesquisa e, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes à pesquisa e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos.

Declaro que fui informado também que posso me retirar do estudo a qualquer momento sem constrangimento.

Nome por extenso membro familiar _____

Assinatura _____ Jequié/Ba, ____ / ____ / ____

O termo será assinado em duas vias uma que ficará com o participante da pesquisa e outro como pesquisador.

APÊNDICE 2

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

QUESTÕES NORTEADORAS

Este é um estudo sobre A FAMÍLIA E SUA DINÂMICA DE RELAÇÕES JUNTO AO MEMBRO IDOSO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, uma pesquisa de tese de doutoramento realizada por mim Luzia Wilma Santana da Silva e sob a orientação da profª Drª Lucia Hisako Takase Gonçalves do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Pedimos a sua colaboração, respondendo as perguntas feitas.

Muito obrigada por sua participação!

QUESTÕES ACERCA DE RELAÇÕES ATUAIS

Na dinâmica (Composição?) familiar.

- Na vigência da doença (a família e o idoso portador de diabetes)
- Antes da doença (a família e o idoso portador de diabetes)

QUESTÕES SOBRE O SIGNIFICADO DA DOENÇA

- Que entendimento tem do diabetes (a família e o idoso portador de diabetes)
- Que explicação da doença, tratamento e cuidados têm recebido dos profissionais de saúde: médico, enfermeiro e outros (a família e o idoso portador de diabetes).
- Qual é a compreensão que faz das explicações recebidas dos profissionais (a família e o idoso portador de diabetes).

QUESTÕES SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR DA FAMÍLIA

- Preocupações da família no cuidado do idoso com diabetes (a família).
- Percepções e sentimentos de ser cuidado pela família por ser um portador de diabetes (o idoso).

- Diga o que acha da sua família que se preocupa com os seus cuidados por causa do diabetes.
- Como se sente sendo cuidado pela família?
- Fale como os familiares (x, y,... a serem identificados no genograma) estão ajudando ou não, o (a) Sr (a) enfrentar e conviver com o diabetes no seu dia-a-dia. (o idoso).

QUESTÕES SOBRE A REDE DE APOIO FAMILIAR

- Sendo familiar responsável pelo idoso com diabetes, como vê (x, y,... a serem identificados no genograma) ajudando de alguma forma ou não, você a “olhar” pelo (a) idoso (a).

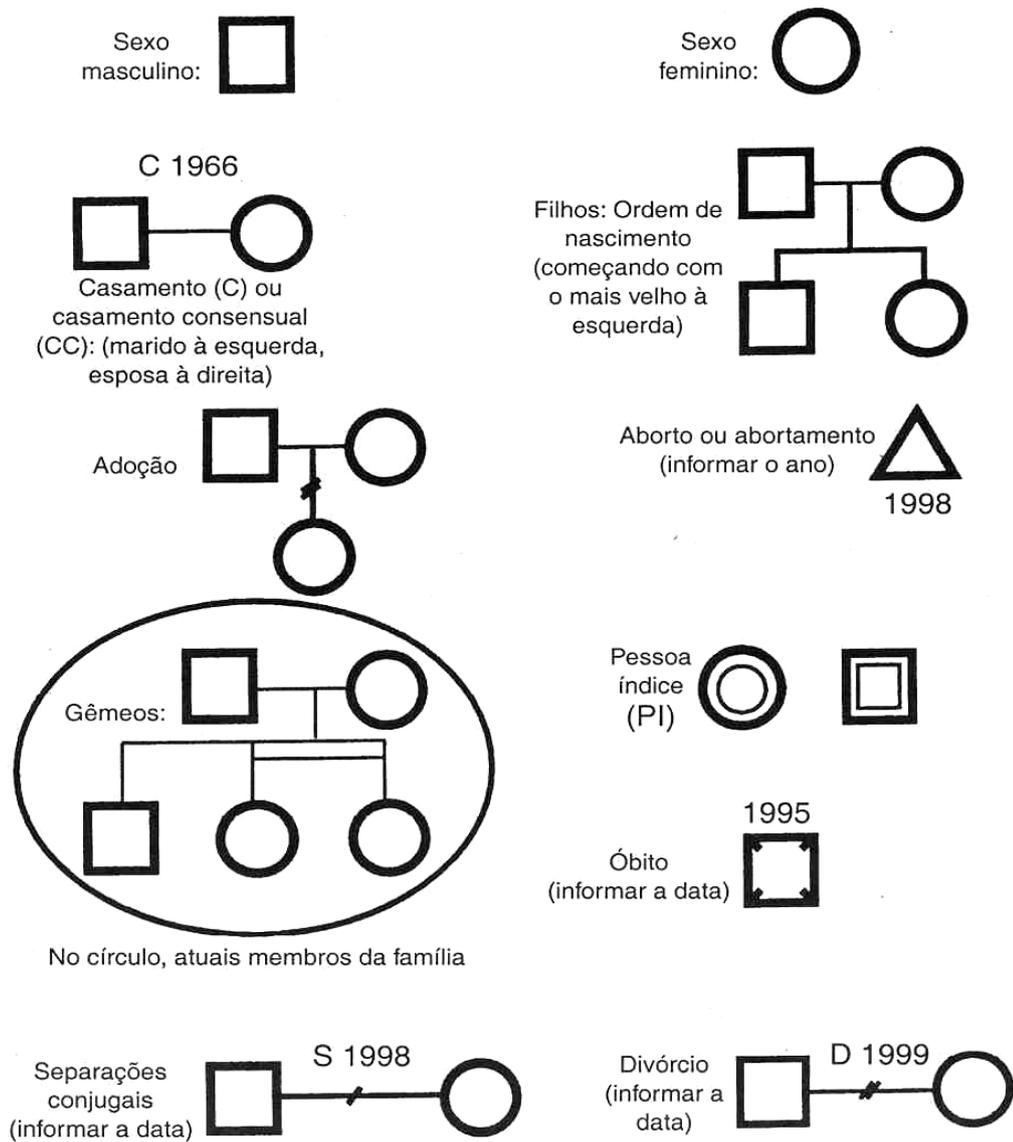
QUESTÕES SOBRE A REDE DE APOIO SOCIAL

- Fale sobre a relação familiar com o suporte social e de saúde da comunidade local sobre a busca de assistência para lidar com o diabetes na família e como tem se dado essa assistência (o familiar responsável, o idoso).

ANEXOS

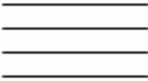
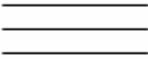
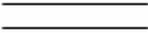
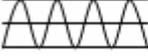
ANEXO 1

Símbolos Utilizados nos Genogramas



Fonte: WRIGHT, Lorraine M; LEAHEY, Maureen. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002. p.86

Símbolos utilizados nos diagramas de vínculos - Psicofigura de Mitchell

	VÍNCULOS FORTES
	VÍNCULOS FORTES
	VÍNCULOS MODERADOS
	VÍNCULOS SUPERFICIAIS
	VÍNCULOS MUITO SUPERFICIAIS
	VÍNCULOS NEGATIVOS
	RELACIONAMENTO DISTANTE
	DESAVENÇA OU ROMPIMENTO
	FUNDIDO OU CONFLITUAL

Fonte: WRIGHT, Lorraine M; LEAHEY, Maureen. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002.

CARTER, B.; McGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

AGOSTINHO, Manuela; REBELO, Luís. Família: do conceito aos meios de avaliação. **Rev. Port. Clínica Geral** . Portugal, 1988, nº. 32, p. 6-17.

ANEXO 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 169/05

I – IDENTIFICAÇÃO:

- **Título do Projeto:** A família e sua dinâmica de relações junto ao membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2 à luz da teoria dos sistemas.
- **Pesquisador Responsável:** Prof. Lucia Hisako Takase Gonçalves, Enfermeira, Dra., Departamento de Enfermagem - UFSC.
- **Pesquisador Principal:** Luzia Wilma Santana da Silva, Enfermeira, M.Sc.
- **Data Coleta dados:** agosto/2005 – março/2006.
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** Secretaria Municipal de Saúde de Jequié - Bahia.

II - OBJETIVOS:

Geral:

Desvelar e compreender a dinâmica das relações familiares com o idoso portador de Diabetes Mellitus tipo 2

Específicos:

1. Identificar a organização da família onde se desenvolve as relações de cuidado familiar;
2. Conhecer como o diabetes mellitus tipo 2 num membro idoso interfere na dinâmica relacional da família;
3. Identificar a resignificação da vivência da cronicidade do diabetes mellitus tipo 2 em um membro idoso na família.

III – SUMÁRIO DO PROJETO:

Pesquisa de natureza qualitativa que se constitui na Tese de Doutorado da pesquisadora principal no Programa de Doutorado em Enfermagem da UFSC.

A unidade de estudo será representada pela família, em número inicial de 30 podendo ser maior ou menor em função da coleta de dados. Participarão aquelas que, convivendo com idosos portadores do diabetes mellitus tipo 2, aceitarem, voluntariamente atender às entrevistas e receber a pesquisadora em suas residências.

Segundo as pesquisadoras os procedimentos se constituirão de duas técnicas/método, entrevista e observação participante e cujo levantamento de dados se dará nas unidades básicas de saúde durante as entrevistas individuais junto a familiares e idosos como no domicílio para a observação da dinâmica relacional da família através de visitas domiciliares.

IV – COMENTÁRIO:

O processo está bem instruído com o projeto bem delineado, todas as declarações são apresentadas, os valores envolvidos no orçamento são de responsabilidade do pesquisador principal e o TCLE está redigido apropriadamente.

V – PARECER FINAL: Aprovado

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador em Exercício da Comissão
de Ética Pesquisa - PRPe/UFSC.

Data da Reunião do Conselho de Ética: 27/06/2005
Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.