

Construindo o *balance* familiar: Uma análise compreensiva da dinâmica familiar com pessoa idosa portadora de Diabetes Mellitus tipo 2

Building the family balance: A comprehensive analysis of family dynamics with the elderly suffering from Type 2 Diabetes Mellitus

Luzia Wilma Santana da Silva
Lucia Hisako Takase Gonçalves
Danuzia Santana da Silva
Alcione Leite Silva

RESUMO: Estudo qualitativo apoiado na interdisciplinaridade dos pressupostos epistemológicos da ciência pós-moderna. Objetivou conhecer como o Diabetes Mellitus Tipo 2 em membro idoso interfere na dinâmica inter-relacional da família. A coleta de dados foi realizada através de instrumentos qualitativos. A análise dos dados baseou-se no modelo interativo desenvolvido por Miles e Huberman. Conclui-se que a doença tem influência nas inter-relações, no contexto histórico e sociocultural da família.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Diabetes Mellitus Tipo 2; Dinâmica Familiar.

ABSTRACT: *This qualitative study was based on the interdisciplinary of the epistemological assumptions of the postmodern science. It aimed to understand how the Type 2 Diabetes Mellitus in the elderly interferes with the inter-relational family dynamics. Data collection was conducted through qualitative instruments. Data analysis was based on the interactive model developed by Miles and Huberman. We concluded that the disease has an effect on the inter-relationships, the historical, social and cultural context of the family.*

Keywords: *Elderly; Diabetes Mellitus Type 2; Family dynamics.*

Introdução

O diabetes é hoje um dos mais proeminentes problemas de saúde pública, tanto em número de pessoas acometidas quanto de incapacitações decorrentes de suas complicações. Este problema é acrescido pelo crescente índice de mortalidade como também pelo elevado custo do tratamento para o orçamento pessoal/familiar, como também para os cofres públicos.

Várias têm sido as tentativas de encontrar causas e explicar esse crescente aumento, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Algumas causas referidas apontam para a globalização, a mudança dos hábitos alimentares, a vida estressante com a faina diária no competitivo mercado de trabalho e o estilo de vida. A Organização Mundial de Saúde (2003), por sua vez, explica esse crescimento com o aumento do número de pessoas idosas na pirâmide populacional.

Considerando os aspectos epidemiológicos do diabetes, o crescimento do segmento de pessoas idosas na pirâmide populacional e conscientes de que essa massa populacional encontra-se, na sua grande maioria convivendo com seus familiares, é imperioso conceber a família como uma “tecnologia de cuidado” entre seus membros. A “tecnologia de cuidado” caracteriza-se como suporte/estratégia familiar de interação e relação mútuas de cuidados para seus membros.

No entanto, estudos com famílias e portador de diabetes tipo 2 são ainda incipientes na área de Enfermagem e focam, em sua maioria, 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. (Santana, 2000; Silva, 2001). Diante do exposto, este estudo tem por objetivo conhecer como o diabetes mellitus tipo 2 em membro idoso interfere na dinâmica inter-relacional da família.

Enquadramento Teórico

Os estudos identificados nas bases de dados 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. Segundo Ângelo (2000: 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 da pessoa e não da unidade familiar”. Ainda na visão da autora, “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”. (Ângelo, 2000: 27).

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. Nesses estudos, encontramos substanciais contribuições sobre métodos de pesquisa com famílias, nos quais alguns nos permitem elucidar e descrever fenômenos sociais no mundo familiar. No entanto, estes estudos não têm abarcado o fenômeno da dinâmica de relações familiares com pessoas idosas portadoras de DM tipo 2. Desta forma, é necessário ter em consideração a família como sistema dinâmico, uma unidade de identidade, uma sociocultura. Nesta perspectiva, uma enfermidade em um dos seus entes tende a afetar a ‘estabilidade’ familiar. (Johnson, 1982). Santos e Sebastiani (1996:150) compreendem esse “desequilíbrio como um abalo estrutural na condição de ser dentro de sua sociocultura”. Acrescentam ainda que com a doença quebram-se a dinâmica e as relações existentes entre a pessoa consigo mesma e com o meio.

Os autores acima referidos ainda salientam que 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, esperar que a família tenha uma estrutura perfeita, 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. Esse processo pode gerar comportamentos diversos, tanto objetivos como subjetivos, em relação à pessoa doente, à equipe de saúde, ao tratamento e a si própria. (Santos e Sebastiani, 1996).

Nossa compreensão sobre a família nos remete a 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 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. Conforme Minuchin (1982: 57), “uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais”, ou seja, de relações de quem, como e quando a família se relaciona dentro do sistema familiar.

Sobre este entendimento, Maturana e Varela (2005) ressaltam 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. Consequentemente, a realidade descrita por uma pessoa não é uma “realidade objetiva”, pois é uma reformulação de uma experiência vivida.

Na concepção de Minuchin, Colapinto e Minuchin (2000: 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 nos permite transitar sobre esse tema está na compreensão de perceber a pessoa como unidade do sistema familiar, uma parte separada, mas também uma parte do conjunto. Assim, é necessário compreender a pessoa e a família simultaneamente. (Cervený & Berthoud, 2002).

Perceber as famílias como elas são, e não como desejamos que elas sejam, tem sido o desafio enfrentado pelos profissionais de saúde. No entanto, muitos autores vêm buscando dar suas colaborações, a exemplo de Mello (1995: 57), ao considerar que devemos enxergar a família longe “da rigidez das fórmulas e sem olhos preconceituosos”. Em outras palavras, “como elas são, e não como deveriam ser, segundo modelos que são abstratos, pois são históricos e presos às diferentes perspectivas das classes sociais”. (Mello, 1995: 57).

Partindo desta óptica *macro*, estreitamos o foco a temática: a dinâmica inter-relacional da família de pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus tipo 2. Posto que 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. 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 as pessoas idosas necessitem de maior atenção por parte da sociedade, dos profissionais de saúde e, sobretudo, da família. Essa última, em particular, tem uma grande importância na utilização de conhecimentos e habilidades na prevenção e na minimização dos seus efeitos graves de ordem física e psíquica, e na (re) organização da dinâmica do seu sistema relacional.

Metodologia

Este estudo é parte de um mais abrangente realizado com base na abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo e com uma óptica naturalística (Lincoln & Guba, 1985), ou seja, uma investigação realizada num ambiente natural por causa dos fenômenos de estudo, as relações familiares. 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 sua compreensão. (Lincoln & Guba, 1985).

Todo o enovelar da trajetória metodologia se da na cidade de Jequié-BA, no sudoeste baiano. O município é de característica longeva, sendo 10,64% na faixa etária de 60 anos ou mais de idade. (IBGE, 2006).

A identificação das famílias para o estudo se deu a partir das instituições públicas de saúde do município no Programa de Atenção ao Portador de Diabetes e em prontuários de atendimento médico. As famílias foram selecionadas por terem entre os seus membros pessoas idosas cadastradas com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de DM tipo 2. Os participantes do estudo foram nove famílias representadas por todos os seus membros, compondo um total de 37 pessoas. Esse número de participantes foi obtido através da saturação dos dados. A coleta de dados foi realizada

com base na observação naturalística, diário de campo e entrevista semi-estruturada. Outros procedimentos realizados com cada subsistema familiar, de maneira individualizada, foram: elaboração de genograma, ecomapa, clave de simbologia - Psicofigura de Mitchell.

A análise e interpretação das informações foi norteada pelo modelo interativo sugerido por Miles e Huberman (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. 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 análise dos dados expressou o movimento circular e em espiral das inter-relações das famílias e que foram sendo configuradas nas categorias e subcategorias num processo de análise e (re) análise minuciosa e de ressignificação dos dados encontrados. A análise colocou em evidência as ocorrências regulares, esquemas, explicações, configurações, possíveis tendências causais e proposições.

Os princípios éticos deste estudo foram contemplados como prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), CONEP/ANVS número 169/05. Para manter o anonimato, as famílias foram identificadas por letras do alfabeto, seguidas dos graus de parentescos e as pessoas idosas com diabetes foram nomeadas por *pessoa índice, idosa diabética*.

Resultados e Discussão

Da análise dos dados resultou três categorias: “Cuidar do outro – implicações familiares”, “Sentimentos decorrentes da busca do ‘balance’ familiar” e “Necessidade de manutenção do funcionamento da unidade familiar”.

“Cuidar do outro – implicações familiares”

Esta categoria engloba duas subcategorias. 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 subcategoria 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” cotidiana, 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 DM tipo 2. Nos depoimentos abaixo, fica expresso esse grau de envolvimento no cuidado e a forma como a família se organiza para só ocorrerem graus mínimos de mudança em seus padrões relacionais. Alguns membros da família chegam ao ponto de não trabalharem ou conseguirem um emprego, enquanto outros membros atuam de forma tão “regidificada” que acabam por abrir mão de constituir sua própria família. Assim, ao cuidarem da pessoa idosa, acabam por adotar comportamentos complementares que visam à manutenção do sistema.

“A mãe fala pra ele trabalhar e ele não trabalha por causa de mim, já pensou uma coisa dessa? Ele arruma trabalho 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).

“(...) 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).

Essa dinâmica, na perspectiva das famílias, garante a proteção e os vínculos entre os seus membros, a aproximação, o sentimento de pertença, de respeito e

retribuição aos cuidados. Estas estratégias 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. Consideramos que esses sentimentos refletem as preocupações dos membros da família com a necessidade do sistema familiar, pedindo por mudança, mas paradoxalmente mantendo-o pouco flexível, como identificamos a seguir:

“(...) não encontro trabalho é porque fico aqui cuidando de minha avó e de meus tios e de meus irmãos menores (...)”. (Família C – Neto).

“(...) hoje em dia com o problema (...) não posso trabalhar pra ajudar aqui em casa”. (Família C – Filho1).

“Por ser solteira (...) estou com essa missão, pra mim foi difícil (...) 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).

A *homeostase* está presente nas famílias e no centro da função interpessoal no seu convívio com o familiar com DM tipo 2, apresentando-se como reguladora de maneira a aliviar e/ou evitar as complicações da doença. Compreendemos este processo não como paralisador do sistema, mas sim protetor. 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*. Esse equilíbrio é voltado para a manutenção dos padrões que recaiam sobre o cuidado da vida quotidiana da família. Estes padrões, por sua vez, envolvem sentimentos.

Sobre sentimentos, ao olhá-los pelas lentes dos padrões transacionais manifestos pelas famílias, vemos que eles regulam o modo como os familiares se relacionam. (Minuchin, 1982). Assim, evidenciam, 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 categoria seguinte.

“Sentimentos decorrentes da busca do ‘balance’ familiar”

Quando se trata da diversidade dos vínculos afetivos depara-se com a complexificação que envolve as emoções negativas na vida familiar. Essas emoções podem desencadear funções auto-reguladoras, mas por vezes destrutivas, causadoras de conflitos internos e pessoais. No entanto, não podemos 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, 2001:121).

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 nos depoimentos dos participantes enunciados abaixo, os 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. Avé Maria! Aí dói, dói, dói. E o meu medo é esse”. (Família B – Esposo).

“(...) 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).

Mas a estes somam-se outros sentimentos, como de solidão, por parte das pessoas idosas, das famílias deste estudo. 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. Esta situação foi identificada na *psicofigura de Mitchell*, como os vínculos relacionais fracos entre a pessoa idosa com o genro de uma das famílias; os cônjuges, nora e netos pequenos; a

pessoa idosa com a ausência dos filhos no convívio familiar, entre outros aspectos relacionais. 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. Em outras palavras, uma restrição do desenvolvimento das inter-relações promotoras e preservadoras da saúde de seus membros:

“O genro é só pra família dele, e a filha vive mais assim trabalhando fora, chega na hora de almoçar, de noite sai de novo, eu fico aqui com ele (refere-se ao esposo) tem hora que sai também, fica por lá, as crianças vai pra escola (...)”. (Família A - Pessoa índice, idosa diabética).

“(...) às vezes a gente vive com 10 pessoas dentro de casa, mas não é da gente nem sabe de cada um que tá no coração dele, a gente não sabe”. (Família D – Pessoa índice, idoso diabético).

“(...) a maior necessidade (...) eu creio, ia dá uma alegria maior pra eles receber a visita dos filhos”. (Família E – Filha).

Corroborando os sentimentos de solidão e aqueles que o precederam surge o sentimento de padrão de relação familiar conflituoso. Segundo Gimeno (2001), os conflitos surgem ligados a valores sejam morais ou não e que afetam a vida da família, podendo até levar a sua degeneração completa. Podem 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, 2001:152).

Seguindo a concepção da autora supracitada, detectamos 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 o 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 é assim abordada por Morin (1997: 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”. Por outro lado, um sistema é “uma unidade global [...] que é constituído por partes diversas inter-relacionadas”. Esta inter-relação move-se pela intersubjetividade que circunda o antagônico universo relacional familiar, como se pode observar no relato que se segue:

“(...) os de dentro de casa não ajudam porque acostumou ter uma pessoa responsável por tudo (...) Não sou de falar não, mesmo assim aguento 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).

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. Para manter o seu “equilíbrio” confronta-se com as mudanças e, por vezes, exerce comportamento de autocontrole para alcançar os seus objetivos. Este último dá sequência à análise e introduz a próxima categoria.

“Necessidades de manutenção do funcionamento da unidade familiar”

Esta categoria 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 e 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). 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: 245).

Nessa concepção, compreendemos 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 nos depoimentos:

“(...) 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 (...)”. (Família A – filha)

“(...) 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”. (Família B – Neto)

Segundo Foley (1990: 64-5), a família “tem que manter um senso de si em meio ao conflito e, ainda assim, permitir o crescimento e a mudança”. Refere ainda que as marcas distintas da unidade familiar, que são a afeição, o cuidado e a lealdade, só são possíveis mediante a referida complementaridade. O núcleo central dessa citação está na complementaridade, e pressupõe a singularidade do todo familiar e suas partes. Nesse sentido, os participantes deste estudo, quando fazem suas manobras para o autocontrole, desejam manter uma vida mais saudável para a pessoa idosa, convivendo com o estado de cronicidade pelo DM tipo 2.

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, é visível nos seus trabalhos aspectos que versam sobre a complementaridade, em que se destacam as relações de relações.

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.

As famílias estão em “estado de fluxo constante e sempre em alteração”. (Wright & Leahey, 2002: 41). Portanto, alerta-nos para a interação de *toda* a família e para o relacionamento paradoxal entre estabilidade e mudança. Contudo, é nestes princípios que também despontam, neste estudo, aspectos de dever familiar, como o sentimento de obrigação e retribuição intergeracional com o cuidado de seus entes mais idosos.

Sobre esse cuidar, o sentimento de pertença tem valor moral para as famílias deste estudo. Mas também poderíamos 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, facilitar a própria configuração da identidade familiar e o sentimento de pertença [...]”. (Gimeno, 2001: 152).

Assim, tais sentimentos versam sobre o apoio direto às necessidades de cuidados e embora, por vezes, causem certo grau de conflito nas relações, deles também emerge a satisfação pela função de proteção. Nas famílias podemos identificar que 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:

“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)

Salientamos 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 também identificado em algumas famílias neste estudo. Também houve famílias em que o cuidado era 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 (...) No entanto, todos têm essa responsabilidade". (Família F – Filha 2)

Nesse sentido, destacam-se nas interações a forma de construção dos padrões de relações ao longo do ciclo vital da família. (Relvas, 1996; Carter & McGoldrick, 2001; Cervený & Berthoud, 1997-2002; Gimeno, 2001; Alarcão, 2006), bem como a diversidade relacional ao longo de suas histórias de vida, de forma contextual, na multidimensionalidade que se revestem as relações familiares.

Assim, é fundamental 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, tais como, 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.

A compreensão da dinâmica familiar nos remete para o cuidado realizado pela família, o qual 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 necessita de mudanças 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.

Considerações Finais

A presença do DM tipo 2 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 em forma de espiral dentro do sistema familiar, que se movia em torno do cuidado à saúde da pessoa idosa. Neste processo, as influências entre os subsistemas da família eram recíprocas, organizando-se para manter o controle da doença. 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.

Neste estudo identificamos que o viver do sistema familiar com o subsistema da pessoa idosa portadora de DM tipo 2, ocorre de maneira intergeracional. 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. Contudo, verificamos também que as atividades 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. Também destacaram-se os papéis estruturais e funcionais que adquiriam consoante a sua posição dentro da estrutura familiar, como aquele subsistema considerado cuidador principal.

Percebemos também que o sistema familiar se reorganizava através de suas negociações internas, cognitivas e comportamentais quanto a ajudarem-se uns aos outros nas actividades 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”, de negociações implícitas e explícitas entre os membros da família.

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.

Esses aspectos enlaçam o 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. Esses padrões englobam 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”. Estas estratégias envolveram, por exemplo, a redefinição de troca de papéis para garantir os cuidados e a manutenção do sistema para a sua funcionalidade estrutural. Embora enfrentando dificuldades, as famílias conseguiam desenvolver todas as atividades de cuidados no âmbito doméstico, bem como manter o seu papel de promotora de cuidado para seus subsistemas. Para tal, moviam-se para adaptar-se às necessidades impostas entre a estabilidade e a mudança, num mecanismo de “balance” no meio relacional, no qual construíam com seus subsistemas, uma rede de relações. Através desta rede conseguiam cuidar, se reorganizando num *continuum* vivencial cotidiano e mostrando suas potencialidades enquanto unidade promotora de saúde para seus membros.

Entendemos que, a despeito da complexidade que enlaça o sistema familiar e sob o risco da intangibilidade em alcançar a sua essência, o pensamento sistêmico viabiliza uma abordagem de maior proximidade desse complexo universo. Todavia, por ser a família um sistema aberto e dinâmico, e como tal em constante processo de mudança, esta exigirá um olhar *continuum* sobre o devir com vistas a uma maior compreensão da sua dinâmica de relações com o diabetes mellitus tipo 2 no domicílio. A contextualização histórica, geográfica e cultural destas famílias, por sua vez, lhes confere especificidades referentes à dinâmica relacional, a partir da co-existência de um membro idoso com diabetes mellitus tipo 2. Deste modo, estudos com famílias de outros contextos podem ampliar a gama de resultados aqui obtidos, o que implica a necessidade de novos estudos na área. Sugerimos também que os estudos a serem desenvolvidos contemplem novas abordagens teórico-metodológicas. Considerando a complexidade do envelhecimento populacional em conjunção com a tendência crescente

do diabetes mellitus tipo 2 no grupo de pessoas idosas, urge estudos nesta área que possam preencher as lacunas significativas ainda existentes em nossa realidade.

Referências

- Ackerman, N.M. (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares* (3ª ed.). Coimbra: Quateto.
- Angelo, M. (2000). O contexto familiar. In: Duarte, Y.A.O. & Diogo, M.J.D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Brasil. (1996). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, 4(2): 15-25. Suplemento.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cervený, M.O. & Berthoud, C.M.E. (1997). *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cervený, M.O. & Berthoud C.M.E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, A.B.H. (2005). *Minidicionário: o dicionário da língua portuguesa* (6ª ed.). Revisada e atualizada. Curitiba: Positivo.
- Gimeno, A. (2001). *A família: o desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto PIAGET.
- Foley, V. D. (1990). *Introdução à terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2006) *Indicadores Sociodemográficos - Prospectivos para o Brasil 1991-2030* - Recuperado em julho, 2006, de <www.ibge.gov.br.>.
- Jonson, J. (1982). Diabetes education: It is not only what we say. *Diabetes Care*, 5(3), 343-5.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Califórnia: Sage Publications.
- Maturana, H.R. & Varela F. (2005). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano* (5ª ed.). São Paulo: Palas Athena.
- Mello, S.L. (1995). Família: perspectiva teórica e observação factual. In: Carvalho, M.C. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC: 51-60.
- Miles, M.B. & Huberman, M. (1984). Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craft. *Educational researcher*: 20-30.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, P.; Colapinto, J. & Minunchin, S. (2000). *Pobreza, instituição, família*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Morin, E. (1997). *O método. A natureza da natureza* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Publicações Europa-América.

Organização Mundial da Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial/OMS*. Brasília.

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família – Perspectiva sistêmica*. Porto, Pt: Afrontamento.

Santana, M.G. (2000). *O corpo do ser diabético: significados e subjetividade*. Tese de doutorado, Pelotas: UFPel; Florianópolis: UFSC.

Santos, C.T. & Sebastiani, R.W. (1996). Acompanhamento psicológico à pessoa com doença crônica. In: Angerani-Calmon, A. (Org.). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira.

Silva, D.M.G.V. (2001). *Narrativas do viver com diabetes Mellitus: Experiências Pessoais e Culturais*. Tese de doutorado, Florianópolis: UFSC/Programa de pós-graduação em Enfermagem.

Vasconcellos, M.J.E. (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. 4ª ed. Campinas, SP: Papirus.

Wright, L.M. & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (3ª ed.). São Paulo: Roca.

Recebido em 26/04/2011

Aceito em 26/05/2011

Luzia Wilma Santana da Silva – Enfermeira. Professora do DS/UESB, BA. Doutora em Filosofia em Enfermagem pelo PEN/UFSC. Prof^a. do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB – Nível Mestrado. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha Família em seu Ciclo Vital. Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas-GESPI. Coordenadora do Projeto NIEFAM e da pesquisa DIFAI, no contexto do município de Jequié-BA.

E-mail: luziawilma@yahoo.com.br.

Lucia Hisako Takase Gonçalves - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof.^a participante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora

Produtividade em Pesquisa do CNPq. Membro do GESPI. Coordenadora do Projeto DIFAI.

Email: lucia.takase@pq.cnpq.br.

Danuzia Santana da Silva - Enfermeira. MPH Candidate, International Health and Biostatistics Boston University School of Public Health.

Email: danuziasilva@hotmail.com

Alcione Leite Silva – Enfermeira. Doutora em Filosofia em Enfermagem. Professora da Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal.

Email: alsilva@ua.pt