

SENTIMENTOS DE MULHERES APÓS O DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2¹

Denise Siqueira Péres²

Laércio Joel Franco³

Manoel Antônio dos Santos⁴

Este estudo é de caráter descritivo-exploratório com o objetivo de conhecer os sentimentos e reações emocionais de mulheres com diabetes após o diagnóstico dessa enfermidade. Os dados foram coletados em uma unidade básica de saúde do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil, por meio de entrevista semi-estruturada. Para análise dos dados, utilizou-se a análise temática de conteúdo. Os resultados mostraram que os comportamentos das mulheres, após o diagnóstico de diabetes, estavam associados a uma série de sentimentos e reações que interferem na adesão ao tratamento e precisam ser compreendidos pela equipe de saúde. Em um processo educativo não é suficiente oferecer informações, pois o comportamento humano é extremamente complexo e transcende os aspectos cognitivos, enraizando-se também nas disposições afetivo-emocionais.

DESCRITORES: diabetes mellitus tipo 2; emoções; educação em saúde

FEELINGS OF WOMEN AFTER THE DIAGNOSIS OF TYPE 2 DIABETES

Descriptive and exploratory study with the objective of knowing feelings and emotional reactions of women after the diagnosis of diabetes. Data were collected at a primary health care unit in Ribeirão Preto - SP, Brazil, through a semi-structured interview. Thematic content analysis was used for interpreting the data. The results showed that women's behavior after the diagnosis of diabetes was associated with feelings and emotional reactions that interfere with treatment adherence and which the health team needs to understand. In an educational process, it is not enough to offer information. Human behavior is extremely complex, going beyond the cognitive aspects, and is rooted in affective-emotional dispositions.

DESCRIPTORS: diabetes mellitus, type 2; emotions; health education

LOS SENTIMIENTOS DE LAS MUJERES DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio que tiene el objetivo de conocer las sensaciones y las reacciones emocionales de las mujeres después del diagnóstico de la diabetes. Los datos fueron recogidos en una unidad primaria de cuidado médico de la ciudad de Ribeirão Preto, SP, Brasil, durante una entrevista semiestructurada. El análisis del contenido temático fue utilizado para interpretar los datos. Los resultados demostraron que el comportamiento de las mujeres después del diagnóstico de la diabetes fue asociado a una serie de sensaciones y de reacciones que interfieren en la adherencia al tratamiento y necesitan ser entendidas por el equipo de salud. En un proceso educativo, no basta con ofrecer información, porque el comportamiento humano es extremadamente complejo, yendo más allá de los aspectos cognoscitivos, y está arraigado en las esferas afectivas y emocionales.

DESCRIPTORES: diabetes mellitus tipo 2; emociones; educación en salud

¹ Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado, Estudo subsidiado financeiramente pela FAPESP; ² Psicóloga, Mestre em Ciências Médicas, e-mail: desiperes@ig.com.br; ³ Professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, e-mail: lfranco@fmrp.usp.br; ⁴ Professor Doutor da Ciências e Letras de Ribeirão Preto, e-mail: masantos@ffclrp.usp.br. Universidade de São Paulo, Brasil

INTRODUÇÃO

O diabetes é uma síndrome caracterizada por hiperglicemia crônica, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. É distúrbio do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. O tratamento dessa enfermidade é bastante específico e complexo, envolvendo educação, mudanças no estilo de vida, incluindo cumprir dieta adequada, realizar exercício físico freqüentemente, suspender o fumo, usar correta e regularmente a medicação quando necessária - antidiabéticos orais e/ou insulina e realizar automonitorização da glicemia.

O tratamento do diabetes requer modificações no estilo de vida das pessoas para o resto de suas vidas e viver com uma condição crônica pode ser muito ameaçador, pois afeta a vida como um todo, mudando dramaticamente a rotina diária das pessoas diabéticas e seus familiares⁽¹⁾, podendo provocar emoções como medo, culpa, vergonha, raiva, preocupação e arrependimento⁽²⁾.

Os sentimentos e as emoções fazem parte da vida e a afetam indiscutivelmente como, por exemplo, no seguimento ou não das orientações realizadas pelos profissionais da saúde. Parece que o desconforto psicossocial, decorrente do impacto da doença e do tratamento diário, dificulta a adesão a algumas recomendações básicas como a automonitorização da glicemia, fator fundamental para o sucesso do tratamento⁽³⁾.

Ser saudável não depende apenas do corpo físico, mas também do aspecto emocional, fator fundamental que parece interferir na adaptação dos pacientes à sua doença. Torna-se cada vez mais evidente que os problemas de saúde atuais não podem ser resolvidos com assistência voltada exclusivamente aos aspectos biológicos: "(...) frente às doenças atualmente dominantes como as doenças crônicas (...), a medicina não tem se mostrado tão eficaz como ocorrera com as moléstias infecciosas"⁽⁴⁾.

É evidente que as contribuições dos saberes biológicos na área da saúde são de extrema importância, mas são insuficientes quando tomados de forma exclusiva. As reações emocionais dos pacientes à enfermidade são tão importantes quanto os dados fisiológicos. Desse modo, existe a necessidade de considerar os aspectos psíquicos, culturais, econômicos e sociais no processo saúde-doença, já que influenciam nos comportamentos

escolhidos para enfrentar a situação de vivenciar uma doença crônica⁽⁵⁾.

As pessoas que possuem algum comprometimento físico sofrem a influência dos aspectos emocionais, pois a doença gera certa fragilidade. Os aspectos psicológicos podem exercer efeito potencializador sobre as enfermidades crônicas como o diabetes, estando associados ao aumento do risco de sintomas de ansiedade e depressão⁽⁶⁻⁷⁾.

Alguns estudos indicam que o perfil psicológico e a aceitação da doença influenciam os níveis glicêmicos⁽⁸⁻⁹⁾ e, freqüentemente, pode ocorrer comprometimento na qualidade de vida da pessoa com diabetes, provocado por limitações funcionais, dificuldades financeiras, estresse e depressão⁽¹⁰⁾. Por sua vez, o estado depressivo pode acarretar diminuição na motivação em seguir o tratamento, dificultando o controle glicêmico⁽¹¹⁾.

O diagnóstico de diabetes freqüentemente envolve diversos sentimentos e reações emocionais que precisam ser compreendidos e trabalhados pela equipe de saúde. Os profissionais devem estar preparados para oferecer apoio e suporte a todos aqueles que necessitarem. Além disso, os integrantes da equipe devem encorajar a expressão dos sentimentos, fornecendo espaço de escuta para que os pacientes se sintam acolhidos, confortáveis e seguros para entrarem em contato com emoções intensas e não raro desagradáveis, que são comumente evitadas pelo acentuado nível de sofrimento psicológico que acarretam.

O objetivo do trabalho é conhecer os sentimentos e reações emocionais de mulheres, após o diagnóstico de diabetes tipo 2. Tal estudo justifica-se na medida em que pode contribuir com reflexões que levem à assistência mais eficiente e humanizada, buscando atendimento e atenção integral à pessoa que convive com o diabetes.

PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Para fundamentar teoricamente o presente estudo realizou-se adaptação para o diabetes de alguns conceitos clássicos, que foram propostos para o processo de adoecimento relacionado a uma enfermidade crônica⁽¹²⁾. Assim, pode-se afirmar que, após o diagnóstico e na evolução de uma doença considerada grave, de curso crônico e degenerativo, geralmente os pacientes passam por algumas fases

até a aceitação da doença. São elas: negação, raiva/revolta, barganha, depressão e aceitação. Importante salientar que essas fases são dinâmicas, ou seja, podem se alternar e nada impede que um indivíduo que esteja em fase de aceitação do diagnóstico em um determinado momento regrida a fases anteriores. O uso da **negação** (1ª fase) demonstra dificuldade de encarar a realidade e pode surgir diante de um diagnóstico inesperado e chocante - uma doença crônica. Dessa forma, o paciente pode negar a doença ou uma parte do tratamento recomendado. Quando não se pode mais fazer uso da negação emergem, sentimentos de **raiva e revolta** (2ª fase), podendo se propagar em direção à família, à equipe de saúde e aos amigos. A 3ª fase é representada pela **barganha** e a característica mais notável é a negociação que o paciente tenta fazer com os profissionais ou com a família e amigos, buscando auferir algum tipo de vantagem de seu padecimento, como solução para o sofrimento gerado pelo adoecer. Na **depressão** (4ª fase) o sentimento dominante é de perda, acompanhada de imensa tristeza. Quando o paciente começa a visualizar que, além de perdas, obteve ganhos com o processo de adoecimento, inicia-se a 5ª fase - **aceitação**, que é o resultado de transformação gradativa no comportamento, gerando maior conscientização e adaptação em relação à doença e levando à maior responsabilidade pelo seu estado geral de saúde. O paciente, nessa fase, encontra certa paz interior, que favorece à aceitação e adaptação a sua condição⁽¹²⁾.

Participantes do estudo

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, fundamentado em abordagem qualitativa. Foram selecionadas pacientes que preencheram os seguintes critérios, mediante consulta aos prontuários: apresentarem *diabetes mellitus* tipo 2 e serem usuárias de uma unidade básica de saúde do município de Ribeirão Preto, SP, serem do sexo feminino, terem recebido o diagnóstico de diabetes tipo 2 há pelo menos um ano, não apresentarem problemas psiquiátricos e/ou deficiência mental que podem dificultar a capacidade de comunicação e diálogo; concordarem em participar da pesquisa mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Trata-se, portanto, de amostra de conveniência. Foi utilizado o critério de saturação dos dados⁽¹³⁾ para a determinação do número de

participantes do estudo, o que foi atingido com oito entrevistas. A decisão de incluir somente mulheres no estudo objetivou garantir maior homogeneidade na casuística, tendo em vista as diferenças de gênero no comportamento manifestado diante do diagnóstico da enfermidade, pois, historicamente, procuram mais os serviços de saúde do que os homens e os saberes e práticas acerca da manutenção da saúde muitas vezes são transmitidos no âmbito familiar pelas mulheres e são elas que normalmente cuidam da saúde dos seus familiares, vizinhos e amigos.

Local

Foi escolhida a Unidade Básica de Saúde "Oswaldo Cruz" - Vila Mariana, para a coleta dos dados, já que a pesquisadora esteve envolvida nessa Unidade de Saúde no ano 2000, através de um Curso de Aprimoramento em Hipertensão e Diabetes, promovido pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, SP.

Instrumento de coleta de dados

Escolheu-se como instrumento a entrevista semi-estruturada, uma vez que essa modalidade de entrevista permite que o entrevistado tenha maior liberdade e espontaneidade, o que é necessário para o enriquecimento da investigação. Para a realização das entrevistas, foi elaborado um roteiro, tendo em vista os objetivos da pesquisa, o qual foi construído a partir de revisão da literatura. Esse roteiro foi submetido a um pré-teste com duas mulheres com diabetes tipo 2, tendo mostrado sua adequação para a população investigada.

Procedimento para coleta e análise dos dados

A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2003 e a seleção dos participantes foi aleatória, mediante sorteio realizado com os prontuários dos usuários da Unidade de Saúde, previamente selecionados por categoria diagnóstica. A cada sorteio realizado, foi verificado se o paciente se enquadrava nos critérios de inclusão, definidos anteriormente, e, para os casos afirmativos, a pesquisadora entrou em contato com as pessoas sorteadas, por telefone ou carta, explicando-lhes os propósitos da pesquisa e solicitando uma data e horário para o seu comparecimento à Unidade de Saúde, com flexibilidade para respeitar a

disponibilidade das usuárias. As entrevistas aconteceram em situação face a face e individualmente, na sala de psicologia da Unidade de Saúde, e duraram, em média, 50 minutos. Os dados foram audiogravados e, imediatamente, transcritos na íntegra e literalmente, sendo posteriormente submetidos à análise temática de conteúdo. Essa modalidade de análise é considerada "uma das formas que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde", desdobrando-se em três etapas⁽¹³⁾:

a) *Pré-análise*: em primeiro lugar, as entrevistas foram transcritas de forma literal e foram necessárias várias leituras flutuantes do material coletado, que permitiu tomar contato exaustivo com os dados, impregnando-se de seu conteúdo. Formulou-se "hipóteses" e objetivos em relação ao material analisado e também determinou-se a unidade de registro (palavra, tema ou frase) e a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro);

b) *Exploração do material*: foi o momento de aplicar o que tinha sido definido na fase anterior. Nessa etapa, fez-se um recorte do texto em unidades de registro (previamente escolhidas) codificação dessas unidades de registro e classificação e agregação dos dados em unidades temáticas;

c) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: as informações fornecidas pela análise foram postas em relevo e, assim, permitiram que fossem feitas inferências e interpretações com base no referencial teórico adotado, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao manifesto. Também foi realizada articulação dos dados obtidos com a literatura disponível.

Cuidados éticos

O projeto de pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em 15/4/2002 (processo número 2689/2002). Para garantir o anonimato e o sigilo das participantes, todos os nomes utilizados no presente relato são fictícios e as entrevistas aconteceram após as participantes terem sido suficientemente esclarecidas sobre seus direitos, enquanto voluntárias da pesquisa, bem como sobre os objetivos do estudo, formalizando sua anuência por meio da assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS: DANDO VOZ ÀS USUÁRIAS

A idade das mulheres que participaram do estudo variou de 49 a 76 anos. Apresentavam baixo nível de escolaridade - até 4ª série do ensino fundamental. Quanto à remuneração, a renda familiar declarada por cinco entrevistadas foi inferior a dois salários mínimos, sendo que o maior rendimento correspondeu a três salários mínimos. Em relação à ocupação, a maioria era do lar.

Sentimentos e reações emocionais

Vários relatos colocaram em evidência alguns sentimentos e reações que as entrevistadas experimentaram imediatamente após o diagnóstico de diabetes, como "raiva", "revolta", "tristeza", "medo", "choque" e "susto". No entanto, os relatos mostraram que, com o decorrer do tempo, as entrevistadas acabavam se acostumando com o fato de apresentar uma doença crônica como o diabetes.

Ah eu fiquei muito revoltada (...). Não foi só eu não, foi o povo da minha família, porque eu gostava muito de doce e já que me privaram de doce, eu até chorava (...). Nessa época eu fiquei muito revoltada, mas depois fui acostumando. Hoje em dia não ligo mais não (Maria).

Ah, não fiquei bem não. Meu marido foi pior, que ele até chorou (...). Mas eu fiquei sentida, mas fazer o quê? (Ana).

A gente assusta né. Pensa que é uma coisa do outro mundo, que não vai sarar. Bom, sarar não sara mesmo né, mas pode melhorar, controlar né (Lúcia).

Ah eu fiquei muito triste né, que meu sogro também tinha. Ele morreu disso, de diabetes, então eu fiquei muito chocada (...). Fiquei muito triste, comecei a chorar (Vera).

Os depoimentos mostraram que, com o passar do tempo, as mulheres começaram a aceitar mais sua condição, alegando que se conformavam com a doença e que não se preocupavam mais com o diabetes.

Hoje em dia não ligo mais não, quer dizer, já faz 16 anos, eu não morri ainda. Se eu durar mais 16 está bom, não está? Eu acho que está ótimo! (...). Eu acho que para mim é normal ter diabetes, convivo com ela normalmente (Maria).

Agora não ligo mais, agora não estou nem aí (...). Agora não tenho mais sentimento nada, agora o quê que eu vou fazer, não tem jeito mesmo (...). Pra mim agora é que nem uma pessoa que não tem diabete (Laura).

É, mas eu não me preocupo com o diabetes, de jeito nenhum (...). Eu viajo, eu olho criança, não preocupo com o diabetes, e se eu preocupar muito, aí fica pior. Aí eu fico doente mesmo. Agora se eu não ficar na cabeça, aí não fico (Ana).

Eu faço que nem tenho nada, nem tenho nada (...). Levo a vida como se não tivesse (...). Tem hora que eu fico preocupada, mas a maioria do tempo eu não me preocupo não. Fazer o quê, sarar não sara mesmo né, então, vamo tocar o bonde do jeito que dá né (Lúcia).

Uma entrevistada declarou que se conformava com a doença, pois não seguia rigidamente o tratamento, já que comia o que tinha vontade. Relatou também que, caso se preocupasse com a doença, poderia seguir de forma mais adequada o tratamento prescrito.

Ah não tenho sentimento nessa parte não (...). Eu me conformo com a doença (...). Tem gente que fala assim: não, eu não posso comer isso, eu não vou comer, e não come. Agora eu não, eu falo assim: eu tenho diabetes, eu quero comer um pouquinho, um pouquinho só não faz mal não (...). Não me preocupo com a doença, porque se preocupasse, às vezes a gente cuidava melhor, né (...). É onde eu penso assim: ah todo jeito tem que morrer mesmo, então não vou me preocupar com essa doença (Joana).

Um depoimento evidenciou a noção de que o diabetes é doença que não provoca dor, não afeta o "nervoso", como também não atinge muito as pessoas, desde que elas saibam controlar a glicemia.

É uma doença que não atinge muito a gente, não maltrata muito, sabendo controlar assim (...). Não sente dor, não sente nervoso, não sente nada (...). Só tem que evitar de comer alguma coisa mais forte de açúcar (Nair).

Uma entrevistada disse que ficava nervosa quando o diabetes estava elevado, já outro relato mostrou que o diabetes, juntamente com o avançar da idade, provocou certo desânimo. Algumas falas retrataram o medo das complicações tardias decorrentes do diabetes.

Já fico nervosa, (...) porque a diabete está alta (Nair).

Eu sinto assim, um desânimo (...). Eu acho que foi pela idade e pela diabete também né, pelos dois (Lúcia).

Eu morro de medo de entrar em coma, muita gente vai. É uma doença chata [risos] (Ana).

Diabetes pra mim é uma doença terrível. Eu acho que é terrível mesmo. Até evito de machucar os dedos, de picar (...). Medo de não sarar né, cortar até o dedo (...). Mudou que a gente ficou arrasada né, com essa doença né. Acaba com a saúde da pessoa (Cláudia).

Foi possível perceber a influência das emoções na aderência ao tratamento, afetando o uso da medicação e o seguimento da dieta.

Eu acho que sim, ficar sossegado aí não tem. Agora se for ficar aí afobado (...) aquela afobação, aí às vezes não toma o remédio certo, não faz a dieta certa (Laura).

Meu irmão tem 80 anos, 80, mas ele faz caminhada. Sabe, ele quer viver. Agora eu não quero viver mais, ele quer (...).

Ele fala que não toma nada com açúcar, ele não toma refrigerante, não come bolo (...). Quando ele me falou, eu estava comendo tudo isso daí (...). Ele falou: faz que nem eu. Ele tem o adoçante, aí eu passei né a comprar adoçante e fazer o que ele está fazendo né. Parei com os refrigerante. Minha filha faz bolo eu não como. Como assim, biscoito né, bolacha de água e sal. Estou até enjoada (Cláudia).

DISCUSSÃO: DA REALIDADE À LITERATURA

Adaptar-se a uma doença crônica não transmissível envolve diversas mudanças nos hábitos que interferem na vida cotidiana dos indivíduos, o que parece ser algo extremamente penoso e difícil. Receber o diagnóstico de uma doença crônica, como o diabetes, desperta diversos sentimentos, reações emocionais e fantasias, que precisam ser conhecidos e compreendidos pelos profissionais de saúde.

Os dados mostraram que o diagnóstico de diabetes veio acompanhado de vivências carregadas por sentimentos disfóricos tais como "tristeza", "raiva", "revolta", "choque" e "susto". Algumas entrevistadas mencionaram claramente que experimentaram sentimentos de *raiva* e *revolta* após receberem o diagnóstico de diabetes, sinalizadores da existência de conflitos psicológicos intensos que aumenta a vulnerabilidade aos sintomas de estresse, depressão e ansiedade.

Os pacientes que estão nesse estágio (raiva/revolta) podem apresentar comportamentos de rebeldia e constante questionamento: *por que isso aconteceu comigo?*. Nesse estágio o paciente frequentemente se queixa de tudo, considera que nada está bom, pode ficar muito exigente, irritado e hostil. Uma frase que pode exemplificar essa fase é: *tenho ódio de ser diabético*. Acredita-se que esse sentimento de raiva/ódio pode levar o paciente a se afastar de tudo aquilo que o faz lembrar o diabetes e seu tratamento, assim, esquecer de tomar a medicação e, em alguns momentos, alimentar-se com total liberdade, como se o diabetes não existisse⁽¹²⁾.

A raiva e o ódio sentidos pelo paciente podem se propagar em todas as direções, podendo voltar-se, inclusive, contra a família, os amigos e os profissionais, e acaba sendo muito difícil para todos que estão próximos ao paciente tolerar suas manifestações de revolta e hostilidade.

Um profissional, ao lidar com um paciente que se encontra nesse estágio, precisa estar muito

atento aos seus próprios sentimentos, que são desencadeados pelo contato com as emoções turbulentas de quem convive com a doença. É importante tomar cuidado com a contratransferência, isto é, os sentimentos inconscientes que vivencia ao entrar em contato com o universo emocional do paciente, para não acabar reagindo à raiva com manifestação hostil ainda mais intensa. Vale ressaltar que o profissional pode expressar sua raiva de diversas formas, por exemplo, evitando o contato com um paciente ao oferecer um atendimento mais curto. Uma das formas de aprender a lidar com esse sentimento do paciente é buscar entendê-lo, colocando-se em seu lugar, mediante uma postura de aceitação incondicional e compreensão empática. Por exemplo, se tivéssemos aproximadamente 50 anos, detestássemos fazer exercício físico e tomar remédios todos os dias, e adorássemos comer doces, será que também, em algum momento, não sentiríamos raiva por termos de conviver com o diagnóstico de diabetes? Em relação à estratégia de *se colocar no lugar do outro*, pode-se afirmar que: "Ao diabético, é preciso permitir que ele seja como ele é, é preciso suspender nossas crenças, valores e preconceitos, é preciso que calcemos seus sapatos e olhemos com o seu olhar, para, assim, e somente assim, podermos compreender esse ser humano que se quer conhecer e com quem se quer trocar"⁽¹⁴⁾.

Para auxiliar o paciente a ultrapassar essa etapa de forma mais rápida e menos sofrida é importante que o profissional da saúde dedique um tempo para escutar efetivamente o que ele tem a dizer e, também, a suportar alguma raiva irracional, sabendo que o alívio proveniente do fato de tê-la externado contribuirá para maior aceitação da sua doença⁽¹²⁾.

Algumas mulheres entrevistadas fizeram referência a um sentimento de *tristeza*, vivenciado logo após tomarem conhecimento de que o diabetes estava presente em suas vidas. Na fase da *depressão*, o paciente lamenta-se de tudo e a vida parece perder o seu valor. O sentimento de raiva cede lugar ao sentimento de perda e profunda tristeza⁽¹²⁾, pois a vida parece perder o sentido. Na visão das pacientes, a condição crônica de saúde traz inúmeros prejuízos: perdas nas relações sociais, perdas financeiras, perdas da capacidade física, limitações nas atividades de lazer e no prazer de fumar e beber.

A doença pode levar ao isolamento social e ser altamente destrutiva, mas, por outro lado, pode

também fazer emergirem sentimentos positivos e ligações com pessoas, fortalecendo laços de solidariedade e apoio entre amigos, familiares e até mesmo entre pessoas desconhecidas⁽¹⁵⁾. Quando o paciente começa a vislumbrar que, além das perdas que efetivamente sofreu, também obteve ganhos e benefícios - como, por exemplo, em sua qualidade de vida - ele começa gradualmente a ingressar no último estágio, que corresponde à aceitação da doença.

Se o profissional de saúde pode acolher o sofrimento, a dor e a tristeza de seus pacientes, mais tarde, quando estiverem sozinhos, eles terão mais força para aceitar a doença como um limite ineludível da condição humana - e não como um castigo ou fatalidade; se os profissionais deixarem que seus pacientes exteriorizem sua tristeza, eles aceitarão mais facilmente sua situação⁽¹²⁾.

Após vários anos de diagnóstico, uma não preocupação com a doença e um certo conformismo apareceram nos depoimentos como um dado recorrente. Nas sociedades capitalistas, aquele que padece de uma doença não pode permanecer muito tempo enfermo, pois, estar doente, é um estado suportável socialmente apenas por um curto período de tempo. Assim, o paciente pode ficar indiferente, ignorar ou mesmo *negar* a existência de sua doença. As pessoas freqüentemente possuem uma imagem do próprio corpo como um organismo em perfeito estado de saúde. O uso da negação acontece quando as pessoas não conseguem mudar a imagem que possuem de si.

Existem duas formas de negação: total e parcial. Os pacientes que estão em um movimento de *negação total* agem como se não possuíssem o diagnóstico de diabetes, pois mantêm os mesmos hábitos alimentares, não fazem atividade física e não tomam os medicamentos com regularidade. Freqüentemente pensam que o médico errou no seu diagnóstico e que os resultados de seus exames estão incorretos, ou foram trocados. Uma frase que pode ilustrar esse estágio é ouvida quando os pacientes afirmam: *não, eu não, não pode ser verdade*. Ou ainda: *o diabetes não é uma doença para mim*. Nas entrevistas realizadas, não foi constatado nenhum caso de negação total da doença. As entrevistadas reconheciam que eram diabéticas e não negavam a existência de sua doença.

Na *negação parcial*, o paciente nega uma parte da realidade ou do tratamento. Desse modo,

tenta se enganar ao suprimir uma parcela da realidade que está conectada com o que lhe traz sofrimento e aflição. Por exemplo, uma usuária, no momento da entrevista, nega que determinados alimentos, mesmo que consumidos em pequenas quantidades, podem ser prejudiciais à sua saúde: *tenho diabetes, eu quero comer um pouquinho, um pouquinho, um pouquinho só não faz mal.*

A negação é uma defesa da auto-estima do indivíduo, ameaçada pela irrupção da doença. É bom lembrar que toda defesa tem um lado negativo e um positivo. A parte negativa é que, ao usar da negação como defesa, o paciente tem dificuldade para seguir o tratamento. O lado positivo é que toda defesa tem por objetivo defender o paciente, por exemplo, da vivência de um sofrimento ou angústia considerada insuportável no momento. Às vezes, o paciente não pode suportar o diagnóstico de uma doença crônica e a negação funciona como um *pára-choque* diante de notícias inesperadas e chocantes, com alto impacto sobre o cotidiano e a auto-imagem. Quando a realidade é muito áspera, muitos pacientes utilizam a negação, como se precisassem de um tempo para digerir o impacto emocional e elaborar a experiência traumática, com o objetivo de criar forças para enfrentar de forma mais adequada a doença.

O profissional da saúde deve buscar sempre um equilíbrio em suas atitudes: ser realista com o paciente, mas também respeitar quando ele dá indícios de não tolerar mais entrar em contato com a dura realidade que envolve ser portador de uma doença crônica. Os profissionais precisariam se perguntar constantemente: qual é a necessidade do paciente e qual é a minha real disponibilidade de auxiliá-lo nesse momento?

A presença do diabetes pode ativar fantasias, medos e ansiedades que funcionam como obstáculos na incorporação da informação e no seguimento do tratamento. Sabe-se que, em momentos de muita ansiedade, a capacidade de processar informação fica prejudicada. No processo ensino-aprendizagem há obstáculos, tanto cognitivos como emocionais, que precisam ser compreendidos e trabalhados pela equipe de saúde.

O diabetes, por ser doença freqüentemente assintomática e sem dor, possibilita o cumprimento normal das atividades diárias, o que favorece reações e pensamentos mágicos do tipo *para mim é que nem uma pessoa que não tem diabetes; eu não ligo, sabe; eu faço que nem tenho nada.*

Foram colhidos relatos, paralelamente, que mostram existir um sentimento de inquietação quando a glicemia se eleva, acentuando o medo das complicações decorrentes do diabetes, o que pode ajudar e ser um facilitador na busca por melhor controle metabólico.

Geralmente os sentimentos vivenciados parecem ser contraditórios e ambíguos, assim, alguns depoimentos mostram a obstinação em viver como se o diabetes não existisse, ou não constituísse problema em suas vidas. Essa tendência coexiste com atitudes desveladas em outros depoimentos que revelam um viver "terrível", "nervoso", "triste", "desanimado", na companhia permanente do "medo" das complicações que podem advir do diabetes. A percepção negativa do diabetes pode estar associada também ao fato de alguns profissionais de saúde darem ênfase excessiva às proibições, que podem ser entendidas pelo paciente como "nada pode", trazendo uma perspectiva bastante sombria e desoladora para o convívio com uma doença que parece subtrair o prazer de viver. Intervenções que reforcem a possibilidade de preservar o sabor da vida, apesar das restrições impostas no cotidiano, podem ser muito mais operativas.

Os depoimentos mostram claramente a influência das emoções no seguimento do tratamento e no controle da própria doença. A pessoa com diabetes toma decisões em relação ao tratamento dessa enfermidade que afetam e são afetadas pelos seus sentimentos, pensamentos, valores e outros aspectos psicossociais que predisõem às ações⁽¹⁵⁾.

Observou-se, nos depoimentos, associação entre não seguir o tratamento e o que uma paciente denominou de "não querer viver". Esse dado sugere que é necessário haver vontade de viver, a esperança de obter melhor controle dos sintomas nos casos de condição crônica instalada, ou seja, é preciso considerar o viver do paciente diabético em todas as suas dimensões, desde a rotina mais trivial até o desejo de continuar lutando pela vida. O desejo e o compromisso das pessoas com a própria vida são elementos fundamentais no tratamento das doenças⁽¹⁶⁾, sobretudo nas condições crônicas de saúde.

As entrevistadas vivenciam afetos negativos pelas proibições, limitações e possíveis complicações determinadas pelo diabetes. Parece que não suportam viver o tempo todo com tantas restrições carregadas de sentimentos negativos, por isso usam da negação como válvula de escape, buscando alívio para a

ansiedade suscitada pela sensação de incontrolabilidade sobre os acontecimentos que assaltam seu organismo. Nesse sentido, pode-se afirmar que não se pode olhar o sol o tempo todo, da mesma forma, não se pode encarar a doença todo o tempo⁽¹²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que os comportamentos das pacientes frente ao diagnóstico do diabetes estão associados a uma série de sentimentos e reações emocionais que precisam ser compreendidos pela equipe multidisciplinar responsável pela assistência. Como foi evidenciado nos depoimentos das mulheres entrevistadas, o diagnóstico suscita variada gama de respostas emocionais que demandam capacidade de acolhimento dos profissionais de saúde, de modo a auxiliar as pessoas com diabetes a lidarem adequadamente com os aspectos subjetivos da doença, buscando, assim, maior eficácia adaptativa. Para tanto, fica claro que não basta apenas oferecer informações, pois o comportamento humano é extremamente complexo e transcende os aspectos meramente cognitivos, enraizando-se também nas disposições afetivo-emocionais e valorativas que fundamentam as atitudes e comportamentos.

A literatura tem indicado que oferecer apenas informações, embora necessário, não é suficiente para promover mudanças no comportamento, nem garante melhor controle glicêmico. Além disso, aumento do aporte de informações não corresponde necessariamente a acréscimo da adesão ao tratamento. No entanto, ainda existe uma idéia difundida de que o acesso a determinado conhecimento é, por si só, capaz de promover mudanças nos hábitos e no estilo de vida, haja vista que são inúmeros os programas educativos que se voltam apenas para a transmissão de conhecimentos.

Obter informação qualificada é muito importante e consiste em fator que pode ajudar na prevenção das doenças e das complicações associadas

ao diabetes, mas não garante necessariamente a mudança nos comportamentos indesejáveis do ponto de vista da promoção de saúde. Dispor de informações não é o único aspecto envolvido na complexa relação entre o *saber* e o *fazer*, uma vez que os aspectos emocionais atuam como fatores mediadores entre a informação e a sua elaboração subjetiva, que leva à transformação do aprendido em conhecimento a ser aplicado no dia-a-dia. Esse conhecimento, continuamente reelaborado pelo paciente, a partir de suas experiências de vida, é que conduz à mudança de comportamento, permitindo que hábitos de vida saudáveis sejam incorporados ao cotidiano.

Os resultados obtidos oferecem subsídios relevantes para a prática em saúde. Pode-se conjecturar que a notória dificuldade de adesão, por parte das pessoas com diabetes, das recomendações prescritas pelos profissionais, evidenciada amplamente pela literatura, tem raízes mais profundas do que apenas a falta de informação. Acredita-se que, para alcançar maior efetividade, os programas educativos devem ser baseados no diálogo e na troca de saberes pautada na consideração das emoções despertadas, promovendo intercâmbio genuíno entre o saber científico e o popular, sendo que, ambos, profissionais e pacientes têm muito o que ensinar e aprender uns com os outros.

Algumas limitações podem ser apontadas, como a necessidade de pesquisas envolvendo pacientes com um espectro sociodemográfico e educacional mais abrangente, que escapam ao escopo deste estudo. Sugere-se que a pesquisa seja replicada com amostras maiores, permitindo a comparação com as contribuições qualitativas derivadas da presente investigação, o que favoreceria o desenvolvimento de programas educativos específicos para a realidade brasileira.

O presente trabalho contribui para a maior compreensão dos aspectos emocionais envolvidos no diagnóstico e tratamento do diabetes, no entanto, os resultados sugerem que serão necessários novos estudos que explorem outras dimensões relacionadas ao conhecimento dos sentimentos e reações emocionais envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):397-406.

2. Altschuler J. Working with adults who are ill. In: Altschuler J. Working with chronic illness. United Kingdom: MacMillan; 1997. p. 127-55.
3. Delamater AM, Jacobson AJ, Anderson B. Psychosocial therapies in diabetes. Diabetes Care 2001; 24:1286-92.
4. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru (SP): EDUSC; 2001.

5. Mercado-Martinez FJ, Silva LR, Herrera IMR, Leal NM, Hernández EA. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente Y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(1):179-86.
6. Gameiro F, Moos EC, Teixeira JAC. Satisfação de sujeitos diabéticos em relação aos cuidados de saúde. In: Ribeiro JL, Leal I, Dias MR. *Psicologia da saúde nas doenças crônicas*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2000. p. 297-310.
7. Peyrot M, Rubin RR. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care* 1997; 20(4):585-90.
8. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohr PA. Assessment of diabetes-specific distress. *Diabetes Care* 1996; 18:754-60.
9. Maia FFR, Araújo LR. Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2004; 48(2):261-6.
10. Anderson RM, Funnelk MM, Barr PA, Dedrick RF, Davis WK. Learning to empower patients: results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care* 1991; 14(7):584-90.
11. Doherty Y, James P, Roberts S. Stage of change counselling. In: Frank S, Skinner T. *Psychology in diabetes care*. England: John Wiley; 2000. p. 100-39.
12. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1994.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo (SP): Hucitec; 1994.
14. Santana MG. *O corpo do ser diabético, significados e subjetividade*. [Tese]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde/UFSC; 1998.
15. Peres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2: o sentir, o pensar e o agir. *Rev de Saúde Pública* 2006; 40(2):310-7.
16. Berlinguer G. *A doença*. São Paulo (SP): Hucitec; 1988.