

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 PARA O CONTROLE DOS ASPECTOS EMOCIONAIS

Júlia Montenegro Chaves
Sergio Henrique de Souza Alves
(UniCEUB - Centro Universitário de Brasília – Brasília – DF)

Resumo

O estudo teve como objetivo conhecer as estratégias para o controle dos aspectos emocionais utilizadas por indivíduos com diabetes mellitus Tipo 2. Participaram da pesquisa quatro idosos entre 61 e 80 anos de idade. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada. Para análise, as entrevistas foram transcritas e os resultados foram interpretados a partir da transformação do conteúdo em categorias de análise. Os resultados indicam haver relação entre o emocional e a diabetes, podendo ser classificada como somatopsíquica. Conclui-se que o equilíbrio emocional pode ser um fator importante para o controle da doença, sendo este alcançado por meio de estratégias de enfrentamento focadas na emoção e no problema podendo verificar as estratégias de coping na adaptação à doença.
Palavras-chave: diabetes; controle emocional; estratégias de coping.

Abstract

Strategies Used by People with Diabetes Mellitus Type 2 for the Control of Emotional Aspects

This study aimed to understand the main strategies for the control of the emotional aspects used by individuals with diabetes mellitus Type 2. Participants included four elderly, between the age of 61 and 80 years old. Data were collected through semi-structured interview. For data analysis, interviews were transcribed and the results were interpreted by the transformation of content into categories of analysis. The results showed the relationship between the emotional and diabetes, sorting the disease as somatopsychic. Thus, the emotional balance can be an important factor to control the disease, being achieved through strategies for coping with the emotion and focus on the problem. Thus, we can see the direct effects of coping strategies in adaptation to illness.

Keywords: diabetes; emotional control; coping strategies.

Introdução

A diabetes mellitus é uma doença crônica que leva o indivíduo a apresentar

descontrole glicêmico (hipoglicemia e hiperglicemia) decorrente da falta de insulina ou da incapacidade da insulina de exercer sua função (Paiva, 2001).

Quando o pâncreas não produz insulina ou quando a produz em quantidade muito pequena denomina-se diabetes Tipo 1. Segundo Gross, Silveiro, Camargo, Reichelt e Azevedo (2002), seu pico de incidência ocorre dos 10 aos 14 anos de idade, havendo uma diminuição da incidência até os 35 anos. Porém, indivíduos de qualquer idade podem desenvolver diabetes Tipo 1.

A diabetes Tipo 2 é definida como uma doença resultante de uma resistência à insulina (Paiva, 2001). Sua etiologia não é claramente estabelecida como na diabetes Tipo 1, estando a causa desta doença associada a outras variáveis como a obesidade, alimentação inadequada e inatividade física. A idade de início da diabetes Tipo 2, segundo Gross et al. (2002), é variável, embora seja mais frequente após os 40 anos de idade, com pico de incidência ao redor dos 60 anos. Entretanto, com o aumento do consumo de alimentos hipercalóricos e ricos em carboidratos simples e do sedentarismo, em função dos novos hábitos adquiridos e incentivados pela sociedade consumista e sedentária, o número de crianças portadoras de diabetes Tipo 2 cresce

consideravelmente nos últimos anos (Dias, Maciel & Sablich, 2007).

Como esse tipo de diabetes está relacionado não só à hereditariedade, mas na maioria das vezes, à obesidade e à vida sedentária, a diabetes Tipo 2 pode ser controlada com medicações, dietas e exercícios. Aqueles com diabetes associada à obesidade podem dispensar a medicação após o emagrecimento, o controle alimentar e a prática de atividade física com regularidade (Lucchese, 2008).

A diabetes é uma doença que traz diversas complicações fisiológicas, como risco aumentado de doenças cardiovasculares, retinopatia com potencial cegueira, nefropatia que pode conduzir à falência renal, neuropatia com risco de úlceras dos pés, amputações e disfunção sexual (Paiva, 2001), além de sintomas psicopatológicos como ansiedade e depressão (Amorim & Coelho, 2008).

Estudos relacionados aos aspectos emocionais de pessoas com diabetes demonstram o quanto estas sofrem repercussões emocionais importantes, desde a obtenção do diagnóstico, onde o paciente tem que lidar com a aceitação de sua nova condição de doente, até os diversos cuidados que deve tomar para o controle da doença. Além disso, precisam aprender a lidar com os medos e preocupações diante de possíveis

complicações que podem ocorrer com o tratamento inadequado da doença (Marcelino & Carvalho, 2008).

A presença da diabetes acarreta não só mudanças significativas na relação que o indivíduo com diabetes estabelece com seu próprio corpo, como também, com o mundo que o cerca, e é, sobretudo, por meio das restrições no comportamento alimentar que ele toma consciência de suas limitações. Assim, a doença pode surgir como uma ameaça à autonomia, trazendo conflitos entre o desejo alimentar e a necessidade de controlá-lo (Santos, Zanetti, Otero & Santos, 2005), interferir na motivação e na predisposição para incorporação de mudanças no dia a dia (Péres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007) e, muitas vezes, trazer sentimentos positivos ao possibilitar o paciente cuidar melhor de sua saúde e de si mesmo.

Santos Filho, Rodrigues e Santos (2008, p. 128) identificaram reações emocionais comuns e frequentes em indivíduos com diabetes mellitus que comprometem o desempenho dos papéis de autocuidado e evidenciam que “a diabetes é uma doença que, independente da faixa etária e da etiologia, causa um impacto negativo na vida biopsicossocial”.

Para Silva (1994) e Marcelino e Carvalho (2005) a doença somatopsíquica é definida como qualquer alteração

psíquica decorrente de um sofrimento físico como os efeitos psíquicos sofridos pelo indivíduo que possui uma enfermidade crônica como a diabetes.

Da mesma forma que a influência de situações estressantes no dia a dia de um indivíduo com diabetes pode dificultar o controle da doença, Mattosinho e Silva (2007) relatam que “a maneira como as pessoas interpretam a origem, a importância e o efeito da doença sobre seus comportamentos e relacionamentos, também irá influenciar suas decisões na busca de cuidados e tratamentos de sua doença” (p. 1116).

Logo, acredita-se que, de forma a adaptar-se à sua condição crônica, o diabético necessita de lidar com um conjunto de exigências que o vão acompanhar ao longo da sua vida. Este fato remete-nos para as estratégias de coping passíveis de serem utilizadas de maneiras diferentes por cada indivíduo (Filipe, 2008).

Numa perspectiva cognitiva comportamental, em que se trabalha a parte cognitiva, pensamentos em relação à doença, crenças e expectativas influenciando as ações e atitudes frente ao tratamento, a mudança ou não de comportamentos está relacionada às contingências, tanto antecedentes como aquisição de informações sobre a doença,

atividades físicas e dieta, quanto às consequências como, por exemplo, reforçadores liberados pelos grupos de apoio, família e amigos (Rangé, 2003; Guilhardi, 2001).

Nesse sentido, coping é definido por Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998) como “um conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas” (p. 274), isto é, refere-se às maneiras como tentamos mudar as circunstâncias ou as interpretações destas para torná-las menos ameaçadoras e mais favoráveis. São respostas comportamentais e cognitivas utilizadas com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas.

Em um processo contínuo e dinâmico, as pessoas podem mudar suas estratégias de coping à medida que avaliam as variáveis das demandas de uma situação estressante e os seus recursos disponíveis naquele momento, bem como ajustam suas estratégias de coping ao avaliarem se seus esforços mudaram a situação estressante para melhor ou pior (Filipe, 2008).

Os psicólogos Richard Lazarus e Susan Folkman descreveram dois tipos básicos de coping: o coping com enfoque no problema e o coping com enfoque na emoção. O primeiro refere-se aos esforços dirigidos em mudar ou administrar diretamente um estressor ameaçador

quando as pessoas acreditam que algo pode ser feito para mudar a situação, e o segundo, são esforços dirigidos para aliviar ou regular o impacto emocional de uma situação estressante, utilizados quando as pessoas acreditam que essa situação não pode ser mudada (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

As estratégias de coping focalizadas no problema incluem coping por confronto e solução planejada do problema e as focalizadas na emoção incluem fuga/evitamento, busca de apoio social, distanciamento e reavaliação positiva (Amorim & Coelho, 2008).

Em sua pesquisa, Amorim e Coelho (2008) descrevem subescalas de coping de acordo com Ways of Coping Questionnaire de Folkman e Lazarus (1988). São elas:

Confrontativo: descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere certo grau de hostilidade e de risco; *Resolução planejada do problema*: descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução; *Distanciamento*: descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação; *Autocontrole*: descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações; *Procura de Suporte Social*:

descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional; *Aceitar a Responsabilidade*: reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas; *Fuga-Evitamento*: descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema; *Reavaliação Positiva*: descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. (Amorim & Coelho 2008, p. 322)

De acordo com Santos e outros (2005), a informação é um meio eficaz de minimizar os sentimentos de incerteza, medo, dor e desconforto inerentes ao diagnóstico de uma condição que não se tem a perspectiva de cura, somente do controle clínico. Porém, Péres e outros (2008) sugerem que:

Oferecer apenas informações, embora necessário, não é suficiente para promover mudanças no comportamento, nem garante melhor controle glicêmico. [...] 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 (Santos e outros, 2005, p.8).

Portanto, dentro dessa perspectiva teórica, o conhecimento juntamente com as experiências de vida e redes de apoio possibilita o paciente encontrar meios e a melhor estratégia para atingir a mudança de comportamento, incorporando ao cotidiano, hábitos de vida mais saudáveis.

Acredita-se, então, que os sistemas de apoio oferecidos por equipe multidisciplinar e a troca de experiências com outros pacientes que apresentam a mesma doença e dificuldades semelhantes constituem fatores importantes para essa mudança. Além de instituições, associações e grupos na comunidade, a família também é um sistema de apoio de grande relevância (Santos e outros, 2005), uma vez que “ela é parte fundamental na construção da saúde de seus membros, pois tem como função básica o apoio, segurança e proteção” (Alcântara e outros, 2008, p. 2).

Em um estudo realizado por Amorim e Coelho (2008) salientando a importância dos aspectos psicossociais no atendimento a indivíduos com diabetes Tipo 2, avaliou-se a presença de

sintomatologia ansiosa e depressiva nestes e detectou-se que:

Os indivíduos identificados com sintomatologia de ansiedade e depressão, mais provavelmente respondem ao estresse desencadeado pela diabetes usando mais estratégias de coping de evitamento em comparação aos diabéticos que não apresentam estes sintomas. Contrariamente, as estratégias mais focadas no problema, como resolução planejada de problemas ou coping confrontativo ou estratégias emocionais de significado positivo – reavaliação positiva ou procura de suporte social que pode ser enquadrado, quer nas funções de coping focado no problema – procura de informação ou aconselhamento para resolução do problema – quer focado nas emoções – procura de aconselhamento para que o indivíduo se sinta apoiado – apresentam uma relação inversa, ou seja, estão associados com ausência de alterações do afeto (Amorim & Coelho, 2008, p.330).

Dessa maneira, visto que a diabetes é uma doença crônica crescente em todo o mundo e que está diretamente relacionada a vários aspectos, tanto fisiológicos como

sociais e psicológicos, o presente estudo teve como objetivo conhecer as estratégias utilizadas por idosos com diabetes Tipo 2 para o controle dos aspectos emocionais, abordando a relação entre o emocional e a diabetes Tipo 2.

Além desse fator, a pesquisa procurou contribuir com reflexões que poderão levar à assistência mais eficiente, buscando atendimento e atenção integral aos indivíduos com diabetes, visando o aumento da qualidade de vida destes.

Método

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, dentro de uma perspectiva exploratória, a fim de conhecer o fenômeno e suas peculiaridades.

O estudo contou com a participação de quatro idosos, dois homens e duas mulheres, na faixa etária entre 61 e 80 anos. Todos os participantes residiam em cidades do entorno de Brasília, Distrito Federal, no período da coleta dos dados, realizada entre agosto e dezembro de 2009. Os participantes foram selecionados a partir de critérios de indicação e de conveniência.

O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada com um roteiro flexível que abordava a avaliação do sujeito sobre a doença, suas experiências

frente ao diagnóstico e motivações para o tratamento, as mudanças de comportamento e de sentimentos observadas após o diagnóstico e as estratégias por eles utilizadas para o controle emocional.

As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas em áudio para transcrição. Cada uma teve duração média de uma hora. O encerramento da pesquisa se deu após as entrevistas e a devolutiva dos resultados aos participantes.

Após a transcrição integral das entrevistas e da leitura do material impresso, os dados foram interpretados a partir da transformação do conteúdo em categorias de análise. Dessa forma, o conteúdo das entrevistas foi analisado pelo método hermenêutico dialético proposto por Minayo (1994). Esse método foi escolhido por possibilitar uma interpretação mais próxima da realidade.

Durante a análise de conteúdo das entrevistas, procedeu-se a ordenação das falas e seleção de partes do material consideradas relevantes para a discussão, as quais foram codificadas e organizadas em subtemas, classificadas da seguinte forma: (1) avaliação do sujeito sobre a doença, suas experiências e motivações frente ao diagnóstico; (2) mudanças de comportamento e de sentimentos ocorridas

após o diagnóstico; (3) as estratégias utilizadas para o controle emocional.

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo CAAE - 0102.0.303.000-09) e os participantes foram antes esclarecidos a respeito do objetivo da pesquisa e de seus direitos, como o sigilo de seus depoimentos. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, autorizando a gravação e divulgação dos dados com a preservação do anonimato.

Resultados e Discussão

Para a manutenção do anonimato, os participantes receberam os nomes fictícios de Pedro, Maria, Luiza e Mário. Pedro é um senhor de 62 anos, é diabético há oito anos e participa, esporadicamente, de grupo de diabetes. Recentemente, foi encaminhado a um tratamento psicológico por apresentar comportamentos frequentes e excessivos de aferição da glicose. Maria tem 79 anos de idade, é diabética há 30 anos e participa de um grupo de idosos na igreja, semanalmente. Relata sofrer com a morte recente de dois filhos e do marido. Luiza tem 61 anos, recebeu o diagnóstico de diabetes há seis meses e tem dificuldades em aceitar sua nova condição. Recebe acompanhamento de um

cardiologista, endocrinologista, nutricionista e psiquiatra. Mário tem 80 anos, convive com a diabetes há seis anos, não participa de grupos e aceita a diabetes com naturalidade, pois acredita que o estado de espírito influencia diretamente a saúde e que ter pensamentos positivos ajuda no controle da diabetes, pois, para ele, a mente tem grande poder sobre a saúde física.

A partir dos relatos de cada participante, os dados foram separados e analisados por categorias e foi realizada articulação destes com a literatura disponível.

Categoria 1 – Avaliação do sujeito sobre a doença: suas experiências e motivações

De acordo com a análise das entrevistas, os relatos colocam em evidência alguns sentimentos e reações emocionais que os participantes experimentaram após o diagnóstico de diabetes, como alívio, revolta, tranquilidade, preocupação e ansiedade. Observou-se também que essas reações emocionais se davam com base na avaliação que o sujeito possui sobre a doença, de acordo com suas crenças, expectativas, experiências e motivações.

Dessa forma, ao serem questionados sobre seus sentimentos

depois de confirmado o diagnóstico, as respostas foram diversas.

Pedro referiu, conforme exemplificado pelo relato abaixo, ter sentido um alívio após a confirmação do diagnóstico, pois ele havia perdido o prazer sexual, sendo a disfunção sexual um dos sintomas provocado pela diabetes.

[...] eu estava perdendo a potência, o prazer pelo relacionamento sexual, estava com uma fraqueza muito grande e isso trouxe para mim um desconforto e desconfiança para minha esposa, chegando ao ponto dela suspeitar e desacreditar em mim. [...] psicologicamente, o alívio, em provar que não era nada daquilo, pra mim já foi 100% (Pedro).

De acordo com o relato apresentado a seguir, nota-se que Pedro não considerava a diabetes como “uma doença”, mas como um estado de saúde que lhe trouxe muitos benefícios, fazendo com que ele cuidasse mais de si, e tendo a percepção de que o sucesso do tratamento só dependeria dele.

[...] não é uma doença, é um estado diferente em você, depende de você, sabe... [...] eu passei a zelar mais de mim. Então, tem males que vem pra bem, foi a diabete na minha vida (Pedro).

Assim, Pedro utiliza estratégias de coping de reavaliação positiva, esforçando-se na criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal (Folkman & Lazarus, 1988, citados por Amorim & Coelho, 2008).

Outro sentimento observado foi o medo, a não aceitação da doença, talvez devido a crenças quanto à doença e ao tratamento, podendo influenciar a motivação no controle da diabetes. Verifica-se na fala da participante Luiza esse sentimento e suas crenças.

[...] pra mim foi um choque né, porque eu não aceito até hoje... de jeito nenhum. Eu morro de medo. Porque você fica limitada... a alimentação né [...] meu medo é insulina, né. Ter que tomar insulina. Eu tenho pavor (choro da participante). [...] uma cunhada que eu tenho que toma três, quatro vezes insulina né. Aí eu tenho pânico né (Luiza).

Segundo Péres e outros (2007, p. 2), “o diagnóstico da doença acarreta muitas vezes um choque emocional para a pessoa, que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes de sua condição crônica”. Assim, a vivência da diabetes transcende a pessoa do doente, interferindo em todos os aspectos de sua vida, seja no estilo de vida, seja em suas

relações afetivas, impondo ao doente a necessidade de entrar em contato com seus sentimentos, desejos, crenças e atitudes.

Na fala de Luiza percebe-se também o medo quanto ao tratamento. De acordo com Santos e outros (2005), as crenças e informações que os pacientes dispõem acerca da medicação, são de vital importância para o sucesso do tratamento, pois elas, advindas do contexto sociocultural do sujeito, estabelecem a incorporação do que se ouve, e muitas vezes, sem a devida comprovação, prejudicando ou auxiliando o tratamento. Assim, ao relatar o seu sentimento de “medo da insulina” e da lembrança de uma cunhada diabética que faz uso de insulina, hipotetiza-se, na fala de Luiza, a não aceitação da renúncia a prazeres, a dificuldade da autodisciplina e o possível medo da responsabilidade permanente para com a própria vida, as práticas de autocuidado, dificultando a elaboração de outra versão de si mesmo e assumindo essa nova identidade (Péres e outros, 2007; Santos Filho e outros, 2008).

Dessa forma, Luiza utiliza estratégias de coping de fuga/evitamento com o objetivo de defesa da autoestima ameaçada pela ruptura da doença. Isso ocorre quando o paciente não consegue mudar a imagem que possui de si, e muitas vezes, por não suportar o diagnóstico de

uma doença crônica, como ressalta Péres et al. e outros (2008).

As estratégias de fuga/evitamento, segundo Folkman e Lazarus (1988, citados por Amorim & Coelho, 2008, p. 322) “contrastam com as de estratégias de distanciamento que sugerem esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação”. Dessa forma, a estratégia de coping de distanciamento é percebida nos relatos de Pedro e Maria, apresentados a seguir, quando estes tentam negar que determinados alimentos podem ser prejudiciais a sua saúde, mesmo quando consumidos em pequenas quantidades.

A médica falou assim: olha, lá de vez em quando, depois da refeição, se você quiser dar uma experimentadazinha, é uma coisinha muito pouca, não tem problema (Pedro).

É importante ressaltar a informação obtida antes da entrevista de que, neste mesmo dia, Pedro teve uma recaída intensa, tinha acabado de sair do médico e foi comer pastel com caldo de cana. Ele relatou ter várias vezes esse tipo de recaída.

Agora, o relato de Maria:

Aí eu como, mas pouco. [...] eu posso comer um meladinho de açúcar, mas

as coisas que tem açúcar branco eu não posso comer, que açúcar faz aumentar mais... [...] de vez em quando eu como uma coisinha assim, mas não toda vez (Maria).

Ambos tentam um “distanciamento” de parte da realidade e do tratamento, tentando minimizar a situação.

Em relação às experiências e avaliação quanto à doença, observou-se que Maria percebe a diabetes como uma doença qualquer que requer uso de medicamentos e mudança de seus hábitos alimentares para manter a glicemia controlada e, conseqüentemente, o não aparecimento de sintomas que ela sentia antes do tratamento.

[...] muita suadeira, eu sentia muito, sentia muita fraqueza. [...] uma médica do posto que conseguiu falar o que era né. Aí eu fui fazendo as consulta, fui tomando os remédios, fazendo regime, e eu dei de melhorar, graças a Deus (Maria).

Quanto a Mário, este não se preocupa com a medicação, pois, além dela, relata manter a glicemia adequada por outros meios, como pela prática regular de atividade física e controle da dieta, que para ele é fácil e gostoso ter uma

alimentação isenta de açúcar e é prazeroso praticar esportes.

Dessa forma, tanto Maria quanto Mário demonstram utilizar estratégias de coping centradas no problema (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998), pois focam a importância de seguir o tratamento para redução da glicose através do uso de medicamentos, mudança de hábitos alimentares, controle da dieta e prática regular de atividade física.

Mário percebe a diabetes como uma doença que ele simplesmente adquiriu e a encara com muita tranquilidade, como demonstra o seguinte relato.

Sabe, eu aceitei numa boa. Eu sou assim, não vou me desesperar porque estou doente. [...] as coisas da vida acontecem e a gente tem que saber lidar com elas (Mário).

Nesse sentido, Péres e outros (2007, p. 7) afirmam que “a experiência do adoecimento é extremamente peculiar na diabetes, devido ao seu processo insidioso”. A consciência da perda da condição de “indivíduo saudável” pode se dar de várias maneiras, bem como, os sentimentos e reações emocionais, que cada pessoa experimenta após o diagnóstico, podem ser influenciados por crenças, valores e experiências (Santos e outros, 2005) e podem influenciar suas motivações mediante ao tratamento e no

desempenho dos papéis de autocuidado (Santos Filho e outros, 2008).

Categoria 2 – Mudanças do comportamento e sentimentos

Adaptar-se a uma doença crônica como a diabetes envolve diversas mudanças nos hábitos que interferem na vida cotidiana dos indivíduos, o que para alguns parece algo extremamente penoso e difícil (Péres e outros, 2008). Nos relatos apresentados a seguir observa-se que três dos quatro participantes possuem dificuldades para seguir a dieta prescrita por esta estar diretamente relacionada aos hábitos adquiridos, às condições socioeconômicas, ao valor cultural do alimento e à questão psicológica envolvida, como Péres e outros (2007) também verificaram em suas pesquisas.

Eu estava me alimentando normal, comia muito doce, gostava e isso aí atrai a necessidade [...] aumenta o seu desejo pela coisa que você gosta e não pode [...] então, depois disso, eu tive que cortar 100%, sabe. Foi uma agressão no meu organismo. Foi 100%! [...] passei a usar adoçante, coisa que eu detestava (Pedro).

Do mesmo modo, Pedro também relata os aspectos positivos de estar com diabetes.

[...] me trouxe muitos benefícios, que eu passei a ter mais cuidado com a minha saúde, sabe. Eu tive um emagrecimento fantástico, sabe. Eu passei a zelar mais de mim (Pedro).

No relato acima, observa-se ambivalência, pois, apesar de Pedro perceber alguns benefícios que a diabetes lhe proporcionou em relação à alimentação, ele relata ter dificuldades em seguir a dieta. O que no início foi uma “agressão” ao seu corpo, depois se tornou um benefício, adaptando-se às mudanças nos hábitos alimentares. No entanto, apesar de parecer, aparentemente, que essa adaptação à alimentação saudável e ao uso de adoçantes foi tranquila e lhe trouxe somente benefícios, verifica-se no relato de Pedro que a sua vontade de comer doces e o seu “desejo pela coisa que gosta e não pode” é extremamente difícil de controlar, levando-o muitas vezes a transgressão brusca da dieta.

Assim, a sua dificuldade de manter a alimentação prescrita por um período prolongado, faz com que, subitamente, Pedro perca o controle, ocorrendo episódios de compulsão alimentar, o que suscita alívio passageiro ao liberar a

voracidade. Porém, o desejo alimentar, além de fazer sofrer, reprimir, transgredir, negar e sentir prazer, também faz controlar e sentir culpa (Péres e outros, 2007) como se pôde verificar no comportamento de Pedro, que ao ter episódios de recaídas apresenta comportamentos frequentes e excessivos de aferição da glicose, sendo este o fator principal de seu encaminhamento ao serviço psicológico.

Dessa forma, os comportamentos e os esforços cognitivos evidenciados por Pedro, corroboram com a hipótese de que suas estratégias de coping usadas são de reavaliação positiva (Folkman & Lazarus, 1988, citados por Amorim & Coelho, 2008).

No relato de Maria, verificam-se as dificuldades em mudar seus hábitos alimentares anteriores, pois estes estão enraizados a antigos hábitos adquiridos e ao valor cultural do alimento.

Foi difícil né, pra largar de comer as outras coisas que a gente tava acostumado [...] sou mineira. A gente comia era duas pratos né. Agora eu como só pouquinho... (Maria).

Luiza conta da dificuldade de seguir a dieta, do emagrecimento rápido indesejável e do desprazer em alimentar-se fora de casa e em fazer compras, demonstrando esforços comportamentais

com o objetivo de evitar o problema (Folkman & Lazarus, 1988, citados por Amorim & Coelho, 2008), como verificado no seguinte relato:

Agora eu não estou fazendo conforme o endocrinologista mandou né, porque é complicado, mas eu tô fazendo o controle, assim, de açúcar [...] porque eu tirei totalmente aí passei mal né. [...] pra você ter idéia, em seis meses eu emagreci sete quilos, tirando só o açúcar [...] agora é complicado você ter que comprar tudo sem açúcar e vai pro mercado, tem que ler tudo, ah não... aí é muito chato. [...] é difícil, porque você fica muito presa pra sair de casa, passar o dia na casa de alguém, porque... café sem açúcar, tudo sem açúcar [...] fica até chato (Luiza).

Mário, por sua vez, conta que houve mudanças apenas na alimentação e percebe que esta só lhe trouxe benefícios, conforme citado abaixo.

Como as coisas sem açúcar. Tenho que me alimentar bem, mas depois que fiquei diabético eu melhorei a minha alimentação. Hoje eu como melhor, sou mais saudável (Mário).

Esse relato indica que Mário reconhece a importância da reeducação

alimentar para o controle glicêmico e os ganhos na sua qualidade de vida, facilitando a aceitação e a adaptação a sua condição de diabético (Péres e outros, 2008).

No que se refere a mudanças de sentimentos, comportamentos sociais e relações interpessoais, os participantes se posicionaram de formas muito distintas, destacando-se o aumento das relações interpessoais – como a aproximação de Pedro com a esposa e com pessoas também diabéticas – e a redução dessas relações – como o isolamento de Luiza.

Pedro relatou ter melhorado seu relacionamento com a esposa e ter obtido apoio em grupos de diabéticos. Já Luiza relata ter mudado totalmente seu comportamento, se isolando mais em casa, diminuindo assim, sua autoestima, como descrito em seu relato a seguir.

[...] tem dia que eu falo: vou sair, vou pra tal lugar e quando eu olho assim... me dá aquele desânimo, coisa que eu nunca tive. Eu sempre fui uma pessoa muito dinâmica, assim pra passear e tudo, ir pras feiras, pra tudo. [...] hoje em dia não tenho mais nem vontade de fazer isso, não tenho muita vontade de me arrumar, coisa que eu sempre... fui muito vaidosa, nem isso tenho mais (Luiza).

Segundo Péres e outros (2008), a condição crônica de saúde pode trazer alguns prejuízos como perdas nas relações sociais e limitações nas atividades de lazer na fase da depressão, como no caso de Luiza.

Categoria 3 – Estratégias utilizadas para o controle emocional

Todos os participantes mencionam que os aspectos emocionais podem influenciar no controle do diabetes. Neste sentido, observou-se semelhança nos relatos dos participantes, como os exemplificados a seguir.

Influencia 100%. [...] se você teve um desentendimento familiar, se o seu relacionamento não tá bom, você não vai ter o resultado satisfatório, porque afeta muito. Você pode tá com a alimentação 100%, mas se o emocional não tiver bom, vai aparecer (Pedro).

Prejudica né. Porque aumenta as coisas na gente, não sei... que nem a pressão, a gente fica nervoso a pressão sobe né (Maria).

Nos dois relatos acima, os participantes refletem sobre o aumento da glicose no sangue atribuindo-o a um

desequilíbrio emocional, assim como também relata Luiza.

Eu acho que o problema maior foi o emocional... Eu faço tratamento também com psiquiatra. Eu acho... a medicação tudo deve ter mexido um pouco. [...] eu comia muita balinha. [...] parecia que quanto mais eu chupava bala, mais eu queria. De ansiedade né. Aí foi no que deu né (Luiza).

Por outro lado, observou-se relatos, como o de Luiza apresentado a seguir, de que a diabetes pode ser considerada uma doença somatopsíquica (Marcelino & Carvalho, 2005).

É... você fica se emocionando demais, tudo é muito estresse, a gente fica muito sensível. Tudo que alguém fala você já toma pra você, aí eu já começo a chorar né. É complicado. [...] você se sente insegura, sai e passa mal, entendeu. Quer dizer, de repente ela (a glicemia) pode baixar e ao mesmo tempo pode aumentar. Então você fica insegura, se você se emociona, aí você já fica preocupada. Será que a minha glicose aumentou? Se você se aborrece, será que aumentou também? Entendeu? Você fica totalmente paranóica. Aí tudo que você sente, acha que é a glicose que subiu ou

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 PARA O
CONTROLE DOS ASPECTOS EMOCIONAIS

abaixou né, então... o problema é esse (Luiza).

Na fala de Luiza observa-se que há também os efeitos psíquicos decorrentes do sofrimento físico, como, por exemplo, a alteração da glicemia, que a faz passar mal, gera estresse, insegurança, medo, sensibilidade e pensamentos “paranóicos”, pela preocupação constante e excessiva, de que a qualquer momento ela pode passar mal.

Dessa forma, é importante levar em consideração que o indivíduo com diabetes é um ser humano que, ao se deparar com uma limitação física, é atingido nos três aspectos de sua estrutura biopsicossocial. Além disso, para enfrentar o próprio processo de adoecimento e lidar com as limitações, sentimentos e mudanças provocadas pela doença, cada indivíduo buscará estratégias, identificadas por ele como as mais eficazes, para o controle dos aspectos emocionais, visando o controle do diabetes e maior qualidade de vida.

No presente estudo, verificou-se a utilização das seguintes estratégias: a procura de informações, o autocontrole, a manutenção de pensamentos positivos e a busca de acolhimento e ajuda em redes de apoio.

Pedro e Maria, por exemplo, participam de grupos nos quais lhes

proporcionam informações e apoio, como relatam a seguir.

Eu tive muito apoio. O cuidado das pessoas que sabem desse meu problema. Vou na casa de uma pessoa, [ela] prepara é um suco natural, é um suco sem açúcar, sabe. Então existe aquela preocupação. [...] informação. A informação completa, filmes, exemplares sabe, apostilas, medicação. [...] a própria equipe tem um dia lá no posto de saúde pra exercícios, exercício de terapia no grupo, dança, sabe (Pedro).

O grupo que Pedro participa é de diabéticos e hipertensos do posto de saúde. Sua frequência no grupo é mensal. Já Maria faz parte de um grupo de idosos da igreja. Ela frequenta o grupo semanalmente.

Lá ensina a fazer ginástica, faz ginástica com a gente, ensina a gente, dança com a gente, aí fica lá um bocado com a gente pra medir a pressão, medir o sangue, aí a gente vem embora. Tem um lanche sabe. Cada um leva uma coisa (Maria).

Nesses relatos, nota-se a utilização de estratégias de coping focado na emoção, tendo a principal estratégia, a procura de suporte social, descrita por Folkman e

Lazarus (1988, citados por Amorim & Coelho, 2008, p. 322) como “os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional”. Assim, percebe-se a importância de receber orientações e informações, pois estas amenizam as preocupações quanto às possíveis complicações da diabetes e os tranquilizam quanto ao tratamento, fornecendo apoio e segurança.

Por outro lado, a falta de apoio, a não aceitação por parte de familiares e amigos e a exposição à crítica do outro podem fazer o diabético sentir-se “diferente” dos demais (Péres e outros, 2007) ou até levá-lo ao isolamento e ao estado de depressão, conforme o seguinte depoimento feito por Luiza.

Você fica muito sensível... e as pessoas não entendem, sabe. – “É normal. Todo mundo convive. Tem coisa pior”. É o que você sempre escuta né. Porque... “isso aí não é nada. Isso é paranóia”. Não sei o que... e tudo mais. E ninguém respeita. Sabe que você está com problema, mas... aí o emocional vai lá pra cima né (Luiza).

E quando ela é questionada se a sua relação com os amigos mudou, ela responde:

Um pouco né. Porque eu tô me fechando muito. (a participante começa a chorar). Eu sempre fui uma pessoa fechada. Agora então... termina que você começa a conversar, e você fala as coisas, e as pessoas... ninguém gosta de problema, todo mundo só gosta de soluções né. [...] então, pra evitar algumas coisas, eu prefiro me fechar (Luiza).

Nota-se nessa fala, novamente, a utilização de estratégias de coping de fuga/evitamento. Porém, a melhor estratégia encontrada por Luiza foi a procura de suporte emocional, buscando apoio em alguns amigos, tidos por ela como especiais. O relato apresentado a seguir demonstra o apoio que ela encontra e o uso do “desabafo” como uma estratégia de controle de suas emoções.

[...] eu não sei o que eu seria sem aqueles dois. [...] quando eu tô chateada, eu ligo pra ela e desabafo e tudo, aí ela chora comigo... Aí é uma pessoa que você se abre e confia né, pra desabafar. [...] agora, o resto não. Tem muita gente que pensa muito em si né. Aí se você não fica de dentro da igreja, as pessoas se afastam, entendeu? E a Maria (amiga de Luiza) não. A Maria permaneceu (Luiza).

Dessa forma, verifica-se que os sistemas de apoio, sejam eles os profissionais de saúde, a família ou os amigos, são de extrema importância para que o indivíduo com diabetes encontre apoio, segurança e proteção.

Outras estratégias identificadas nos relatos foram o autocontrole e a manutenção de pensamentos positivos, descritos nos seguintes exemplos:

Eu procuro me controlar [...] poxa tô muito agressivo, vô ter que me controlar. Então você faz uma terapia com você mesmo né. Conversa com você mesmo. Poxa eu preciso melhorar! Então esse é o problema do diabético. [...] você não pode levar a vida que você levava quando você não tinha problema, você tem um problema com você que vai mudar o seu comportamento, que vai mudar o seu tratamento. Pra você estar bem, você tem que ter consciência que você é um diabético, entendeu? Então esse é um dos fatores que altera a diabetes, que altera o resultado emocional. É muito importante! (Pedro).

Sabe, eu sou muito tranquilo, muito calmo. E sempre fui assim [...] olha, a minha glicose sempre está controlada. Eu me alimento bem, jogo futebol... Se tenho uma doença, então vou tratar.

Não vou achar ruim ou ficar mal. Vou fazer as minhas coisas e pensar positivo. [...] Pra que se desesperar, achar ruim, ficar chateado. Só vai piorar, você só vai ficar mal. Então só penso no lado bom (Mário).

A estratégia utilizada por Pedro é considerada por Folkman e Lazarus (1988, citados por Amorim & Coelho, 2008, p. 322), como estratégia de coping de autocontrole que “descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações”.

Considerações Finais

Os resultados do presente estudo apontaram uma associação entre a diabetes Tipo 2 e os aspectos emocionais, e que o sentido atribuído pelo sujeito à doença influencia na escolha dos tipos de estratégias de coping, ou seja, das estratégias utilizadas pelos indivíduos com diabetes para o controle dos aspectos emocionais, e consequentemente, na adesão ao tratamento.

Nos casos aqui examinados, podemos perceber que no caso de Pedro, obter o diagnóstico de diabetes lhe proporcionou sentimentos positivos de alívio e possibilidade de mudar seu estilo de vida, apesar das dificuldades. Mas

considerar a diabetes como um estado de saúde e ter a percepção de que o sucesso do tratamento só depende dele, é incluir-se como sujeito ativo no seu processo de adoecimento. Dessa forma, observa-se que Pedro optou por utilizar estratégias de coping focadas na emoção, fazendo uso de coping de reavaliação positiva, suporte social e autocontrole, quando ele relata tentar ficar calmo ao identificar que o seu estado emocional está influenciando no controle da glicemia.

Assim como Pedro, Luiza utiliza estratégias de coping focadas na emoção. Ela vê a diabetes como uma doença muito grave, tendo dificuldade em aceitar sua nova condição. Assim, o “pânico” de precisar da insulina a faz ficar constantemente preocupada com sua saúde. O estresse, o medo, a insegurança e os pensamentos “paranóicos”, relatados pela participante, demonstram os efeitos psíquicos decorrentes do sofrimento físico. Então, Luiza encontra na estratégia de coping de fuga/evitamento a melhor forma de lidar com a diabetes e o apoio dos amigos – suporte emocional – a melhor estratégia para conviver com ela.

Maria, ao perceber a diabetes como uma doença qualquer que requer o uso correto dos medicamentos e da mudança de seus hábitos alimentares, vivencia a dificuldade de manter a dieta e se apóia no

uso dos medicamentos para o controle da glicemia. Para o controle dos aspectos emocionais, Maria encontra no grupo de idosos o acolhimento e apoio que precisa.

Dessa forma, verifica-se que a participante faz uso de estratégias de coping focadas no problema, ao reconhecer a importância da adesão ao tratamento, o uso correto dos medicamentos e o seguimento da dieta. Porém, em alguns momentos, pela dificuldade de lidar com as mudanças de hábitos alimentares, ela utiliza estratégias de coping focadas na emoção, ao lançar mão de esforços cognitivos de minimização da situação e ao procurar suporte social no grupo de idosos.

No caso de Mário, a manutenção de pensamentos positivos, segundo seus relatos, sempre o ajudaram, é uma forma de enxergar a vida e não uma tentativa de lidar com a doença. Agora, enfrentar a diabetes como uma doença que ele simplesmente adquiriu e que para tratá-la basta praticar atividade física, controlar a dieta e ser otimista, Mário utiliza-se de estratégias de coping de resolução planejada de problema, com foco no problema para alterar a situação, que o auxilia na adesão ao tratamento e no convívio com a diabetes.

Esses resultados corroboram com pesquisas que revelam que a diabetes está muito relacionada com o emocional de

seus portadores, e que os nossos pensamentos sobre determinados aspectos influencia a forma como nos comportamos e o que sentimos. Assim, puderam-se verificar os efeitos diretos das estratégias de coping na adaptação à doença.

Ao final do estudo, cabe destacar algumas das suas limitações. A primeira delas é que a estrutura de categorias aqui apresentada é uma das possíveis formas de avaliar a correlação entre a diabetes Tipo 2 e os aspectos emocionais e identificar os tipos de estratégias utilizadas pelos indivíduos com diabetes, a partir de idéias de diferentes autores da teoria cognitivo comportamental, contribuindo para a discussão das mudanças de comportamento e escolha das estratégias de coping. Nesse sentido, novos estudos podem investigar sua adequação para esse fim, assim como aprofundar o debate sobre a doença como somatopsíquica.

Em síntese, no presente estudo, a diabetes apareceu associada aos aspectos emocionais, ainda que de maneira diferente nos casos aqui examinados. Dessa forma, sugere-se que intervenções que foquem em atendimento integral e interdisciplinar

possam ser úteis no tratamento dessa enfermidade, uma vez que a sintomatologia ansiosa e depressiva nem sempre é diagnosticada ou tratada adequadamente pelos profissionais da saúde, como enfatizam Amorim e Coelho (2008).

Inserido nessa equipe, o psicólogo poderá auxiliar os diabéticos na adesão ao tratamento, identificando os componentes das percepções que melhor expliquem a adaptação à situação, avaliando as percepções da doença e as estratégias de coping, de forma a compreender e a intervirem no processo de adaptação, pois como ressalta Filipe (2008, p. 54) “nem sempre a adaptação física corresponde à adaptação psicológica”.

Fica aqui um registro sobre a diversidade de fatores envolvidos na diabetes e a complexidade do seu tratamento, o que merece mobilizar os profissionais que têm contato com essa população a ficarem atentos às necessidades de cada indivíduo, bem como a possíveis estratégias de coping utilizadas por eles para o controle dos aspectos emocionais e da doença.

Referências

- Alcântara, K. A., Zanetti, R. V., & Oliveira, S. L. (2008). O adolescente diabético numa visão psicossomática. *Intellectus – Revista Acadêmica Digital do Grupo Polis Educacional*, 4(5), 15 p.
- Amorim, I. L., & Coelho, R. (2008). Diabetes mellitus tipo 2 e sintomas psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doença*, 9(2), p. 319-333.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), p. 273-294.
- Dias, S. L., Maciel, T. R. C., & Sablich, G. M. (2007). Diabetes tipo 2 na infância: revisão de literatura. *ConScientiae Saúde*, 6(1), p. 71-80.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press.
- Filipe, A. R. M. (2008). *Pensar e agir para viver melhor: a auto-regulação e o coping na adaptação dos indivíduos com diabetes mellitus de tipo II*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: Secção de Psicologia Clínica e da Saúde Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa, Universidade de Lisboa, p. 66.
- Gross, J. L., Silveiro, S. P., Camargo, J. L., Reichelt, A. J. & Azevedo, M. J. (2002). Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 46(1), p. 16-26.
- Guilhardi, H. J. (2001). Em Roberto Alves Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. Vol. 1. Ed. ARBytes: São Paulo.
- Lucchese, F. (2008). *Desembarcando o diabetes: um manual para quem tem e para quem não quer ter diabetes*. 8 ed. Porto Alegre: L&PM Pocket/ Saúde, v. 3, 140 p.
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2008). Aspectos emocionais de crianças diabéticas: experiência de atendimento em grupo. *Psicologia em Estudo*, 13(2), p. 345-350.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 PARA O
CONTROLE DOS ASPECTOS EMOCIONAIS

- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), p. 72-77.
- Mattosinho, M. M. S., & Silva, D. M. G. V. (2007). Itinerário Terapêutico do adolescente com diabetes mellitus Tipo 1 e seus familiares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6), p.1113-1119, Retrieved in July 17, 2012, from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_08.pdf
- Minayo, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Deslandes, S. F.; Cruz Neto, O.; Gomes, R.; & Minayo, M. C. S. (1994) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, p. 9-29.
- Paiva, C. (2001). Novos critérios de diagnóstico e classificação da diabetes mellitus. *Medicina Interna*, 7(4), pp. 234-238.
- Péres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. (2008). Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(1), pp 9, Retrieved in November 28, 2012, from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_15.pdf
- Péres, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M. L., & Ferronato, A. A. (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(6), pp 8, Retrieved in November 28, 2012, from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_07.pdf
- Rangé, B. (2003). A influência das cognições na vulnerabilidade ao stress. Em: M. N. Lipp (Org). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 75-78
- Santos, E. C. B., Zanetti, M. L., Otero, L. M., & Santos, M. A. (2005). O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(3), p. 397-406, Retrieved in November 18, 2012, from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a15>
- Santos Filho, C. V., Rodrigues, W. H. C., & Santos, R. B. (2008). Papéis de autocuidado: subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(1), p. 125-129, Retrieved in October 18, 2012, from <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a19>
- Silva, M. A. D. (1994). *Quem ama não adoce*. São Paulo: Best Seller.

Os autores:

Júlia Montenegro Chaves possui graduação em nutrição, especialização em Nutrição Clínica Funcional. É graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, e.mail: julia.nutri@yahoo.com.br

Sergio Henrique de Souza Alves possui graduação, mestrado e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília. É professor titular do Instituto de Educação Superior de Brasília e professor titular do Centro Universitário de Brasília. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB e.mail: sergiohenrique.alves@gmail.com

Recebido em: 13/09/2015

Aprovado em: 05/11/2015