CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASILIA- UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- FACS
CURSO: PSICOLOGIA

SAÚDE: ASPECTOS BIOPSICOSSOCIAS DO DIABETES MELLITUS TIPO II

BRUNA SCAFUTO COUTINHO GARCIA

BRASÍLIA
NOVEMBRO/2005

BRUNA SCAFUTO COUTINHO GARCIA

SAÚDE: ASPECTOS BIOPSICOSSOCIAIS DO DIABETES MELLYTUS TIPO II

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília Prof.(a) orientador (a) Fernando L. G. Rey

Brasília/DF, Novembro de 2005.

Agradecimentos:

Agradeço a todos que me ajudaram a finalizar mais essa etapa da minha vida, Ronaldo, June, André, Ana (minha família), e minha tia Ceição pela grande ajuda, todos os meus amigos e agregados. Agradeço ao meu educador e amigo Prof. Fernando L. G. Rey que me ajudou quando tive dificuldades e me incentivou a concluir esse belo trabalho. A todos que trabalham na equipe médica do Hospital Dia da 508/SUL.

A todos os pacientes e familiares que confiaram em compartilhar conosco seus medos, suas angústias, seus temores, principalmente quanto ao futuro devido ao diabetes. Àqueles que continuam firmes e acreditam em um tratamento e em um futuro melhor apostando no trabalho multidisciplinar e também, àqueles que não conseguiram lidar com a dificuldade em ser um diabético e desistiram no meio do caminho, mas que também tem o meu respeito.

"Faça mais do que existir - VIVA.
Faça mais do que tocar - SINTA.
Faça mais do que olhar – OBSERVE.
Faça mais do que ler - ABSORVA.
Faça mais do que escutar - OUÇA.
Faça mais do que ouvir - COMPREENDA."
(John H. Rhodes).

ÍNDICE

1. Introdução 1

2. Tema 3

3. Objetivos 4

4.1. Objetivo Geral 4
4.2. Objetivos Específicos 4
4.3. Objetivo de estudo (problema) 4

4. Justificativa 4

5. Fundamentação Teórica 6

5.1. O que é diabetes? 6
5.2. Saúde: Mente, corpo e espírito 7
5.3. Aspectos psicológicos do Diabetes Mellitus do Tipo II 9
5.4. Apoio social no Diabetes 10
5.5. Profissional da Saúde X Paciente 19
5.6. As Reações Emocionais 20
5.7. A Concepção do problema 22

6. Projeto social realizado 23

6.1. Trabalho Multidisciplinar e a Relação Interdisciplinar 25
6.2. Características da Unidade 26
6.3. Organização das Atividades Grupais (onde se pretende ir com o grupo) 27
6.4. Aspectos Biorgânicos do Diabetes 28
6.5. Aspectos Sociais, Psicológicos e Subjetivos Relacionados ao Diabetes 29
6.6. Resistências Psicológicas Freqüentes no Portador de Diabetes 30
6.7. Mito do Trauma de Pessoas Portadoras de Diabetes Tipo II e o Estigma Social sobre a Doença Crônica. 32

7. Conclusão 34

7.1. Considerações finais 36

8. Anexos 37

9. Referências Bibliográficas 60

Resumo

O presente trabalho tem como proposta esclarecer aos portadores de diabetes e suas famílias ou cuidadores sobre a importância da manutenção da saúde, controle da glicemia e prevenção de possíveis complicações, ressaltando aspectos psicológicos, sociais, subjetivos, orgânicos, as possíveis resistências à adesão ao tratamento e ainda o mito do trauma e estigma social do diabetes tipo II. Para isso, foi desenvolvido um trabalho multidisciplinar com profissionais das áreas de Endocrinologia, Enfermagem, Nutrição e Psicologia, a fim de propiciar ao grupo de diabéticos do Centro de Saúde da 508 Sul uma visão holística da sua condição de saúde. O trabalho interdisciplinar atingiu resultados importantes, uma vez que teve alcance sobre vários aspectos do diabetes. A intenção deste trabalho foi de que o paciente tomasse conhecimento de sua doença de maneira informativa e que se promovessem a conscientização e a reflexão, em vez de punição e amedrontamento. O apoio do grupo mostrou-se extremamente eficaz, pois, dessa forma, os sentimentos foram trabalhados no coletivo, tornando-se terapêutico. Então, questões como mudança de hábitos, melhores controles da glicemia e maior adesão ao tratamento, tornaram-se muito importantes, com muito mais aceitação e menos resistência e rebeldia. A comunidade também se privilegiou. De maneira que foi bastante oportuna a participação no grupo, para a desmistificação da doença, o que contribuiu para uma visão crítica de questões do senso comum, que sobressaem à realidade. Por meio da educação efetiva, os diabéticos buscaram novos sentidos para seu tratamento, priorizando a qualidade de vida, por meio de mudanças de hábitos. Acredita-se que a forma como o paciente “olha para o seu diabetes”, ou outra doença qualquer, é um fator que pode contribuir para que ele supere suas dificuldades e que não faça o caminho inverso, dificultando ainda mais a adesão ao tratamento. Por se tratar de uma doença crônica, questões emocionais podem afetar a boa adaptação do paciente em relação à patologia.

Palavras-chave: diabetes, interdisciplinaridade, tratamento.

1. Introdução

Na antiguidade, o egípcio Ebers, descreveu o diabetes como uma doença debilitante, caracterizada especialmente pela grande quantidade de urina. Diabetes vem do grego e seu significado é *sifão*, pois os pacientes urinavam tanto, que a urina parecia passar por um aparelho empregado para lavagem ou assepsia de certas cavidades do organismo (sifão). O nome diabete melito, que quer dizer adocicado, foi dado pelos hindus, no século VI, pois a urina dos pacientes com diabetes tem gosto doce.

Segundo K.G.M.M. Alberti & T.D.R. Hockaday (1992), o diabetes é definido por um grau particular de hiperglicemia.Um distúrbio metabólico complexo com várias seqüelas a longo prazo. “O defeito fundamental reside na secreção e /ou ação da insulina”. No diabetes do tipo II, que ocorre em idade avançada, há secreção diminuída e /ou retardada de insulina em resposta à glicose, combinada a níveis variados de eficácia diminuída da insulina circulante. Ele é causado por fatores genéticos (herdados) e ambientais, isto é, a pessoa quando nasce já traz consigo a possibilidade de desenvolver o diabetes. Quando aliada a fatores como obesidade, infecções bacterianas e viróticas, traumas emocionais, gravidez, etc, a doença pode surgir mais cedo.

O diabetes mellitus é dividido em três grupos: o diabetes mellitus tipo I, o tipo II e o gestacional. O gestacional é diagnosticado durante a gravidez e, normalmente, reverte após o parto.

Neste estudo será considerado apenas o grupo de diabete mellito tipo II. Este é o mais freqüente, atingindo cerca de 90% da população diabética, pois possui a carga genética, possibilitando o aparecimento da doença em pelo menos um entre cada três irmãos de diabéticos tipo II. Geralmente ocorre entre adultos, a partir dos 30 anos, e idosos, pois os receptores celulares da insulina tornam-se resistentes à ação desta. Os fatores ambientais preponderantes que propiciam o desencadear da doença estão relacionados entre si e são eles: a obesidade (excesso de peso), o sedentarismo (falta de exercício), as doenças endócrinas e a má nutrição crônica. O tratamento médico do diabético tipo II, se baseia numa dieta balanceada, podendo ser complementado com comprimidos hipoglicemiantes orais, e exercícios físicos. Em alguns casos é também utilizada a insulina exógena.

Hoje no Brasil, o diabetes afeta em torno de 6% da população, ou sete milhões de pessoas, sendo que apenas a metade está ciente da doença. Quando se desconhece, e/ou não se alcança um bom controle do nível de glicemia no sangue, surgem as complicações, tanto as

agudas como as crônicas. As agudas – comas hipo e hiperglicêmicos – necessitam internação hospitalar, e as crônicas, que são alteração nos vasos sanguíneos, nos nervos, nos rins, no coração e nos olhos, precisam de atendimento periódico.

O diabetes é uma realidade deste novo século. A estatística é cada vez maior quando representa o número de pessoas atingidas pela doença, e estima-se o aumento futuro deste número, visto a falta de conhecimento de muitos sobre a doença e seus sintomas, o que acarreta o desenvolvimento da mesma sem os cuidados preventivos.

Poucos estudos existem sobre esta doença e sua influência nos aspectos psicológicos de diabéticos (ou vice-versa). Assim, este trabalho partiu da escuta do sofrimento e da angústia destes indivíduos e da percepção da necessidade de aprofundar estudos nesta área.

Este trabalho foi realizado no contato direto com estas pessoas e, ao se deparar com tal angústia e questionando-se sobre o simbolismo desta realidade, é possível relacioná-la a algo diabólico, referindo-se ao próprio mal. Alguns associam-na a castigos, por não terem se importado mais com a própria saúde, por não terem controle de momentos estressantes; outros se questionam dos motivos que os levaram à situação atual, outros apenas aceitam e confiam na expectativa de cura. Mesmo que haja explicações de influências inconscientes que auxiliaram no surgimento da doença, ainda assim é um sofrimento real e que deve ser considerado.

É neste sentido que o trabalho sobre estas dificuldades, para que sejam percebidas, compreendidas e superadas, faz-se tão imprescindível. Acredita-se que assim é possível melhor conviver com o diabetes, uma doença crônica, porém tratável.

Esta pesquisa corrobora o pensamento e experiência de Kaplan, Harold I. (1997):

> “(...) o diabete mellito é um transtorno do metabolismo e do sistema vascular, manifestado por uma perturbação da manutenção da glicose, lipídios e proteínas pelo corpo. (...) Sua etiologia: A hereditariedade e a história familiar são extremamente importantes, no aparecimento do diabete. Um início agudo está, freqüentemente, associado com o estresse emocional, que perturba o equilíbrio homeostático num paciente predisposto. Os fatores psicológicos aparentemente significativos são aqueles que provocam sentimentos de frustração, solidão e rejeição. Os paciente diabéticos, em geral, devem manter algum tipo de controle dietético, do seu diabete. Assim quando sentem-se deprimidos e rejeitados, freqüentemente exageram no comer ou no beber, de forma autodestrutiva, fazendo com que a doença fique fora de controle. Isto é especialmente comum no diabete juvenil. Além disto, termos tais como oral,

> dependente, busca de atenção materna e passividade excessiva tem sido aplicado ao paciente diabético.” (p. 715)

Segundo este mesmo autor, a psicoterapia de apoio é necessária, a fim de se adquirir a cooperação no manejo médico desta complexa doença. A terapia deve encorajar os diabéticos a levarem uma vida normal, na medida do possível, com o reconhecimento de suas possibilidades e limitações.

Dados sobre aspectos emocionais do paciente diabético são levantados diante da observação destes pacientes, pesquisas de campo e levantamento bibliográfico, além da constatação de novas pesquisas sobre o assunto, que geram novas questões e reflexões.

Existem também estudos sobre a depressão, como o do Dr. Márcio Versiani, que relaciona a depressão e o diabetes. Para ele, 20% da população em geral apresenta depressão, e nos pacientes com diabetes há uma maior chance, pois o diabetes desencadeia um desequilíbrio hormonal podendo causar um estado depressivo. Há casos, também, em que situações estressantes aumentam a secreção de alguns hormônios, principalmente o cortisol, que agem contra a insulina facilitando a manifestação do diabetes.

Neste estudo, foram identificadas várias anormalidades neuroendócrinas e de neurotransmissores comuns à depressão e ao diabetes, transformando a depressão em um potencial agente interativo com o diabetes em múltiplos níveis.

2. Tema

O tema desta pesquisa é o estudo das condições psicológicas do paciente diabético nos dias atuais. Aspectos que caracterizam a doença como, por exemplo, a necessidade de informações concretas para seu tratamento adequado ou, ainda, as dificuldades do paciente diabético em assumir o tratamento necessário em sua totalidade serão pesquisadas.

As principais questões que conduzem este estudo são: delinear os aspectos psicológicos que norteiam o comportamento de um indivíduo com diabetes, as conseqüências destes comportamentos e a necessidade de processos educativos que auxiliem no alcance da qualidade de vida destes indivíduos.

3. Objetivos

4.1. Objetivo Geral

Esta pesquisa tem como objetivo geral aprimorar os tratamentos do paciente diabético nos dias atuais, partindo-se da idéia de melhor entender aspectos psíquicos que influenciam seu comportamento e conseqüentemente seu estado físico (psicossomático).

4.2. Objetivos Específicos

1. Aprofundar os aspectos psicológicos comprometidos com o modo de vida do paciente.
2. Aprofundar o conhecimento dos aspectos subjetivos da doença aos efeitos provocados em relação à adesão do paciente ao tratamento.

4.3. Objetivo de estudo (problema)

O objeto de estudo desta monografia é um conjunto de comportamentos observados em um grupo específico de pacientes diabéticos participantes de um projeto educacional que visa o aprimoramento no tratamento médico, nutricional e psicológico do diabetes.

4. Justificativa

Este projeto se justifica pela importância de se entender alguns aspectos da situação vivencial de um sujeito com diabetes, e então auxiliá-lo a compreender suas principais dificuldades com relação à doença e seu tratamento, atingindo um grau de qualidade de vida mais adequado e saudável.

O trabalho psicológico, de forma geral, pode ser entendido como um tratamento que objetiva o equilíbrio psíquico. Acreditando-se que o paciente diabético tem direito e necessita deste equilíbrio, até como forma de manter-se controlado fisicamente, estabilizando seu diabetes e evitando conseqüências graves decorrentes de constantes descompensações em seu tratamento, o estudo sobre formas melhores para tal tratamento se justifica.

Não é o objetivo deste trabalho definir uma causa psíquica para a problemática do diabetes, pensando em termos da doença como fruto de um conjunto de situações na vida do

sujeito, nem também determinar um perfil psicológico padrão do paciente diabético em geral, rotulando, assim, o grupo estudado. Serão utilizados apenas alguns dados observados, destes pacientes especificamente, para criar hipóteses sobre tais comportamentos, compreendendo assim a dinâmica que estabelecem, objetivando auxiliá-los na compreensão de si mesmos e, conseqüentemente, na adesão a um tratamento eficaz.

O trabalho psicológico, de forma geral, pode ser entendido como um tratamento que objetiva o equilíbrio psíquico. Se vislumbrarmos um projeto educativo que visa o desenvolvimento de um tratamento efetivo de pacientes diabéticos, é necessário levar em consideração que este paciente, sobretudo, é um ser humano biopsicossocial. E, ao se deparar com uma deficiência, é atingido nestes três principais aspectos de sua estrutura. Assim, além de um trabalho médico e nutricional no tratamento do diabetes, surge a necessidade de avaliar e apoiar este sujeito que encontra-se também debilitado psicologicamente.

O ser humano, desde sua concepção, está envolto por uma constituição biológica e pela influência do meio em que vive, e tais fatores estão diretamente vinculados à sua formação. Já nas primeiras relações que estabelece forma vínculos e a qualidade dos mesmos é imprescindível para o bem-estar deste indivíduo.

Cada homem possui um potencial criativo, e se conseguir colocá-lo em uso para seu benefício, irá desenvolver um estilo único de ser e agir no mundo, buscando o seu próprio bem-estar e o da comunidade. Para atingir tal grau de maturidade, o homem pode se utilizar, nos dias de hoje, da psicoterapia, que lhe possibilita meios para romper com comportamentos que muitas vezes o fazem sofrer, compreendendo-os e se conscientizando do que lhe acontece e de como é. Para tanto, parte-se do sintoma apresentado pelo sujeito, entendendo sintoma como a queixa que leva alguém a procurar tratamento, mas nele não se concentra.

“A psicoterapia de apoio é necessária a fim de se adquirir a cooperação no manejo médico desta complexa doença. A terapia deve encorajar os diabéticos a levarem uma vida normal, na medida do possível, com o reconhecimento de que possuem uma doença crônica, porém tratável” (Harold I. Kaplan, 1997, p.715).

A psicologia participa com os seguintes temas distribuídos durante o ano nos trabalhos em grupos para pacientes e familiares:

1. independência dos pacientes com relação ao tratamento da doença;
2. dinâmicas de integração, visando a troca de experiências entre pacientes e motivação do grupo com relação ao tratamento;
3. trabalhar com as principais dificuldades trazidas pelos pacientes em relação à doença (por exemplo, aplicar insulina em público e ser confundido com um

drogadito; o desejo de comer algo não recomendado; o medo com relação às possíveis complicações do diabetes);

4. as dificuldades na relação com os familiares, quando envolve a doença;
5. as dificuldades dos familiares no convívio com um diabético.

5. Fundamentação Teórica

5.1. O que é diabetes?

A palavra diabetes mellitus origina-se do grego e do latim: Ddiabetes (líquido que passa direto por um sifão) Mellitus (mel). Esta expressão pode ser traduzida por “Urinar muito e doce”.

Em todo o mundo, cerca de 160 milhões de pessoas têm diabetes. Os estudiosos no assunto acreditam que esse número dobrará nos próximos 25 anos. No Brasil, quase 8% da população entre 30 e 70 anos de idade tem diabetes, ou seja, cerca de 10 milhões de pessoas. Segundo o Ministério da Saúde, 50% destas pessoas não sabem que estão com diabetes.

O diabetes, segundo definição no site “Centro BD de educação em diabetes” (bdbomdia.com), é uma disfunção causada ou pela falta de insulina, ou pela diminuição de sua produção ou, ainda, pela incapacidade de exercer suas funções, provocando o aumento da glicemia (açúcar no sangue).

Diabetes é uma doença crônica onde o organismo não produz insulina ou não pode usar de maneira adequada o que produz. A insulina é produzida por um órgão chamado pâncreas. Quando a insulina age normalmente, a taxa de glicose (açúcar) no sangue diminui e nosso organismo tem a energia necessária para levar uma vida plena e ativa. Nas pessoas com diabetes, esse sistema não funciona. Quando se tem diabetes, o corpo não pode produzir energia a partir dos alimentos que consome. A glicose fica no sangue ao invés de passar para as células do organismo. Então, sem insulina, a glicose consumida (doces, frutas, massas) não consegue ser transformada em energia, o que causa uma taxa de glicose elevada no sangue (hiperglicemia).

Tipo I – No diabetes tipo I, o pâncreas produz pouquíssima ou não produz nenhuma insulina, havendo a necessidade de injeções diárias. Ocorre geralmente em crianças e jovens.

Causas: Possíveis causas estão relacionadas com a hereditariedade (familiares com diabetes), vírus que tenha lesionado o pâncreas ou disfunção imunológica (sistema de defesa do corpo pode atacar por erro as células protetoras de insulina).

Sintomas: Muita fome, muita sede, aumento de urina, perda de peso repentina, cansaço.

Tipo II – No diabetes tipo II, o pâncreas produz insulina, porém insuficiente. O tipo II é a forma mais comum, compondo quase 90% de todos os casos diagnosticados de diabetes. Geralmente ocorre em pessoas com mais de 40 anos e obesas havendo a necessidade de tomar comprimidos antidiabéticos orais. Muitos, com o passar dos anos de tratamento, necessitarão de injeções de insulina para melhor controle do diabetes.

Causas: O diabetes tipo II tem maior probabilidade de manifestar-se em pessoas com mais de 40 anos, com excesso de peso, com hábitos alimentares deficientes, com antecedentes familiares de diabetes e em mulheres que tenham tido diabetes durante a gestação.

Sintomas: Mal-estar, feridas que não cicatrizam, impotência, infecções vaginais repetidas, visão turva. Os sintomas podem se desenvolver lentamente, num período prolongado, e apresentar diversos níveis de gravidade, podendo-se passar anos antes que se levantem suspeitas, agravando-se, assim, o estado de saúde do paciente.

5.2. Saúde: Mente, corpo e espírito

Sabemos, atualmente, que existem pelo menos três sistemas no corpo que podem transmitir as emoções no nível físico. Um deles é o sistema endócrino, que se comunica através dos hormônios. O segundo é o sistema nervoso, ligado diretamente aos glóbulos brancos. E o terceiro é a família das moléculas de comunicação, que inclui os neuropeptídios, os neurotransmissores, os fatores de crescimento e os citocinos, que influenciam a atividade celular, os mecanismos de divisão celular e o funcionamento genético.

As emoções influenciam de maneira significativa a saúde e a cura das doenças (entre elas, sem dúvida, o diabetes). As emoções são uma força motriz muito forte que age no sistema imunológico e em outros sistemas de cura.

As crenças influenciam as emoções e, ao fazê-lo, influenciam a saúde. Podemos influenciar de maneira significativa nossas crenças, atitudes e emoções e, como conseqüência, influenciar de maneira significativa nossa saúde . A forma de influenciar as crenças, atitudes e emoções pode ser ensinada e aprendida através de uma variedade de métodos disponíveis e acessíveis. A harmonia - o equilíbrio entre os aspectos físico, mental e espiritual do ser humano - é básica para a saúde. Isto se aplica não só à saúde da mente e do corpo da pessoa, mas também aos seus relacionamentos**:** consigo mesma, com a família, os amigos, a comunidade, o planeta e o universo.

Temos tendências (genéticas, instintivas) e habilidades inerentes que nos ajudam a ir em direção à saúde e à harmonia. Essas habilidades inerentes podem ser desenvolvidas e implantadas de maneira útil, usando-se técnicas e métodos disponíveis. Enquanto essas habilidades inerentes são estimuladas, a proficiência desenvolve-se, como em qualquer outra capacidade de aprendizado. Os resultados são maior harmonia e melhor qualidade de vida, que produzem um impacto mais significativo sobre o estado de saúde.

A saúde engloba um processo complexo que descreve o funcionamento completo do organismo, integrando o nível somático (corpo físico) e o nível psíquico (mente).

Segundo Fernando G. Rey (2004), a saúde deve ser conceituada individualmente, considerando-se alguns aspectos, tais como:

1. não deve ser associada a um estado de normalidade. É um processo único que não se repete e que apresenta suas próprias manifestações;
2. é um processo que se desenvolve constantemente, do qual o individuo participa de forma ativa e consciente na qualidade de sujeito do processo;
3. na saúde, há uma combinação entre fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais, sociais e psicológicos.

A saúde consiste num funcionamento integral que aumenta e otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade.

O termo psicossomático, durante anos, esteve estritamente ligado a doenças cujas manifestações somáticas eram sensíveis às mudanças emocionais do indivíduo. O emocional afeta o somático pelas suas abundantes formações, mecanismos e manifestações funcionais, geradoras de formas de expressões psicológicas não saudáveis, como ansiedade, insegurança, angústia, dentre outras, que, quando atingem uma certa estabilidade no nível da personalidade do indivíduo, afetam o funcionamento somático de seu organismo.

Os tipos de motivações do homem, assim como a maneira com que estas se configuram na personalidade e o modo como o sujeito se envolve nelas, com suas potencialidades organizadas, são essenciais no desenvolvimento do processo da saúde.

Freud, em suas obra “A Interpretação dos Sonhos” (1900), propõe uma nova postura conceitual onde há uma inversão no modo de pensar o psíquico e o somático. Nesta, marcou-se a possibilidade na compreensão da linguagem e dos sintomas como expressão da vida anímica (psíquica) mediados pelo pré-consciente e consciente, emoldurados pelo desejo, através do inconsciente. Configurando, assim, a consciência como um conjunto de qualidades que uma representação de objeto pode representar ao ligar-se à fala.

Para Renan Nascimento (2001), essa nova postura conceitual muito acrescenta numa análise mais profunda das relações constitutivas entre a fala, o sintoma e a ação, que pode resultar numa organicidade psicofisiológica saudável e/ou patológica. A construção da noção de representação, para Renan, possibilita uma compreensão dos processos e distúrbios psicossomáticos, nos quais o requinte da construção dos sintomas revela o grau de singularidade na complexidade de constituição do sujeito, por meio dos processos representacionais, ditos psicossomáticos.

5.3. Aspectos psicológicos do Diabetes Mellitus do Tipo II

O diabetes mellitus, a partir da prática clínica, traz as situações emocionais como indício para abertura e/ou agravamento da doença, e esta afeta diretamente o modo de vida do doente e de sua família.

Segundo Melo Filho (1983), a concepção do adoecer é composta por uma história de desenvolvimento emocional, o qual se constitui em uma forma especial de relação com o meio e com as demais pessoas; uma predisposição especial genética da pessoa e uma situação de conflito psíquico atual, vivido como um estresse intenso e duradouro, no qual as defesas psicológicas são afetadas, ocasionando um desequilíbrio fisiológico intenso.

Uma resposta a uma situação estressante envolverá alguns aspectos de organização e integração do sujeito, onde a resistência à frustração e a capacidade de enfrentamento serão determinantes na qualidade da resposta.

O conceito de c*oping* diz que o estresse pode gerar respostas psíquicas, cujo objetivo é fazer com que o individuo avalie a situação apresentada como ameaçadora, enfrentando-a e retornando o mais breve possível ao equilíbrio. O estresse é considerado como um processo adaptativo, sendo que a intensidade e/ou a duração podem torná-lo patológico ou não.

Os sintomas do diabetes aparecem depois da constatação da doença. A importância da procura médica para realização do diagnóstico, será em função do esclarecimento da situação. A descoberta da doença pode ser abrupta ou suave.

Quanto mais precoce o diagnóstico, menor a probabilidade de ocorrerem sintomas agudos, e mais tardio o surgimento de complicações da doença. Se o tratamento é realizado junto à equipe médica, os sintomas regridem e o paciente e seus familiares levam a vida sem grandes problemas, praticamente normal, embora com certos cuidados, tratando-se de patologia crônica. Caso não haja tratamento, o quadro sintomático é florido gerando a

possibilidade de internação hospitalar em estado grave. A consciência da doença então surgirá junto a uma preocupação com a melhora e a sobrevivência do paciente.

O diabetes por ser uma doença crônica, potencialmente invalidante, que necessita de mudanças internas na rotina diária da pessoa, faz com que a mesma vivencie sentimentos como ansiedade, regressão, estresse, perda de auto-estima, insegurança, negação da situação apresentada e depressão. De acordo com a organização e integração da estrutura psíquica do paciente, este lidará bem ou mal com a nova situação de doença (ou perda de saúde).

Os mecanismos de defesa e adaptação utilizados no momento do adoecimento facilitarão ou não a participação ativa do doente no controle adequado da doença. Este controle, incluindo procedimentos e condutas, será eficaz se o doente tiver consciência e agir de forma ativa no controle diário de sua glicemia, de sua dieta e das complicações psicossomáticas do diabetes.

A consciência de ser portador de uma doença crônica, que exige uma grande mudança no estilo de vida, incluindo restrições alimentares, exames freqüentes de sangue e urina, prática adequada de exercícios físicos e uso de medicamentos, provém do sentido que o portador tem sobre o adoecimento.

5.4. Apoio social no Diabetes

1. Conceituação do apoio social

Neste contexto, o conceito de apoio social deve hoje ser aceito como um fator capaz de mitigar a relação entre a doença e a qualidade de vida, pois há razões teóricas e empíricas para se acreditar que o apoio social decorrente das relações sociais contribui para o ajustamento e desenvolvimento pessoais, tendo também uma ação mediadora relativamente aos efeitos do estresse (Sarason *et al.*, 1988; Vaz Serra, 1999).

A conceituação do apoio social está longe de ser consensual. Conotada como complexa, é alvo de inúmeras definições, abordagens teóricas e modelos explicativos que nem sempre são concordantes entre si.

Os investigadores têm promovido o debate em torno de alguns aspectos como a definição do apoio social, suas dimensões principais, suas funções, as forma de avaliação, os seus efeitos no bem-estar físico e psicológico, e os potenciais mecanismos que ligam o apoio à saúde, salientando a dificuldade existente em investigar este tema.

Autores têm se referido a importância de conceituar o apoio social como um *constructo* (construção mental para tentar explicar a realidade) multidimensional e de se considerarem os mecanismos mais precisos, pelos quais o apoio social pode influenciar a saúde (Matos e Ferreira, 2000).

2. Enquadramento Histórico

A história do apoio e dos conceitos pode ser considerada relativamente recente, embora envolva dois períodos distintos. O primeiro, que decorre desde o início do século até o final dos anos 60, inclui contribuições tão distintas como os estudos realizados no âmbito da Psicologia e Sociologia, por um lado e, posteriormente, das origens do movimento comunitário.

Os sociólogos começaram a mostrar interesse pelas conseqüências sociais da urbanização e industrialização, tendo-se concluído, através dos tempos, que as sociedades urbanas, fruto do desenvolvimento econômico, debilitam os laços sociais, originando fenômenos de solidão, alheamento e desenraizamento. As relações próximas, características dos meios rurais, rompem-se, dando lugar às relações impessoais, especializadas e formais nas zonas urbanas. Já Durkhein mencionavava, num dos primeiros trabalhos da sociologia moderna, como o enfraquecimento dos laços sociais e o estado de desorganização psicológica, conseqüente se relacionavam com o suicídio.

Desde o final dos anos 60, tem-se verificado um crescente reconhecimento da influência dos sistemas sociais na conduta humana, tanto na saúde como na doença.

O segundo período situa-se a partir da década de 70. O apoio social constitui um quadro teórico mais integrado e consciente, devido à proliferação de numerosas investigações capazes de sustentar diferentes abordagens.

Cassel (1974), Caplan (1974) e Cobb (1976), considerados os fundadores das investigações sobre apoio social, abriram caminho ao desenvolvimento e conceituação do apoio social e delinearam os pressupostos que levam a acreditar que o apoio social fornecido pelas relações sociais contribui para o bem-estar do indivíduo, amortecendo o efeito que as situações adversas geralmente provocam.

Nas décadas de 80 e 90, surgiram na literatura diversos artigos sobre o apoio social e as redes sociais, revelando-se ser esta área de investigação bastante prometedora, porém polêmica, nomeadamente no que se refere à sua concepção e avaliação.

Atualmente o tema do apoio social suscita o interesse de diferentes áreas de investigação das ciências sociais e humanas, sendo um dos principais objetos de estudo da Psicologia da Saúde (Ribeiro, 1999; Paixão e Oliveira 1996).

3. Análise do *constructo*

A multidimensionalidade e complexidade do tema apoio social justificam os diferentes níveis de análise em que o mesmo tema tem sido abordado.

Aqui, várias abordagens serão comparadas. Segundo Almeida (2000), o conceito de apoio social tem sido abordado segundo três vertentes: o nível de análise, as dimensões e as perspectivas.

⇒ Níveis de análise:

Os níveis de análise correspondem a uma hierarquia, no sentido do aumento de complexidade, que vai do nível mais simples, das relações íntimas, ao nível mais complexo, o comunitário, numa perspectiva de abrangência crescente. Quanto aos níveis de análise, o nível comunitário (primeiro nível), refere-se ao apoio social analisado enquanto processo de integração social, com base num dado papel e num dado contexto social. No segundo nível, estuda-se as propriedades das redes sociais de apoio, como o tamanho, a densidade e a homogeneidade. O terceiro nível, o das relações intimas, inclui transações que ocorrem nas relações mais próximas, que estão mais diretamente ligadas ao bem-estar e à saúde, esperando-se destas intercâmbios recíprocos e mútuos.

⇒ Dimensões:

A vasta literatura sobre o apoio social pode apresentar uma terminologia tão diversificada quanto: suporte instrumental e emocional, *feedback*, aconselhamento, interação positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação, assistência material, dentre outros.

A diversidade de conceitos, dificulta a aceitação de uma definição coerente e universal de apoio social. No geral, poderá definir-se segundo Sarason et al. (1983) cit in Ribeiro (1999), como a existência ou disponibilidade de pessoas nas quais se pode confiar, pessoas que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós.

O apoio social geralmente consiste no grau em que as necessidades sociais básicas do indivíduo (de afiliação, de afeto, pertença, identidade, segurança e aprovação) são satisfeitas através da interação com os outros. Estas necessidades podem ser satisfeitas através de ajuda sócio-emocional (como afeto, simpatia, compreensão, aceitação e estima de outros significativos, ou ajuda em relação à família ou ao trabalho e ajuda econômica).

Sarason et al. (1990) ressaltam a polêmica existente entre o apoio social percebido e recebido ou real. O percebido é conceituado em termos cognitivos, onde o indivíduo tem a percepção de que é amado, de que tem pessoas a quem recorrer em caso de necessidade e que lhes dariam ajuda.

A definição de apoio social percebido, segundo Sarason et al. (1999), é estudada como variável da personalidade, sendo estável ao longo do tempo e tendo a sua origem nas experiências de apego. Estes autores distinguem o apoio social fornecido do recebido, ressaltando a existência de alguns estudos, que encontram uma concordância moderada entre os dois tipos.

No entanto, outros autores alertam que , para que possa ser encarada a hipótese de o apoio ser visto como um *constructo* da personalidade, é necessário aprofundar a investigação e a intervenção nas transações de vida.

Em suma, pode-se definir o apoio social como as ajudas instrumentais e/ou expressivas, reais ou percebidas, fornecidas pela comunidade, pelas redes sociais e por amigos íntimos. Esta definição engloba as várias dimensões de apoio social e as funções anteriormente referidas.

Quanto aos modelos teóricos de apoio social, uma das classificações mais conhecidas é a de Cohen (1988) cit in Barrón (1996), na qual classifica os modelos de apoio social com base nos efeitos destes na saúde e na doença, segundo três categorias:

I. Modelos genéricos: baseiam-se na conceituação de que o apoio social se relaciona com diferentes doenças, influenciando-as de duas formas. Por um lado, através de padrões de comportamento, como a dieta, o álcool e o tabaco, que podem agravar o risco de contrair doenças. Por outro lado, através de ação nas respostas biológicas que incidem nestes transtornos (respostas neuro-endócrina, imunológica e hemodinãmica).

II. Modelos centrados no estresse: o apoio social se relaciona com os diferentes transtornos, através de processos biológicos e/ou comportamentais. Existe a hipótese de que tenha dois tipos de efeitos: diretos ou protetores.

III. Modelos de processo psicossocial: estes modelos descrevem a natureza da mediação psicossocial da relação do apoio social com a saúde. Especificam os processos

biológicos implicados nesta relação e avaliam, separadamente, os efeitos diretos e os protetores.

⇒ Perspectivas:

Quanto às perspectivas de um estudo do apoio social, estas são essencialmente três: a perspectiva estrutural, a funcional e a contextual.

A estrutural debruça-se sobre a análise dos aspectos estruturais, dos contatos sociais e das redes sociais. O apoio é conceitualizado com base na existência, quantidade e propriedade das relações sociais que as pessoas mantêm. Pressupõe-se que ter relações sociais é equivalente a obter apoio das mesmas. Estudam-se, então, várias características das redes sociais:

- o tamanho da rede (número de sujeitos com os quais o individuo mantém um contato social);
- a densidade da rede (a interconexão entre as pessoas que fazem parte da rede);
- a reciprocidade (o equilíbrio do intercâmbio na relação entre duas pessoas);
- a homogeneidade (a semelhança entre os membros de rede em relação a uma determinada dimensão).

A perspectiva contextua*l* estuda os contextos ambientais e sociais em que o apoio é percebido, mobilizado ou recebido. Analisam-se os seguintes aspectos sociais:

- características dos participantes (em função de uma determinada fonte de apoio);
- o momento em que se dá o apoio;
- a duração do apoio prestado;
- a finalidade do apoio.

A perspectiva funcional ressalta a análise das funções das relações sociais, enfatizando os aspectos qualitativos de apoio e dos sistemas informais de apoio.

Distinguem os recursos que se trocam nas transações das funções que o apoio cumpre. Quanto às funções são propostos três tipos:

- **Apoio emocional**: refere-se aos comportamentos que estimulam sentimentos de bem-estar afetivo e que fazem com que o sujeito se sinta querido, amado e respeitado, sentindo que tem pessoas à sua volta que lhe proporcionam carinho

e segurança. Trata-se de expressões e de demonstrações de amor, afeto, carinho, simpatia, estima, ou de pertença a um grupo.

- **Apoio instrumental**: é definido como as ações proporcionadas por outros e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitarem a realização de tarefas cotidianas. Este tipo de apoio só é efetivo quando, quem o recebe, percebe a ajuda.
- **Apoio informacional**: define-se como o processo através do qual as pessoas recebem informações e conselhos que as ajudam a compreender o seu mundo e as mudanças que ocorrem. Por vezes, este tipo de apoio pode confundir-se com o emocional.

Esta categorização é alvo de discórdia, havendo quem inclua o apoio informacional na categoria do emocional e quem acrescente a função de socialização.

Da revisão teórica sobre o apoio social, e de acordo com Matos e Ferreira (2000), pode-se inferir que:

- nesta área de investigação, os autores têm ressaltado as dimensões positivas do apoio social, mas há um crescente corpo na literatura que aponta os aspectos negativos das relações sociais, em que esses autores não só se interessam pelo estudo de fatores de vulnerabilidade, mas também por temas como fatores de resistência ao apoio;
- o papel do apoio percebido é enfatizado, referindo-se à importância dos aspectos cognitivos e interpessoais, dentro do paradigma cognitivo da Psicologia contemporânea.

Nesta perspectiva, as percepções que os indivíduos têm do apoio e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais (o que acontece nas transações sociais), mas também de aspectos da sua própria personalidade (p. ex. capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio às redes sociais) e de estilos cognitivos.

4. Avaliação do apoio social

As medidas de apoio social são elaboradas com base em determinadas perspectivas e teorias subjacentes, podendo incidir sobre uma única vertente, a estrutural ou a funcional, ou então revestir uma forma mista.

Na primeira categoria, a estrutural, incluem-se os instrumentos que se centram nos aspectos quantitativos do apoio, numa avaliação que prima pela objetividade, fornecendo um índice objetivo e direto da disponibilidade do apoio. Estes instrumentos referem-se à existência de pessoas com quem o indivíduo tem ligações pessoais diretas e às pessoas que, através de laços significativos, fornecem apoio.

Com as medidas estruturais pode avaliar-se a integração social, sendo esta operacionalizada através de indicadores sócio-demográficos (estado civil e número de amigos), através de relações intimas e análise da rede (número de elementos), seus componentes (relação, tamanho e densidade) e a durabilidade, freqüência e intensidade do contato.

Na segunda categoria incluem-se as medidas funcionais que procuram chegar a índices qualitativos do apoio, avaliando-se a satisfação do apoio recebido, o grau de felicidade em determinada relação. Estes métodos são caracterizados por alguma subjetividade.

Dentro destas medidas diferenciam-se dois tipos: as que medem o apoio recebido e as que medem o percebido. As primeiras avaliam a quantidade de ajuda que um sujeito realmente recebeu de outros, num período de tempo determinado (que pode ir de um mês a um ano). Estes índices são obtidos, perguntando-se aos sujeitos que acontecimentos de vida estressantes experimentaram e que tipo de apoio receberam durante este período. A informação acerca do apoio dado pelos outros é obtida através do auto-relato de quem recebe este apoio. Refere-se, assim, mais à percepção dos acontecimentos do passado do que aà percepção de que o apoio está disponível se necessário (Sarason, et al., 1990). Mas alguns problemas têm sido apontados relativamente a estas medidas:

- falta de acordo entre quem dá e quem recebe o apoio;
- baseiam-se na recordação;
- comportamento de apoio de quem recebe é função não só de quem está disponível para dar o apoio, mas como das percepções dos outros em relação às necessidades do indivíduo de ajuda e de apoio.

Quanto às medidas de apoio social percebido, baseiam-se na disponibilidade percebida de alguém em caso de necessidade, ou seja, aquilo em que um indivíduo acredita em relação a sua rede social é provável que seja provavelmente será um determinante importante de seu estado psicológico, independentemente da condição real do sujeito.

5. Apoio social e estrutura familiar

Os modelos ecológicos de apoio social (onde se tem o apoio social como um *metaconstructo,* constituído por três elementos conceituais que se relacionam num processo dinâmico de transformações entre o sujeito e o ambiente: os recursos da rede, as condutas materiais e emocionais, e as avaliações de apoio, que são as valorizações subjetivas dos recursos de rede e das condutas. Ressalta-se fatores pessoais como traços da personalidade, recursos pessoais e competências, como também os fatores de contexto social, família, papeis sociais e comunidade. Estes fatores se relacionam entre si, influenciando os recursos de rede, as condutas e as avaliações) evidenciam os contextos sociais em que o diabético e a família estão envolvidos, podendo estes, serem mais gerais (macrossistemas) ou ambientais, menores e mais íntimos, como a família, o grupo de amigos, a escola e o local de trabalho (microssistemas).

Ribeiro (1994a), num estudo com jovens, em que cruza várias medidas susceptíveis de avaliar diferentes dimensões do apoio, fornecidas por vários agentes, confirma que, para a população portuguesa, a fonte de apoio social mais importante é a família.

Grande parte dos estudos dirige sua atenção para a família, uma vez que esta representa, de maneira geral, uma fonte de apoio básica para os diabéticos.

Várias investigações ressaltam que ter uma família coesa e que apóia está associado a um melhor controle metabólico e da doença em geral (Hauser, et al., 1990).

O apoio de membros da família tem sido ainda identificado como um recurso importante para os diabéticos que lidam com o estresse da doença.

Além da família, amigos e colegas, também o pessoal da área da saúde desempenha um papel importante como fonte de apoio.

6. Revisão dos estudos

A relação do apoio social com a doença foi estudada por diversos autores, abrangendo diferentes perspectivas. Neste contexto, tem sido avaliada a pesquisa desenvolvida acerca da importância do apoio a adultos portadores de doenças crônicas, considerando as investigações feitas como um dos principais mediadores psicossociais de adaptação à doença crônica e à manutenção da saúde(Sarason, Sarason e Pierce, 1990).

- **Apoio social e qualidade de vida relacionada com a saúde (QDVRS)**

Numa perspectiva integradora do apoio social e *coping* e sua relação com a qualidade de vida, Shreurs e Ridder (1997), analisaram 42 trabalhos de investigação sobre as mesmas variáveis, colhidos nas bases de dados Medline e Psychlit. Tendo como base uma amostra global de 6.375 doentes crônicos de diversas patologias, concluíram que um dos mecanismos da influência do apoio sobre a qualidade de vida se fez através do processo de *coping.*

Assim, o apoio social pode funcionar como uma estratégia ou um recurso de *coping.*

Uma quantidade substancial de pesquisa, documenta os benefícios físicos e psicológicos do apoio social, e mostra que os sujeitos com apoio se ajustam melhor psicologicamente a acontecimentos indutores de estresse, recuperam-se mais rapidamente da doença recentemente diagnosticada e reduzem o seu risco de mortalidade por doenças específicas, como é o caso do diabetes. Documenta, ainda, que os diabéticos que se beneficiam mais de apoio social, usufruem de uma qualidade de vida mais satisfatória (Nunes, 1999 e Nunes, 2004).

- **Apoio social e adesão ao tratamento no Diabetes**

Numa revisão da literatura, Góis (2002) constatou que os estudos empíricos revelam que o apoio social dos pares e da família, influi no ajustamento psicológico e na adesão. Conclui ainda, haver melhor adesão nas famílias com mais apoio e incentivo (coesão) e menos conflitos interpessoais. Os estudos apontam para uma associação positiva entre o apoio e adesão, através duma melhoria na competência social e auto-eficácia do adolescente face ao estresse. No entanto, o efeito deste apoio correlaciona-se negativamente com a idade, sendo o ponto de mudança aos 15-16 anos. Por outro lado, a qualidade do apoio social da família e dos pares é diferente. A família é mais importante no suporte instrumental, na adesão (insulina, monitoração da glicemia e dieta) e os pares no suporte emocional e no ajustamento psicológico.

Relativamente à vertente de Suporte de Bens e Serviços, Gulliford e Mahabir (1998) estudaram a associação existente entre as desigualdades sociais (estado socioeconômico) e a morbidade do diabetes mellitus. Concluíram que o aumento da morbidade diabética associa-se de forma positiva com indicadores de baixo estado socioeconômico (desemprego,

analfabetismo, habitação sem fornecimento de água potável) e com fatores como : ser mulher, com mais idade e com duração mais longa do diabetes .

A associação negativa encontrada entre estado socioeconômico e morbidade diabética, justifica o investimento de recursos de Saúde Publica para o controle do diabetes.

5.5. Profissional da Saúde X Paciente

O princípio a ser seguido pelo profissional é o de que o paciente, embora seriamente doente, tem que ser visto como um indivíduo que algum dia voltará a seu modo de vida anterior.

A adesão ao tratamento de uma doença, está vinculada ao desenvolvimento da pessoa até o nível mais completo de seus potenciais: físico, psicológico, social, profissional, não profissional e educacional, compatíveis com o comprometimento fisiológico, anatômico e com as limitações ambientais. Inclui todas as medidas estabelecidas com o objetivo de reduzir o impacto das condições limitantes, de forma a possibilitar ao individuo uma boa integração social . Assim, ocorre um direcionamento à pratica profissional dentro do modelo biopsicossocial, já que se especifica o desenvolvimento do indivíduo em diferentes áreas, retirando-se a ênfase das questões de ordem física. Mas, incluindo-se o referencial de potencial, se estabelece uma dificuldade relacionada à definição de objetivos, já que “potencial” refere-se a uma possibilidade ou probabilidade de realização ou aproveitamento e as pessoas, não alcançam o potencial máximo em todas as áreas de sua vida.

A consideração das limitações ambientais reforça o fato que a noção de gravidade de uma doença é subjetiva, pois sofre influência de variáveis do contexto de vida do paciente, tais como acesso a serviços de saúde e recursos econômicos. Não se pode ignorar que a impossibilidade de aquisição de medicamentos, por exemplo, pode aumentar o impacto provocado ao comprometimento à vida desta pessoa.

Um resultado saudável é resultante do fato de o paciente conseguir alcançar sua melhor capacidade física, mental, social e vocacional, sendo estas integradas ao ambiente mais apropriado, de sua escolha. Este processo implica em interação, negociação, comunicação, educação e troca de informações.

A análise destes conceitos, permite a identificação de alguns pontos em comum: o caráter subjetivo e processual do tratamento, ou seja, uma relação de causa e efeito que pode gerar demandas específicas ao longo do tempo, portanto sujeita a uma variação dependendo de características, tais como algumas patologias que podem aparecer decorrentes da doença,

idade, rede de apoio, recursos pessoais, entre outros. As noções de adaptação, bem-estar, integração, inserção social e autonomia aparecem associados e refletem, em algum grau, os objetivos a serem atingidos. O papel do profissional também é destacado enquanto agente capaz de promover a aprendizagem e facilitar a consecução do objetivo destacado.

Outro ponto importante é o de que em um processo de estabelecimento de objetivos de tratamento, embora os profissionais estejam voltados para a definição específica de metas individuais para os pacientes, na realidade, suas determinações repercutem no modo de funcionamento do serviço.

5.6. As Reações Emocionais

As reações emocionais são respostas esperadas em uma situação de contato com a doença e hospitalização, e sua expressão representa uma forma de lidar com os sentimentos de insegurança e vulnerabilidade desencadeados por esta situação. No entanto, para muitos profissionais, as reações emocionais representam indícios de dificuldades psicológicas. Rejeição, raiva, frustração, medo ou ansiedade são experiências humanas. Entender suas origens, aprender as maneiras de lidar com elas, descobrir estratégias que visem a adequação destas reações são fatores importantes para a vida de todas as pessoas. Apesar de a Psicologia oferecer um conhecimento teórico-técnico que pode contribuir para o entendimento destes processos, o psicólogo não é o único profissional responsável pelo bem-estar do paciente, tarefa que a equipe muitas vezes quer exigir que ele assuma.

O profissional de saúde deve ter em mente que – independentemente de sua especialidade, seja ele médico, enfermeiro, psicólogo, assistente de enfermagem ou nutricionista - seus pacientes são seres humanos e não simplesmente objetos através dos quais ele vai demonstrar suas habilidades. Esta consideração é importante, pois destaca a noção do paciente enquanto sujeito ativo, capaz de reagir a um ambiente físico e social.

Em relação ao diabetes, existem algumas questões sobre as quais o psicólogo deve pronunciar-se de forma a proporcionar informação à equipe. Estas questões dizem respeito ao impacto do diabetes no funcionamento cognitivo geral, no status funcional e na interação social, na disponibilidade do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes, bem como a observação do paciente ao longo do tratamento.

A noção de doença como um evento estressante foi uma importante contribuição da psicologia para este entendimento, pois o conceito de estresse aparece relacionado aos modos de enfrentamento (*coping*). Os modos de enfrentamento referem-se aos comportamentos

apresentados pelo indivíduo com o objetivo de lidar com situações de perigo, ameaça ou desafio, quando uma reposta anteriormente aprendida não é suficiente para superar o estresse (Lazarus & Folkman, 1984).

Um grave problema que pode ocorrer na interação profissional saúde/paciente é a não compreensão por parte destes profissionais da saúde acerca dos processos de enfrentamento e conseqüentes reações emocionais apresentadas pelos pacientes e/ou familiares, levando-os muito freqüentemente a reagir emocional e desproporcionalmente àquelas reações do paciente, fugindo assim de seu papel e perdendo uma importante função, a de modelador de comportamento.

Não é incomum que o paciente expresse suas dificuldades de adaptação através de críticas dirigidas ao serviço, ou diretamente a profissionais. Estas críticas podem aparecer na forma de recusa à participação nas atividades propostas, agressividade verbal, interferência na rotina do programa. Estas informações devem ser entendidas levando-se em conta as fontes do estresse vivido pelo paciente (frustração, conflito, mudanças e pressão) e também suas limitações físicas, sociais e emocionais. O problema é estabelecido quando o profissional adota conduta semelhante e reativa à do paciente. Em princípio, o profissional deve ser capaz de lidar com estas situações de forma a não reforçar a inadequação do paciente e a facilitar suas respostas de ajustamento.

Para que seja eficaz, o tratamento psicológico deve se adaptar à fase em que o paciente se encontra, podendo ter o caráter preventivo, de suporte ou de remediador, sempre tendo como objetivo evitar a depressão do paciente e sua conseqüente perda de motivação para o tratamento. As mudanças no estilo de vida necessárias ao controle da enfermidade geram, muitas vezes, angústia e desamparo. É preciso, então, ajudar o paciente a determinar objetivos realistas e a criar e implementar estratégias de resolução dos problemas do cotidiano.

Também é de máxima importância, preparar o indivíduo para o enfrentamento de futuras situações de estresse, o que se garante com uma boa avaliação dos padrões de funcionamento inadaptáveis que o paciente apresenta, e que podem ser bastante limitantes em sua atuação frente a tais situações. Para o paciente crônico, superadas às reações psicológicas em relação ao diagnóstico, resta ainda um desafio emocional: conviver com a idéia (verdadeira) de que a fidelidade aos cuidados prescritos não é uma garantia total de um perfeito controle da doença.

Sob tal prisma, é inevitável concluir que, caberá ao psicólogo não somente auxiliar a alteração dos hábitos como também favorecer uma mudança cognitiva, sem a qual, torna-se

precário o equilíbrio emocional do indivíduo diabético, o que, por conseguinte, diminui a possibilidade de sucesso no tratamento médico da doença.

5.7. A Concepção do problema

A principal discussão deste trabalho é levantar hipóteses acerca dos aspectos psicológicos do paciente diabético e as conseqüências destes para o indivíduo, seu tratamento e sua qualidade de vida.

Não é objetivo deste trabalho definir uma causa para a problemática do diabetes, pensando em termos da doença como fruto de um conjunto de situações na vida do paciente, mas entende-se que alguns aspectos desta vida e das relações desta pessoa podem tê-la influenciado e devem ser levados em consideração para o entendimento da doença, de seus aspectos funcionais e conseqüências comportamentais.

O que aqui se ressalta são as questões referentes ao controle alimentar e ao “não poder comer”, como queixa principal do Diabético.

É preciso, primeiramente, uma compreensão básica da concepção epistemológica que embasa as hipóteses que aqui serão propostas.

Entende-se que o ser humano, desde sua concepção, está envolto por uma constituição biológica e pela influência do meio em que vive, e tais fatores estão diretamente vinculados à sua formação enquanto ser humano biopsicossocial. A criança cria um vínculo, já nas primeiras relações que estabelece, seja com sua mãe ou com outra pessoa que acabe exercendo esta função para a criança, e a qualidade deste vínculo é imprescindível para o bem-estar e saúde deste indivíduo.

Um dos aspectos que impulsionou uma série de estudos no campo da Psicologia é o fato do ser humano ser constituído de desejos. Para exemplificar, tomemos um exemplo bastante comum para a psicologia: uma criança, recém-nascida, sente fome. Algo de seu corpo biológico lhe aponta um desconforto, algo que não está bem e que deve ser finalizado. Então, ela deseja imediatamente que cesse este desconforto, e o único meio pelo qual pode expressar tal insatisfação é através do choro.

Em alguns casos, esta criança será rapidamente atendida e seu desejo satisfeito no momento em que sua mãe lhe oferece o que supre sua necessidade, no caso, o leite. Mas não podemos deixar de perceber que tal insatisfação momentânea ocorreu. O interessante é que a relação desta criança com seu desejo está sendo estabelecida, pois algumas crianças podem satisfazer imediatamente os seus desejos, outras, por determinados motivos, podem

experimentar um maior tempo de insatisfação até poderem suprimi-los. Outras, ainda, quem sabe, acabam por não poder suprimi-los. A diferença nas características de uma criança para outra, entre outros fatores, é como cada uma aprende a lidar com este grau de insatisfação.

Através do espaço que a psicologia proporciona os indivíduos podem mostrar-se como eles realmente são, com suas dificuldades e angústias. Podem não conseguir se controlar e eventualmente comer algo que não deveriam.

Os pacientes diabéticos estudados mostram-se, por um lado, rígidos no controle de sua dieta e de todo o seu tratamento, que só assim se torna eficaz. Mas, por outro lado, mostram-se “humanos” na medida em que desejam e, muitas vezes, este querer lhes domina. Mostram a angústia desta ambigüidade, natural a cada pessoa e exacerbada frente ao Diabetes. Mostram a luta de cada momento ao se depararem com tais desejos e, mesmo com alguns deslizes, a força de encarar que apenas desta forma proporcionarão a si mesmos uma vida mais saudável, sempre na esperança da cura.

Outro ponto importante é o de que em um processo de estabelecimento de objetivos de tratamento, embora os profissionais estejam voltados para a definição específica de metas individuais para os pacientes, na realidade, suas determinações repercutem no modo de funcionamento do serviço.

6. Projeto social realizado

O Projeto “Formação para o Autocuidado em Diabetes” teve como objetivo orientar pessoas com diabetes, seus familiares ou cuidadores, a respeito da manutenção da saúde, controle diário da glicemia, prevenção das complicações do diabetes e os aspectos psicológicos envolvidos, através de aulas expositivas trazidas pelos nutricionistas e pela doutora Marília (endocrinologista). Também verificou o efeito de um grupo de apoio psicológico em pacientes diabéticos, através de aplicações de dinâmicas, atividades complementares e levantamento de discussões.

O trabalho foi realizado com grupos fechados, em encontros semanais, no posto de saúde da 508 sul, durante dois meses. A proposta era fazer um grupo de reflexão, de troca de experiências e de vivências sobre o diabetes.

Logo, o objetivo deste Projeto estava relacionado tanto ao caráter social - que envolve a importância da informação sobre a doença, como identificá-la, como proceder caso identificada, seus riscos caso não tenha um tratamento adequado, como reagir com as pessoas

que tem diabetes -quanto ao caráter psicológico - que envolve os sentimentos e pensamentos das pessoas que tem a diabetes em seus cotidianos - (seja por ser uma pessoa com diabetes, seja um familiar ou alguém muito próximo que a tenha).

Outro ponto importante a ressaltar é com relação à questão ética e moral, pois todo indivíduo tem direito a assistência médica e psicológica para auxiliá-lo em momentos de crise, principalmente quando descobertas doenças crônicas.

Se fosse visto na perspectiva econômica, quanto maior o número de campanhas, maior seria será a conscientização das pessoas com relação aos riscos das doenças e menor seria a porcentagem de doentes no mundo. O melhor tratamento para doenças crônicas e seus retardamentos é a prevenção através da informação.

Este tipo de projeto também ajuda a expandir campanhas de conscientização e informativos para outras áreas da saúde, não apenas dentro da questão do diabetes, pois se elas são bem sucedidas, a tendência é a de aplicá-las em outras ocasiões que têm um mesmo fim. Um exemplo disto seria com relação a doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas e sedentarismo que provocam a facilitação de outras doenças crônicas como o câncer, hipertensão, obesidade, etc.

O estado psicológico de uma pessoa que tem uma doença que não tem 100% de possibilidade de cura muitas vezes pode levá-l a cometer suicídio ou a esboçar reações que poderiam ser prejudiciais a outras pessoas. Então, existem, também, as questões do bem-estar e da ordem social.

Este Projeto teve, também, como objetivo a experimentação científica de um grupo multidisciplinar, isto é, vários profissionais de áreas diferentes fazendo um trabalho num mesmo grupo e com objetivos semelhantes, mas através de métodos que foram aprendidos dentro de suas especializações. Neste caso, em particular, englobando o trabalho interdisciplinar das áreas de Endocrinologia, Nutrição, Enfermagem e Psicologia.

Os Profissionais envolvidos: médica endocrinologista, auxiliares de enfermagem, nutricionista e estagiárias de Psicologia e Nutrição.

As atividades desenvolvidas pela equipe de Psicologia foram: dinâmicas de grupo com fins de integração grupal, autopercepção, autoconhecimento, socialização, introspecção, descontração, formação de vínculos, confiança, comunicação, espírito de equipe, coesão grupal, respeito às diferenças individuais.

Foto 1: Interdisciplinaridade - Estagiária de Psicologia, Auxiliar de enfermagem e Endocrinologista.

6.1. Trabalho Multidisciplinar e a Relação Interdisciplinar

Um trabalho multidisciplinar acontece quando dois ou mais profissionais de áreas diferentes se unem para exercer uma atividade em que o objetivo final seja comum a elas. Para tanto, o trabalho realizado neste Projeto que envolve pessoas portadoras de diabetes é exercido por profissionais de Endocrinologia, Psicologia, Nutrição e Enfermagem.

A importância das inter-relações entre os profissionais está diretamente relacionada ao desenvolvimento dos pacientes e à integração do grupo como um todo. Isto é, quando há uma integração da equipe de trabalho, não existe uma separação de hierarquia e de poder entre os profissionais, o que possibilita a discussão para que os objetivos e desenvolvimento dos trabalhos sejam mais bem elaborados e alcançados.

Nesta discussão, cabem as observações de cada profissional sobre um mesmo fenômeno e, a partir destas observações, chega-se a um consenso a respeito do melhor método a ser utilizado, para que haja uma melhoria nos pontos mais fracos do trabalho que está sendo exercido. Além, é claro, do *feedback* que a endocrinologista e o supervisor do estágio de Psicologia dão ao trabalho que está sendo realizado.

Quando algum profissional não estiver presente no grupo, por exemplo, a tarefa não deixa de se desenvolver perfeitamente, e esta é uma das vantagens de ter-se um trabalho multidisciplinar.

Este sistema de integração dos vários profissionais vem ocorrendo em várias áreas: da saúde, educacional, esportiva, jurídica e organizacional., principalmente da área da saúde,

mais especificamente nos hospitais psiquiátricos, nos quais os profissionais estão se reunindo para buscar meios de não institucionalizar os hospitais.

6.2. Características da Unidade

O Projeto com pessoas portadoras do diabetes foi realizado no auditório do posto de saúde da 508, na Asa Sul, Brasília – DF.

Durante sua execução foram observados vários elementos que podem ser modificados para que haja mais conforto para os pacientes e, conseqüentemente, que facilitem o trabalho dos profissionais envolvidos. Os principais aspectos que podem estar dificultando o desenvolvimento do grupo são:

- O ar condicionado do auditório, apesar de existir, não funciona, o que torna o local abafado e calorento.
- As janelas que existem são bastante grandes, porém, em um dos lados existem grades que impedem a circulação do ar no local.
- As atividades são realizadas no período vespertino, e Brasília é uma cidade onde o clima é seco, o que aumenta a necessidade de se beber bastante líquido. No local existe bebedouro, mas não existe água disponível.
- Há um banheiro no próprio auditório, mas não pode ser utilizado por problemas no sistema hidráulico.
- As carteiras são de madeira e sem conforto algum.
- A lousa é um instrumento que mal pode ser utilizado, por estar velha, mal cuidada e extremamente manchada, atrapalhando a adequada visualização do que está sendo escrito.

Portanto, são pequenas coisas que, se forem mudadas, podem aumentar o conforto e o interesse dos pacientes em estar no local para executar as atividades propostas pelos profissionais.

Mas nem tudo é negativo, existem pontos importantes e positivos, tais como:

- A mobilização dos profissionais para tornar o local mais aconchegante (a própria endocrinologista traz instrumentos para escrever na lousa).
- Há acesso ao elevador o que facilita a locomoção das pessoas para o auditório situado no segundo andar do posto.
- Os banheiros que estão na sala de espera são limpos e arejados.
- A auxiliar de enfermagem sempre tenta conseguir jarras de água para disponibilizá-las aos pacientes.
- Os profissionais do Posto de Saúde estão sempre dispostos a atender a qualquer pessoa que lhes peça auxílio.
- Enfim, existem muitas coisas positivas que ajudam no trabalho de conscientização e informação sobre o diabetes para pessoas que necessitam deste tipo apoio.

6.3. Organização das Atividades Grupais (onde se pretende ir com o grupo)

O trabalho realizado pelas estagiárias de Psicologia, com o grupo de diabetes *mellitus* tipo II, teve como objetivo ajudar a orientar os pacientes e seus familiares ou cuidadores a respeito da manutenção da saúde, controle diário da glicemia, prevenção das complicações do diabetes e os aspectos psicológicos envolvidos.

Neste trabalho, realizamos dinâmicas semanais com a finalidade de:

a) integração com o grupo;
b) formação de vínculos entre os participantes;
c) descontração;
d) autoconhecimento;
e) autopercepção;
f) introspecção;
g) socialização;
h) trabalho de equipe;
i) concentração;
j) atenção;

k) *feedback;*

l) adesão ao tratamento.

Para este estágio, o Centro de Saúde Unidade Mista da Asa Sul disponibilizou o auditório uma vez por semana, durante oito semanas.

Foto 3: Estagiárias de Psicologia.

6.4. Aspectos Biorgânicos do Diabetes

Quando a pessoa desenvolve o diabetes, o pâncreas deixa de fabricar ou produzir insulina suficiente ou, ainda produz, mas não sabe utilizá-la.

A insulina é o hormônio responsável pela entrada de glicose nas células, garantindo energia a elas. A glicose vai-se acumulando no sangue, e ele é eliminado pelo ato de urinar, fato constante no diabético. Ao eliminar muita água, é compreensível que o diabético sinta uma sede descontrolada e, como as células estão sem energia, o doente fica cansado sem motivo aparente e sente uma fome insaciável , a fim de repor a energia.

Outros sintomas bastante presentes são: perda considerável de peso corporal, visão turva, dormência e dores nas pernas e pés, coceira vaginal, infecções urinárias freqüentes e dificuldade de cicatrização.

As complicações do diabetes resultam do mal tratamento e do desconhecimento da doença pelo paciente. A única forma de evitá-las é fazer o adequado controle dos níveis de açúcar no sangue, mediante um esforço constante ao longo da vida.

As conseqüências de tratamentos malfeitos podem causar, a longo prazo, sérios problemas nos rins, nervos, olhos, coração, artérias e veias e pés. A curto prazo, podem surgir complicações como o coma hiperglicêmico, uma descompensação nos controles de açúcar,

que acontece quando a pessoa ignora estes controles na alimentação e nos medicamentos. São sintomas típicos de hiperglicemia: sede intensa, volume grande de urina, fraqueza e tonturas, respiração acelerada, perda rápida de peso, náuseas e vômitos, perda de consciência. O coma hipoglicêmico também pode apresentar-se, causando seqüelas ou morte cerebral. Ele geralmente ocorre quando há uma desproporção entre medicação e quantidade de carboidratos ingeridos. São sintomas típicos da hipoglicemia: sudorese, tremores, sensação de fraqueza e fome, palpitação e tontura.

Foto 4: Paciente e Endocrinologista.

Para o bom controle da glicemia, na maioria das vezes, é necessário o uso de insulina (de ação rápida ou lenta), ou de medicamentos hipoglicemiantes como as glinidas (aumentam a secreção de insulina de maneira imediata), sulfoniluréias (aumentam a secreção de insulina de forma prolongada), metformina e glitazonas (diminuem a resistência à ação da insulina) e acarbose (agem retardando a absorção de carboidratos).

6.5. Aspectos Sociais, Psicológicos e Subjetivos Relacionados ao Diabetes

Atualmente, existe uma alta prevalência de diabetes *mellitu*s no Brasil e no mundo, sendo fundamental, para o tratamento e prevenção das complicações, que os profissionais de saúde, seus clientes diabéticos e familiares tenham acesso a informações sobre a doença, bem como à participação em grupos de apoio psicoterápico.

O Censo Nacional de Diabetes, realizado no Brasil em 1988, na população urbana de nove capitais, na faixa etária de 30 a 69 anos, apontou uma prevalência de 7,6% de diabéticos, com metade desse total desconhecendo sua condição.

Segundo González Rey, a saúde é um importante indicador do funcionamento social, e o quadro epidemiológico é um reflexo das contradições e dos fatores que afetam o homem

numa determinada sociedade. Desta forma, o conceito de subjetividade contribui para o entendimento do processo de adoecimento e para nortear políticas de saúde. “Subjetividade é um sistema constituído por processos simbólicos e de sentido que se desenvolvem na experiência humana... É um sistema multideterminado, contraditório, diferenciado e em constante movimento, que se expressa, simultaneamente, em dois níveis diferentes de constituição: a subjetividade individual e a social”.

Durante as reuniões com o grupo, pôde-se inferir que existem aspectos subjetivos e psicológicos relacionados ao diabetes presentes, tanto na subjetividade individual quanto na social (grupal). Entre eles, destacam-se: o diabetes associado a uma rebeldia e a uma não adesão ao tratamento; o adoecimento relacionado a um evento traumático, como por exemplo morte do marido, adoecimento do filho ou aposentadoria; a teimosia; o medo de comer; o temor das complicações da doença e da insulina; a crença de que o diabético não tem salvação por ter uma doença crônica; o fato de se considerar o diabetes como um castigo; a sensação de que o alimento está relacionado a prazer e culpa; os pensamentos recorrentes sobre morte:

“Se for para viver dez anos me privando de tudo, prefiro viver cinco comendo tudo que sinto vontade”.

“Eu não desisti da vida por causa de meus netos”.

“Com o diabetes, a gente deve renunciar a várias coisas”.

Também foi possível constatar que os pacientes têm poucas informações técnicas relativas à doença, havendo, muitas vezes, informações contraditórias e do senso comum. Esse é um dado que está relacionado às práticas sociais de saúde e à representação social da doença. Dúvidas a respeito da hereditariedade da doença, incertezas sobre a cronicidade do diabetes e condição socioeconômica como um empecilho ao tratamento:

“Como cuidar da alimentação se está tudo caro?”

“Tenho dúvidas a respeito da hereditariedade e quero saber se posso ter diabetes ou não”.

6.6. Resistências Psicológicas Freqüentes no Portador de Diabetes

O diabetes é uma doença crônica que exige muita disciplina e, por isso, requer também mudanças de hábitos, como a reeducação alimentar, cumprimento de horários para

tomar a medicação e fazer as refeições, rotina regular de prática de exercícios físicos, apenas para citar as exigências mais emergenciais. Por conseguinte, o sucesso do controle do diabetes depende primordialmente do cumprimento rigoroso da orientação terapêutica como um todo, ou seja, o diabético é o principal responsável por sua saúde e bem-estar. Com tantas responsabilidades, grande parte dos diabéticos apresenta resistências que atrapalham o bom controle da glicemia.

O auto-monitoramento, muitas vezes, se torna um estímulo aversivo por registrar altos índices de taxa de glicose, às vezes, sem motivo aparente, o que acaba por frustrar o indivíduo diabético, que se sente impotente nessa situação e evita o auto-exame.

O cumprimento de horários para se tomar a medicação e fazer as refeições é outra questão complicada na vida do diabético, considerando-se que, muitas vezes, é difícil, e até inviável, conseguir respeitar os horários, numa sociedade contemporânea que exige praticidade e rapidez, diante de tantos compromissos e obrigações que se tem. Então, o indivíduo começa a transgredir horários, priorizando as obrigações do dia-a-dia.

A prática de atividade física é eliminada da rotina do diabético pelo mesmo motivo anterior, devendo-se levar em conta que o diabético como tantas outras pessoas, tem tarefas a realizar como, por exemplo, fazer compras, trabalhar, estudar, levar as crianças à escola. Assim, a atividade física vai sendo adiada e, posteriormente, esquecida.

A questão do uso de medicamentos, sendo eles comprimidos hipoglicemiantes ou insulina, é outra dificuldade. Depender de medicamentos por toda a vida é um fator percebido por parte dos diabéticos como ausência de autonomia e independência. No caso da insulina a dificuldade é ainda maior. Cabe ressaltar aqui, que o diabético tipo I é conhecido como insulino-dependente. A seringa é, muitas vezes, percebida como ameaça à integridade física da pessoa, por ser um objeto que perfura ou penetra a pele, trazendo, em algumas ocasiões, a sensação de dor.

Ainda em relação à insulina e à resistência que pode surgir é que ela um fator de constrangimento e preconceito para o diabético, uma vez que a seringa usada para sua aplicação tem uma representação social bastante vinculada ao uso de drogas.

O transporte de insulina também não favorece a vida prática. Seu uso necessita também de materiais como algodão, álcool e seringas. No caso da insulina usada por meio de seringas, há uma necessidade de refrigeração, o que complica ainda mais seu transporte.

Outro fator imprescindível é a reeducação alimentar. De fato, a vida moderna não favorece o hábito de se comer saudavelmente (frutas, verduras, fibras...). O diabético acaba por se esquecer de grupos de alimentos importantíssimos para um bom funcionamento do

organismo. Desenvolve um paladar mais “grotesco” e atrofia seu paladar mais “sutil”. Os alimentos dietéticos, sem adição de açúcar, não têm um preço compatível com a realidade econômica brasileira, o que impossibilita o acesso a eles.

A possibilidade de complicações para o diabético efetiva-se graças aos maus hábitos que, além de impedirem o cuidado com a doença, fazem o caminho inverso, trazendo um amedrontamento capaz de gerar ansiedade nas pessoas, desencadeando a negligência em relação à doença e levando-as à fuga e ao não -enfrentamento da sua condição de saúde.

6.7. Mito do Trauma de Pessoas Portadoras de Diabetes Tipo II e o Estigma Social sobre a Doença Crônica.

Durkheim define mitos como criações coletivas que designam a Representação Social Coletiva. Segundo Moscovici (1986), o termo Representação Social refere-se àquelas representações que são compartilhadas por grupos e não são tão genéricas como a Representação Coletiva de Durkheim.

O conceito de Representação Social faz referência a uma forma de saber específico, o saber do sentido comum, cujo conteúdo reflete um processo psicossocial. Ou seja, a estruturação pela sociedade dos fenômenos da representação e, principalmente, a construção da realidade que se opera por meio desses fenômenos e dos quais os sujeitos sociais são também os autores (Herzlich, 1991).

Portanto, o conceito de Representação Social estabelece uma ligação entre a subjetividade individual e os elementos subjetivos que transitam na sociedade, e ele reflete aspectos mais concretos e parciais que o imaginário social.

No grupo de diabetes tipo II, observaram-se alguns mitos, tais como:

1) O diabetes não tem solução

Paciente: *“Após descobrir a diabetes, não tem salvação”*.

Endocrinologista: *“Tem salvação sim, pois com ao diabetes controlado você pode melhorar sua vida em 70 ou 80%. Se não houvesse salvação, restaria apenas chorar. No entanto, deve-se buscar a salvação: a dieta, o exercício físico, evitar o sedentarismo, enfim, mudar os hábitos”*.

2) A alimentação é restrita

Geralmente, o diabético pensa ser proibido comer qualquer tipo de doce e que há diversos alimentos proibidos. Também pensa que a comida para a pessoa com diabetes é muito cara, e quem é pobre não pode comprá-la.

Paciente: "*Eu vou sonhar com arroz... (...). E o biju, pode comer o biju?(...). Quero uma "descrição" mais apurada. Pode comer arroz e feijão?(...) O diabético pode comer melancia?"*.

Nutricionista: "*Pode sim comer seu arroz, seu feijão, mas precisamos estar atentos à quantidade"*.

3) Pessoa magra não desenvolve diabetes, somente a obesidade está relacionada com essa doença

Paciente: *"Minha mãe morreu de diabetes e era compensada, mas passava fome com essa doença diabetes e eu adquiri a doença. Tenho sete irmãos e sou a mais magra e sou a única com diabetes, os outros não, graças a Deus"*.

4) A pessoa que tem diabetes passa fome

Se a pessoa com diabetes seguir a dieta recomendada pelo nutricionista não irá se sustentar ou ficará menos resistente

Paciente: "*Mas será que eu comendo apenas essa quantidade que vocês falam eu me sustento? Não vou ficar menos resistente*?".

Endocrinologista: *"O diabetes dá fome, mas não é fome de doce. Desde pequenos, aprendemos a valorizar afetivamente o doce..."*

5) Traumas emocionais desenvolvem diabetes

Paciente: "*A médica disse que ele tinha uma semana de vida. Em um mês ele entrou em metástase, mas eu não o via como um canceroso, com um atestado de óbito com hora marcada(...) Foram dois anos e três meses de tratamento.É um milagre!(..)Foi nessa fase que me surgiram a hipertensão e a diabetes. E sei que foi esse estado que fez com que surgisse a diabetes.Eu me sinto forte e sei que é uma fase que eu preciso passar"*.

Além dos mitos, verificaram-se alguns estigmas sociais sobre a doença crônica do diabetes tipo II, tais como:

Paciente: "*Eu tenho o rótulo de diabética há quase sete anos, antes eu negava não tomava remédio em viagens para não alterar a rotina, a glicemia está alta, muda a minha vida. Quero emagrecer. As pessoas ficam me vigiando e isso faz a gente negar a doença. Até hoje eu não aceito o diabetes e o rótulo fica na cabeça. Fica complicado eu acho que atrapalho, eu não tenho problema com a gordura, mas com a diabetes,não aceito"*.

Foto 5: Grupo do Diabetes Tipo II, Centro de Saúde Mista da Asa Sul.

7. Conclusão

O objetivo principal desta monografia, a princípio, era o de estudar o comportamento do paciente diabético desde a descoberta da doença. A influência de características da personalidade no desenvolvimento dos sintomas e a relação da influência do meio social e suas implicações no convívio do diabetes, tudo isto através da correlação teórico-prática. Ao longo do trabalho, tornou-se cada vez mais necessário restringir os objetivos do estudo, visto a abrangência e complexidade do mesmo.

Após definida a sintomatologia e o tratamento a que um paciente diabético é submetido, passou-se a correlacionar fatos da vivência de sujeitos diabéticos (desde dados de suas vidas anteriores à doença, seu modo de relação familiar e social, até seus comportamentos atuais) com a sua aceitação e implicação no tratamento da doença.

Nesta monografia, preferiu-se focar as atenções nas hipóteses sobre a influência dos fatores emocionais (estressantes) no surgimento do diabetes e os comportamentos do indivíduo frente a esta dificuldade. Conclui-se até agora, através dos dados levantados nesta pesquisa, que esta doença surgiu, para a maioria dos sujeitos pesquisados, em momentos de grande pressão interna ou externa ao sujeito, pressão esta que pode ser correlacionada aos sintomas do estresse. Não é possível, através dos dados obtidos, afirmar um movimento causal nesta relação. Não se pôde comprovar, até então, que o estresse causa o diabetes, mas situações determinadas como estressantes na vida de um indivíduo podem potencializar seu surgimento (acrescidas de outros fatores como a influência genética e o comportamento

alimentar exagerado, que pode levar à obesidade e maior suscetibilidade à doença). Da mesma forma, a influência de situações estressantes no dia-a-dia de um diabético pode dificultar o controle da doença problematizando o quadro ainda mais. Fatores estressantes podem ser causa do desencadeamento e/ou agravamento do diabetes e, ao mesmo tempo, são conseqüência da constatação da doença.

E toda esta análise aponta para a necessidade do desenvolvimento de técnicas que auxiliem o sujeito com diabetes a lidar com as dificuldades que enfrenta no cotidiano da forma menos estressante possível. Um dos objetivos desta monografia era apontar para a necessidade de projetos que viabilizem este tipo de conscientização. Envolvendo, por um lado, profissionais que percebam a necessidade deste trabalho de sensibilização e, por outro, os próprios pacientes que necessitam de tais orientações.

É importante frisar que o presente estudo aponta para diferentes direções de aprofundamento, desafios necessários para a constante superação de barreiras vivenciadas por milhares de pessoas em todo o mundo que sofrem com o diabetes. Através do contato com alguns destes sujeitos, pode-se compreender que cada batalha vencida no controle dos sintomas pode e deve ser comemorada e, somando-se a força de vontade de diabéticos, familiares e profissionais da saúde, com o conhecimento da doença, pode-se alcançar o seu controle e um aumento gradativo da qualidade de vida destes indivíduos, lembrando que o diabetes é uma doença crônica, porém tratável.

O ser humano, desde sua concepção, está envolto por uma constituição biológica e pela influência do meio em que vive, e tais fatores estão diretamente vinculados à sua formação. Já nas primeiras relações que estabelece forma vínculos e a qualidade dos mesmos é imprescindível para o bem-estar deste indivíduo.

A psicologia participa com os seguintes temas distribuídos durante o ano nos trabalhos em grupos para pacientes e familiares:

1. independência dos pacientes com relação ao tratamento da doença;
2. dinâmicas de integração, visando a troca de experiências entre pacientes e motivação do grupo com relação ao tratamento;
3. trabalhar com as principais dificuldades trazidas pelos pacientes em relação à doença (por exemplo, aplicar insulina em público e ser confundido com um drogadito; o desejo de comer algo não recomendado; o medo com relação às possíveis complicações do diabetes);
4. as dificuldades na relação com os familiares, quando envolve a doença;
5. as dificuldades dos familiares no convívio com um diabético.

As organizações patológicas podem surgir a qualquer momento da vida psíquica segundo Godoy (1994) e Noronha & Loureiro (1998). Todavia, no caso do diabetes, a paralisação do tratamento pode levar à morte, além de trazer um intenso sofrimento físico e psíquico. O estabelecimento de organizações patológicas em pacientes diabéticos torna-se, dessa forma, muito perigoso. Eles sofrem sem se dar conta, vivem como se não possuíssem tal disfunção e experimentam grande angústia apenas quando a complicação, que poderia ter sido evitada, torna-se irreversível.

7.1. Considerações finais

Os desafios sobre as extensões da psicologia clínica para a saúde nos remetem à necessidade de ampliação da atuação do psicólogo clínico para além dos limites do consultório, nos colocando frente à urgência de descobrir novas forma de abordagem para antigos problemas psicológicos.

Essa tarefa requer, antes de tudo, a organização interna do psicólogo para que apreenda a realidade de modo a construir respostas criativas e questões que combatam e diminuam a exclusão mental e social.

8. Anexos

<u>Encontro com os diabéticos do dia 27/08/2004</u>.

Dinâmica aplicada: Marília

Os interessados no curso, à medida que foram chegando, preencheram o questionário. Primeiramente foi realizada uma dinâmica com crachás, que foram entregues de forma aleatória, para que, em seguida, fosse feita a troca com a pessoa à qual pertencia o crachá. Foi apresentado o grupo de profissionais que trabalharia no projeto.

A seguir, foi solicitado que cada pessoa pegasse uma gravura na mesa. Doutora M. solicitou que cada um falasse seu nome e o que a figura dizia a respeito da motivação com o que está sentindo para participar do grupo.

W.: conhecer sobre diabetes. eu sou auxiliar de enfermagem. O tigre pra mim representa a luta diária, porque não é fácil, o tigre significa força, luta, ou essa doença.

L.: eu escolhi o menino com o bezerro, dando leite na dedeira, como dizem meus netos. Gosto de dar leite na dedeira. É, mas eu sou gulosa, não respeito muito a dieta.

S.: eu escolhi o pingüim, que é um pássaro manso, também sou mansinha e gosto de saber sobre o problema do diabetes.

T.: eu escolhi um pássaro, me sinto presa mas quero me expandir. O meu nome é de origem italiana, que é C., e as pessoas nunca falam certo. Então eu vou falar T. mesmo, que é meu apelido. Eu sou hipertensa e eu me sinto presa e, de presente, eu ganhei diabetes, que é a mesma coisa. E quem sabe com vocês eu não vou me libertar.

V.: não tenho diabetes e estou representando meu pai. E ele é muito rebelde e eu estou aqui representando ele para saber lidar com ele. Minha avó morreu de diabetes, a mãe dela também, e eu tenho que ter paciência com ele por ter acompanhado essa doença desde pequena. Eu não a tenho, mas um dia posso ter. O animal que escolhi é uma águia. Gosta de voar, liberdade, é forte, principalmente com relação à doença e tenho que entender o meu pai.

G.: este é meu segundo curso. Achei bonito. Em relação com a doença eu deveria ser como este animal, correr do proibido como o cavalo corre. Eu vim para o posto quando tive consciência de nos disciplinar. Eu sabia o que não podia e essa motivação eu vou conseguir aqui, porque não estou fazendo caminhada, estou comendo doce, estou tendo problema com a glicemia, colesterol, problema com o remédio que é pra vida toda. Estou aqui para tentar subir de novo, pois há dois meses eu caí, mas estou tentando.

J.: eu escolhi as garças. Eu estou me sentindo como elas. Estou aqui para encontrar o grupo.

A.: eu adoro animal, cachorro. Meu marido disse que eu gosto mais dos bichos. Quando fico nervosa minha glicose sobe, então fico próxima aos bichos para me acalmar. Gosto de animal e quero aprender alguma coisa, pois sou teimosa e a minha glicose sobe muito.

B.: gosto de comer o que não pode. Sou teimosa, estou aqui para aprender diabetes. O urso é bonitinho.

B.: eu escolhi o tigre e seu filho, ou filha. Eu quero estabelecer com vocês um vínculo de proximidade, um carinho, para aprender com vocês.

P.: os micos são animais bonitinhos, estou acompanhando minha mãe.

J.: eu escolhi a mãe com o filhote. Estou me sentindo assim. Minha filha que morou dez anos nos EUA está aqui para me ver. Tive que fazer uma angioplastia no rim e antes eu tive uma hipoglicemia e entrei em coma. Meu filho me levou para o hospital a tempo. Já fui disciplinada, hoje tenho medo de comer. Fiz jejum de seis horas e depois do almoço entrei em coma. Eu não sabia como usar insulina. Ainda bem que meu filho me levou para o hospital a tempo.

Dra. M. explicou a respeito de glicemia/insulina.

A.: escolhi o tuiuiú por ser bonito e achei interessante por fazer o ninho separado. Com ele sabe se defender dos outros, estou aqui para aprender. Trabalhei com diabetes há treze anos no Gama. Estou aqui para aprender com vocês.

M.: não gosto de animais, mas escolhi o cachorro. Eu não convivo com animais porque tenho asma, mas estou me sentindo como um animal porque descobri a diabetes há um mês. E o cachorro é inteligente, amigo, e tem o que ensinar ao homem.

G.: escolhi o passarinho, estou aqui para aprender com vocês.

A.: escolhi dois irmãos cuidando de um carneirinho, e tem tudo a ver com família, afeto, e é o que eu quero estabelecer com vocês.

J.: dois pássaros, gosto de pássaros e a inspiração que eu tive foi: eles comem o que podem e na quantia certa e eu não sou assim.

M.: parabéns ao grupo, bem vindos! Vocês devem trazer o lanche e fazê-lo quando sentirem necessidade. Não devem aguardar para não passarem mal. Tragam alguma coisa na bolsa e comam para a glicose não abaixar muito. Não sintam-se acanhados e com necessidade de dividir com os outros. Se tem que fazer o lance às quatro horas, façam. Por favor, não esperem a reunião acabar.

T.: falou que não sabe reconhecer os sintomas da queda da glicose.

S.: já passou mal na missa, por não ter se alimentado e teve que ser socorrida. Levaram chá e biscoitos para que ela tomasse fora da igreja.

M.: todos vocês sabem o que é diabetes? A maioria falou que não sabe exatamente o que é diabetes (burburinho, todos falaram ao mesmo tempo).

G.: explicou como se pode descobrir o diabetes por meio da hemoglobina glicosada da curva glicêmica.

M.: o diagnóstico deve ser feito por meio de exames, que devem ser realizados em laboratório. A glicose de laboratório, não a do aparelhinho de casa, deve ser feita com oito horas de jejum. Os critérios para o diagnóstico mudaram no decorrer dos anos. Anteriormente a taxa era de 140 para dizer que a pessoa estava com diabetes. Hoje é 126. Na curva glicêmica mede-se a glicose antes e com duas horas após ter bebido aquele líquido doce, o açúcar, para ver a reação do organismo. A hemoglobina glicosada é para evitar outra coleta de sangue.

V.: após descobrir o diabetes, não tem salvação.

M.: tem salvação sim, pois o diabetes controlado pode melhorar a vida da pessoa em 70 ou 80%. Se não tivesse salvação, restaria somente chorar. No entanto deve-se buscar a salvação, a dieta, o exercício físico, evitar o sedentarismo, enfim, mudar os hábitos.

T.: falou que teve intolerância no momento de fazer o exame. Então acho que já estava diabética antes de fazer o diagnóstico. E tive também um diabetes gestacional.

M.: orientou a respeito do diabetes gestacional e a diferença do diabetes tipo II.

A.: também tenho dúvidas a respeito do diabetes gestacional. Também tive um.

V.: tenho dúvidas a respeito da hereditariedade e quero saber se posso ter diabetes ou não.

M.: orientou a respeito da hereditariedade e do diabetes gestacional.

T.: meu filho me preocupa muito. Ele tem 15 anos e é compulsivo, come doce o tempo todo. Toda vez que você olha pra ele, ele está “nham nham nham”.

M.: nós devemos lidar com bolos e doces em casa. Não deve-se ter todos os dias. Deve-se educar as crianças para ter uma boa alimentação.

T.: a culpa não é minha não, mas meu filho é compulsivo. Ele estuda de manhã e trabalha com o irmão, que veio separado de Goiânia, e montou uma padaria na frente da minha casa. Então, ele como doce o dia todo. Fico nervosa e tenho medo de que a glicose suba. Então não brigo muito com ele, mas ele come o dia todo.

M.: orientou a respeito dos transtornos para o corpo, com relação ao efeito do doce.

S.: sou diabética há dez, doze anos e faço tratamento. Fui visitar uma pessoa na Unimed e ela não fez dieta e teve que amputar a perna.

M.: vocês sabem quais são os sintomas da diabetes?

A maioria respondeu ao mesmo tempo:

Dor de cabeça, insônia, sede, boca seca, dor nas pernas, nervoso, vista turva.

L.: Eu descobri que tava com diabetes em uma campanha que teve em ? , minha vizinha minha amiga me chamava todo dia, vamos lá fazer o exame e eu não ia e no último dia ela me chamou e eu resolvi ir com ela e eu tava com diabetes.

M.: ressaltou e orientou a respeito dos sintomas. pergunta Quando uma pessoa tem uma glicose de 130 a pessoa não sente nada?

G.: Quando minha glicose está em 140 meu organismo reclama.

J.: Sempre fui magra fiz exercício natação , caminhada. nunca gostei de comer doce goiabada, bananada, só gostava de leite condensado. Fui fazer uma viagem para a cordilheira dos Andes e pela sujeira na Bolívia e no Peru, nós havíamos levado umas caixas de bombom, eu só comia bombom e bebia água quando era tratada. Então quando eu cheguei fui fazer uns exames eu pensava que estava com bicho no meu corpo todo, fiz o exame e deu 125 e o médico disse que era pelo tipo de alimentação que eu tive naquele período, então, eu levei a vida normal. Em 90 93 fiz a curva glicêmica e deu 140. Minha mãe morreu de diabetes e era compensada. mas, passava fome com essa doença diabetes e eu adquiri a doença. tenho 7 irmãos sou a mais magra e sou a única com diabetes os outros não graças a Deus.

M.: orientou a respeito da hereditariedade, o diabetes da fome mas, não é fome de doce. desde pequenos nós aprendemos a valorizar afetivamente o doce... ...

Por que essa glicose sobe? glicose é ruim ou é boa?

Ruim: não obteve votos.

Boa: todos levantaram as mãos.

M.: ruim é o excesso de glicose, o cérebro não funciona sem açúcar, analogia com a gasolina do carro... ...

O que o filho poderia ter feito antes de levar a Joselina para o hospital já que ela teve uma hipoglicemia.

V.: não ouvi. quando o filho dela levou para o hospital?

Resposta: burburinhos, todos falaram ao mesmo tempo. bala, açúcar, água com açúcar, bala...

J.: mel dentro da boca.

M.: fala mais alto Joselina. pasta de açúcar, mel e passa en em volta dentro da bochecha e não fora na bochecha. Nunca água ou bala, a pessoa está desmaiada é perigoso. Quando a pessoa está desmaiada o que fazer se não sabe se a glicose está alta ou baixa?

Resposta: burburinhos, leva para o hospital.

M.: dá o açúcar assim mesmo. É muito mais arriscado não dar o açúcar, glicose alta é perigosa à longo prazo. Glicose baixa a pessoa corre risco de vida... a hipoglicemia deve ser "tratada" com pão, refrigerante, fruta.

M.: por que a glicose sobe?

T.: a minha glicose sobe demais e não está sendo eliminada pelo organismo.

M.: o que faz a glicose chegar no sangue?

Resposta dada pela maioria ao mesmo tempo: comida.

M.: algumas comidas fornecem mais glicose outra fornecem menos glicose...

G.: as pessoas que tem glicose alta no jejum o fígado está fabricando a glicose?

Me perdi, L. falou.

M.: acolheu a pergunta e questionou "qual a função da insulina"?

G.: a insulina abre a célula para a glicose entrar.

M.: estabeleceu a diferença entre insulina/glicose; excesso de peso; diabetes tipo I e diabetes tipo II. A reunião foi encerrada com o compromisso de todos voltarem na próxima semana.

L. e S.: nós somos lá do posto que o W. trabalha.

L.: tem uma paciente lá que se curou do diabetes, mas eu sou rebelde eu como de tudo, se vou morrer e não posso deixar a semente, estou viúva a filha está casada, o meu adotivo caçula já está encaminhado. Então, se for para viver dez anos me privando de tudo, prefiro viver cinco comendo tudo que sinto vontade. Eu me lembro de minha infância lá no sul a gente comia aqueles bolos, aquelas cucas com bastante recheio.

M.: d. L. a senhora teve compromisso com as outras pessoas a vida toda, então quero que a senhora pense qual o compromisso que a senhora tem consigo mesma?

L.: nenhum.

- Neste encontro, além da apresentação de cada integrante do grupo (equipe de profissionais, estagiárias e pacientes), foi feita uma dinâmica onde todos participaram. Nesta, foram espalhadas gravuras por uma mesa grande e pedido a cada integrante que escolhesse uma. Quando todos já haviam escolhido, foi pedido que explicassem para o grupo o porquê da escolha daquela gravura. Todos descreveram a gravura e foi possível observar que, ao escolher a figura, cada sujeito se enxergava nela, tanto por uma qualidade como por um aspecto negativo do animal. Ao longo do encontro, percebeu o autor, também, que, além de se descreverem e comentarem sobre o animal escolhido, alguns pacientes colocavam suas expectativas, seus receios e suas dificuldades perante o curso, o tratamento e a doença, como, por exemplo, "se for pra viver dez anos me privando de tudo, prefiro viver cinco comendo tudo que sinto vontade".

<u>Encontro com os diabéticos do dia 02/09/2004</u>.

Dinâmica aplicada:

CONTRATO

TEMA CENTRAL: Formação de vínculos.

MATERIAL NECESSÁRIO: Cartolinas brancas em branco, sucatas, papéis de várias cores, canudinhos, lápis de cor, cola, lápis ou canetas, sala ampla.

TEMPO APROXIMADO: 40 minutos.

APLICABILIDADE: Treinamento e Desenvolvimento, Psicoterapia.

OBJETIVO: Permitir ao grupo vivenciar uma situação que propicie:

- Integração com o grupo;
- Formação de vínculos entre os participantes;
- Identificação de possíveis líderes;
- Trabalho de equipe;
- Descontração;

INSTRUÇÕES :

1. Extrair do grupo o que é necessário para manter uma ordem no grupo. Ou seja, os itens do contrato;
2. Dizer ao grupo que eles têm que criar um jardim e solicitar que descrevam o que terá no jardim;
3. Dividir os participantes em grupos de quatro a cinco pessoas e distribuir os personagens que compõem o jardim entre os grupos;
4. Solicitar que os participantes dos grupos confeccionem, com as sucatas, os personagens do jardim, e solicitar que nas duas cartolinas brancas deve ser montado o jardim da turma.
5. Solicitar que sejam escritos os itens do contrato no jardim, solicitar que um dos participantes marque acompanhe para que após dois meses seja verificado se o contrato está sendo cumprido.

❖ Neste encontro foi confeccionado o contrato do grupo, onde todos os participantes questionavam o que seria importante (ex: “desligar o celular, quando um estiver falando os outros escutam, respeito e consideração por todos os integrantes,” etc.) para um bom funcionamento do grupo como um todo.

<u>Encontro com os diabéticos do dia 09/09/2004</u>.

Dinâmica aplicada: Gisele/Fernanda

COLAGEM EXPLORANDO O CONTRATO/VALOR DO ALIMENTO

TEMA CENTRAL: Integração

MATERIAL NECESSÁRIO: Papéis em branco, revistas, colas, tesouras, lápis, canetas.

TEMPO APROXIMADO: 30 a 40 minutos

APLICABILIDADE: Psicoterapia e treinamento.

OBJETIVO: Permitir ao grupo vivenciar uma situação que propicie:.

- Integração com o grupo;
- Descontração;
- Auto-conhecimento

INSTRUÇÕES:

1. Solicitar que todos os participantes formem duplas e serão entregue perguntas, dúvidas, questionamentos da aula anterior em uma papeleta.
2. Solicitar que os participantes escrevam, discutem, recortem e colem no papel o que a pergunta do papel representa para eles.
3. Solicitar que os participantes apresentem para o restante do grupo o resultado de seu trabalho.
4. Comentários ao final com a nutricionista, e endocrinologista a respeito das questões.
5. Explorar os resultados

G (estagiária de psicologia)

E (estagiária de nutrição)

P (pacientes)

G.: Posso começar? Primeiro, boa tarde pra todo mundo! Quem não me conhece o meu nome é Gisele. Sou estagiária de psicologia juntamente com elas (aponta para as estagiárias).

Vamos começar fazendo uma brincadeira vocês topam?

P.: Sim, topamos fazer a brincadeira.

G.: O que vocês levariam num piquenique?

P.: Lanche...

G.: Lanche...

P.: Sanduíche, companheira, sol...

G.: Companheira, sol...

P.: Vitamina, toalha de xadrez, cesta, árvore, rede, adoçante aspartame, flor, jardim, bolo, sal...

G.: Bolo? Sal?

P.: Tem que ter brincadeiras?

G.: Que tipo de brincadeiras?

P.: Brincadeira de bola, queimada, bicicleta, violão...

G.: Uma bola, violão, bicicleta...que mais?

P.: Uma skol...

G.: Se eu colocar cerveja, tá errado?

P.: Não... (balançando a cabeça contrariado), mas é que skol é mais gostoso. Desce redondo...

P.: Temos que levar água...farinha. Tem que ter pessoas alegres...

G.: Água! Farinha! Pessoas alegres...legal!

P.: Um forrozinho é bom...

G.: Posso colocar música então?

P.: Pode...

G.: Vocês tem mais alguma idéia?

P.: Piqui... muita paz e amor... um arco íris...

G.: Paz! Legal!

P.: Agora nós vamos confeccionar esse piquenique que nós montamos aqui, tudo bem?

P.: Tudo bem... vamos lá!

G.: Vamos dividir em 4 ou 5 grupos.

Vamos dividir o material aí e se sentando nos grupos?!

Posso falar uma coisa rapidinho?

P.: Pode...

G.: Tudo que vocês irão fazer, será colocado num único cartaz.

P.: Ok. “Vambora”...

TEMPO PARA CONFECCIONAR O CARTAZ.

G.: Faltam 10 minutos, tá bom?

G.: Pessoal, faltam só mais 2 minutos, ta?!

G.: Pessoal, vamos fazer silêncio agora. O que vocês acham que precisamos nesse grupo para que todo mundo fique bem com todo mundo?

P.: Precisa de paz e amor! União...

G.: Precisa de paz e amor...que mais?

P.: Amizade, pontualidade, carinho, dedicação, forrozinho no final, participação, atenção, ...eu quero conhecer o pessoal, paciência, perseverança, respeito, consciência...

G.: Respeito, consciência? Mais alguma coisa? Ninguém tem mais nada pra colocar pra gente?

P.: Tem que ter disciplina...

G.: Disciplina... essa palavra é complicada.

P.: Não pode cochilar...

G.: Não cochilar, atenção né?!

O que mais? Alguém falou ali e eu não escutei direito. Foi você?

P.: Eu não... tenho certeza de que eu não falei nada.

Tem que ter paciência...

G.: Paciência. Paciência é importante.

A.:(estagiária) - Aceitação

G.: Vocês acham que é importante o celular desligado ou no silencioso?

P.: É importante o celular no silencioso.

G.: É legal que todo mundo faça um pouco daquilo que colocamos no cartaz. Vamos ficar com isso na cabeça para podermos desenvolver bem o trabalho. Vocês colocaram alguns alimentos ali. Quero que vocês pensem na importância que esses alimentos têm pra vocês.

Agora vou passar para a nutricionista.

E.: Vocês colocaram aqui no cartaz alguns alimentos: cerveja, vitaminas, sanduíche, etc. Nós sabemos que as pessoas que têm diabetes devem evitar o uso de álcool, comidas gordurosas.

P.: Devemos obedecer os horários, né?!

E.: Sim...devemos tomar cuidado com os horários...

P.: O que é proibido para o diabético comer?

E.: Não se deve proibir os alimentos, mas tem que ter cuidado com a quantidade que se come.

O mais importante que devemos saber são os carboidratos. Falaremos das proteínas e dos lipídios semana que vem. Dentro dos carboidratos temos os simples: as frutas, os legumes, açúcar... e temos os complexos: macarrão, arroz, pão...Alguém sabe dizer a diferença entre um e outro?

P.: Os carboidratos das frutas e legumes são mais facilmente absorvidos pelo organismo e os do arroz e do pão não.

E.: Isso...

P.: E o biju...pode comer o biju?

E.: Pode comer o biju? Pode comer o biju, mas não dois.

P.: Meu negócio é arroz, feijão e farinha. Não pode?

E.: Pode...mas a farinha...a gente podia cortar a farinha.

P.: De manhã eu como um biju, no almoço 2 colheres de arroz, a noite eu não janto, como uns biscoitinhos.

E.: O senhor não jantar a noite pode trazer o risco de fazer hipoglicemia de madrugada. Faz-se orientação que se coma de 3 em 3 horas. Isso é importante para que não se tenha picos de glicemia.

P.: Seja mais direta. Ele pode até morrer por causa de uma hipoglicemia.

Se eu comer de 3 em 3 horas eu morro! É por isso que a jacobina (glicohemoglobina) não abaixa.

E.: São 3 refeições e entre elas pequenos lanches...o senhor não vai morrer por isso.

Deve-se também evitar as comidas já prontas, isso não cabe muito em nossa alimentação. Por que esse tipo de alimentação é prejudicial?

P.: As coisas prontas tem conservantes.

E.: Isso...os conservantes, e o teor de carboidrato é alto. Graças a Deus hoje em dia todos esses alimentos possuem a tabela nutricional na embalagem, se vocês foram conferir verão que o teor de carboidrato é grande.

P.: Eu como 2 ovos no café da manhã e 2 copos de leite.

Minha mulher fez um coral curau de milho e eu comi mesmo.

E.: O que acontece com o diabético geralmente é o excesso de peso, por isso é bom evitar gordura.

P.: Quero uma descrição mais apurada. Pode comer arroz, feijão?

E.: Deve-se ser crítico. Não dá pra ficar brigando com a alimentação de vocês. É importante ter conscientização da alimentação para a saúde de vocês. Pode sim comer seu arroz, seu feijão, mas precisamos estar atentos à quantidade.

P.: E a cerveja pode?

E.: A cerveja tem bastante carboidrato, de novo precisamos estar atentos à quantidade.

P.: O leite deixa o colesterol um pouco além?

E.: Sim. Se o senhor tem o colesterol alto deve substituir o leite normal pelo leite desnatado.

Gostaria de desse retorno de vocês. Falem das dificuldades de vocês?

P.: Todo tubérculo faz mal ao diabético?

A carne de bode faz mal também?

E.: Nenhum alimento faz mal, é a forma como é utilizado e a quantidade que é consumida que faz.

P.: Couve, chuchu, repolho, vagem, chicória, maxixe, pimenta pode comer...

E.: Mas a pimenta devemos ter cuidado com ela. Por que? Por que ela aumenta o apetite.

P.: Eu sempre me preocupo com a família...o regime do diabético não deveria a ser a todos?

E.: A família deve entrar numa educação alimentar. Não precisa ter comida separada para o diabético.

P.: Vou fazer uma pergunta bem infantil ou imbecil mesmo. Mas será que eu comendo apenas essa quantidade que vocês falam eu me sustento? Não vou ficar menos resistente?

E.: De jeito nenhum...o que faremos é uma medida exata de alimentos que o senhor precisa de acordo com a sua altura, peso e idade para se sustentar e para não perder resistência.

P.: Todo dia eu caminho 10 km... é importante né dotoura?

E.: Exercícios físicos são muito recomendados.

P.: Eu sou diabético, hipertenso e tenho triglicerídio alto.

E.: Triglicerídio alto é um problema sério que deve ser controlado. Esse é um problema alimentar.

E não é só tomar remédio que abaixa não. O que realmente se deve fazer é uma alimentação saudável.

Não podemos nos esquecer das frutas que são fundamentais na nossa alimentação. Devemos comê-las 3 vezes ao dia.

Na verdade devemos comer todos os grupos de alimento. Deve-se encontrar um equilíbrio.

P.: Uma coisa supera a outra. Tem que ter equilíbrio.

Menos o doce, né dotoura? São proibidos...

E.: Deve-se esquecer de açúcar e doce. São proibido todos os açúcares. Açúcar simples (branco) e açúcar mascavo, mel, rapadura...

P.: Se eu passar uma semana toda na dieta boa e no final de semana eu for pra um churrascão na chácara estraga tudo?

E.: O cuidado é diário, de domingo a domingo.

P.: Eu sou dona de casa e escuto muito que as verduras estão cheias de agrotóxicos. Se eu lavar muito a vitamina vai embora?

E.: Os nossos alimentos estão contaminados, mas não devemos deixar de nos alimentar por isso. As verduras cruas, podemos deixar de molho na água sanitária. Tem uma eficácia boa. Não se pode então deixar de comer as frutas e verduras cruas.

P.: Mas comida pra diabético é muito cara. Quem é pobre, pobre mesmo não pode comprar...

E.: Pra quê comer alimentos industrializados? O portador de diabetes gasta menos dinheiro em sua alimentação do que pessoas que não possuem diabetes. Não adianta trocar os alimentos por outros mais caros. Isso são eles tirando nosso dinheiro pela nossa falta de informação. O importante é tomar cuidado com a quantidade.

P,: E pode confiar nos adoçantes?

E.: Pode...

P.: E a bebida alcoólica?

E.: O álcool normalmente faz a glicose cair. Tem que comer um carboidrato junto. Mas ele (o álcool) faz o triglicerídio aumentar. Deve-se estar atento a isso também.

P.: Posso comer castanha?

E.: Pode...mas é um punhado que caiba na mão...e não é aquela mãozona. Mão normal.

A gente tem que dar importância ao que a gente come. Não só na qualidade, mas principalmente na quantidade. Mas as castanhas são calóricas demais.

P.: E a sopa faz mal?

E.: Temos que saber que alimento está indo nessa sopa...

P.: O diabético pode comer melancia?

E.: Claro. As frutas são recomendadas 3 vezes por dia, não esqueçam!

P.: Eu vou sonhar com o arroz...

E.: Gente, alguma dúvida muito séria que a gente possa resolver aqui e agora?

P- O azeite pode?

E.: Uma voltinha com a lata de azeite na salada não faz mal.

P.: Depende do tamanho do furo. Rs...

O queijo frescal, posso comer se não comer o pão?

E.: Você pode comer o pão com o queijo, mais aí esquece a manteiga.

P- E qual é a diferença entre o alimento diet e o light?

E.: Alimento dietético é sem açúcar e não é desnatado. O light é desnatado, com menos teor de gordura, mas pode conter açúcar.

P.: E a polpa de fruta?

E.: A polpa de fruta não contém açúcar, por isso não tem problema. Pode ter conservante, mas não faz mal.

ALGUNS SEGUNDOS DE SILÊNCIO.

E.: Ok gente. Nos vemos então semana que vem.

❖ Hoje foi feita uma dinâmica onde todos poderiam discutir, perguntar e se posicionar a respeito do conhecimento, ou falta dele, à respeito dos alimentos, seus valores e suas restrições. Durante a dinâmica, percebeu o autor o quanto é difícil para eles mudarem os hábitos alimentares, mesmo sabendo o que se deve comer, o quanto e o que não pode. Percebeu, também, que, para seguir a dieta, não é preciso apenas a informação, o principal é a força de vontade que cada um tem que ter para não cair em tentações e abusar de certos alimentos.

Encontro com os diabéticos do dia 23/09/2004.

Dinâmica aplicada: Jamille/Bruna

ROTULANDO

TEMA CENTRAL: Integração

MATERIAL NECESSÁRIO: Etiquetas com rótulo escrito, cd com musica e sala ampla.

TEMPO APROXIMADO: 30 a 40 minutos

APLICABILIDADE: Psicoterapia e treinamento.

OBJETIVO: Permitir ao grupo vivenciar uma situação que propicie:.

- Integração com o grupo;
- Descontração;
- Auto-conhecimento.

INSTRUÇÕES:

1. Solicitar que todos os participantes formem um círculo para que seja apresentadas a dinâmica e regra, que é: Após colocar a etiqueta os participantes não podem se comunicar verbalmente e sim através de gestos e expressões de acordo com o comando da etiqueta.
2. Solicitar que os participantes façam uma fila.
3. Colocar na testa de cada participante uma etiqueta com um determinado rótulo previamente escrito.
4. Solicitar que os participantes andem/ circulem e interajam entre si de acordo com o comando das etiquetas.
5. Após o tempo determinado pelo facilitador, solicitar que o grupo retorne ao círculo.

6. Solicitar que cada participante tente descobrir qual o seu rótulo e pedir que fale sobre a experiência que teve ao sentir-se rotulado.

7. Explorar sentimentos.

Ja.: Orientações para a dinâmica:

Sr. J.: Preocupou se foi planejado que ele recebesse aquele rótulo.

A.: Coitado, minha mãe chorou, hoje não faço mais segredo não.

S.: Com diabetes a gente deve renunciar a várias coisas? tenho medo do diabetes, a minha família tem uma vigilância muito grande dos meus netos, nunca posso comer doce, eu não como eu sinto um fogo nas minhas pernas, dores terríveis. Um dia eu tive uma hipoglicemia de 55 e quase não chego na cozinha para fazer o teste comer alguma coisa.

V.: Eu com o meu pai, se estiver com a família e ele estiver bem eu não regulo deixo que ele coma não controlo o tempo todo acho que ele está no direito dele, mas ele é carrancudo com a família, mas, eu não faço punições.

Senhora de verde: Eu tenho o rotulo de diabética a quase sete anos, antes eu negava não tomava o remédio em viagens para não alterar a rotina. a glicemia esta alta, muda a minha vida, quero emagrecer, as pessoas ficam vigiando e isso faz a gente negar a doença. Até hoje eu não aceito o diabetes o rótulo fica na cabeça, fica complicado eu acho que atrapalho, eu não tenho problema com a gordura mas, com a diabetes eu não aceito.

C.: Mas, antes de ser diabética a senhora é outras coisas e o diabético que se cuida tem uma qualidade de vida melhor.

Sr. J.: como cuidar da alimentação se tudo está caro, mas é só comprar verdura na terça feira. que é mais barato.

J.: eu tenho duas irmãs que morreram com diabetes, eu faço o controle se não fosse a medicina todos com diabetes morreriam.

Ja.: Nós reconhecemos o rótulo e agora o que faremos com o rótulo?

S.: eu não me importo. Os meus netos me vigiam para que eu não morra. Eu até gosto do cuidado porque eles me amam.

V.: o meu pai não aceita dá uma revolta.

L.: na semana passada quando a glicemia estava baixa, e eu sou hipertensa e hoje...(foi interrompida)

G.: dona L. como a senhora se sente ?

L.: me sinto mal pareço bêbada eu não uso mais açúcar, respondendo ao sr J. que perguntou se ela bebia um café bem doce quando passava mal.

M.: a senhora tem coragem de aceitar esse mal estar e o corpo se acostumar a estar com a glicose e a pressão regulados baixas. ou não dá.

L.: eu tomo meu café e fico meditando, há dezessete anos o médico me condenou “eu dou seis messes para ela mudar de Brasília se não ela morre” meu marido ficou louco, quis mudar, nós tínhamos adotado um neném. mudamos chegamos lá no Sul no dia primeiro de maio para terminar uma casa de praia que tínhamos lá no dia 06 ele morreu de um ataque cardíaco fulminante fiz a minha transferência de volta, enterrei ele lá e voltei com os meus filhos e o neném que hoje tem dezessete anos. Criei meus filhos já tenho netos. eu não fico assustada pelo diabetes, não é demagogia não. Não vai me matar, eu vou morrer quando chegar a hora, não tenho medo de morrer, isso aqui é uma passagem.

M.: As coisas dependem da senhora.

L.: Depende. Do psicológico eu sou cobaia. saio do posto com a glicemia boa, eu digo hoje vou me fazer de doente. Meu filho liga para a Nana, que é sua irmã, os filhos dão beijo e os netos também. Aí eu digo para minha filha Vai comprar sorvete para tomar. Ela diz tá louca mãe. Aí eu levanto e falo: estou boa e vou lavar roupa, trabalhar, lavar louça. Se venho do hospital com o diabetes alto e a pressão também, eu digo eu não tenho nada, e faço tudo em casa.

G.: Dona L. a senhora pensa na morte?

Dona L.: Não tomo banho com a porta fechada, nem com o quarto trancado, estou pronta, já preparei meu filho... ... ... Na minha casa é diferente os meus netos, eles me oferecem suco com açúcar, eu tomo um pouquinho mas, recuso porque tem açúcar e eu não como mais açúcar e nem doce eu sempre recuso.

Dra. M.: Então a questão do rótulo fica mais forte quando a pessoa fica oferecendo alimento.

S.: Eu acho que é pior, porque não somos de ferro.

L.: Eu tenho uma comadre que vive de dieta e com o diabetes de 220 o marido tem diabetes e não se cuida come coisas gordurosas , come açúcar, tudo e vive com o diabetes controlado.

M.: Fez uma comparação do diabetes com outras doenças.

G.: Os prazeres cotidianos pequeninos são essenciais. Até que ponto o diabetes atrapalha a vida de vocês. SILÊNCIO

M.: com uma palavra o que eu sou.

Após a dinâmica foram feitas orientações a respeito dos medicamentos e de seus efeitos no organismo dos usuários.

❖ A partir desta dinâmica pôde o autor observar que algumas pessoas se preocupam mais com o que as outras pessoas vão pensar delas do que com a própria doença

(dificuldade de aceitar-se portador de diabetes do tipo II). Pôde observar, também, que quase todos relacionam a pressão que sofrem de seus familiares com a dificuldade do controle alimentar. Alguns dos sujeitos não aceitam que nenhum de seus familiares lhes digam nada em relação à alimentação, mas permitem que seus netos interfiram, ou reclamem em relação ao tratamento.

Encontro com os diabéticos do dia 30/09/2004.

Dinâmica aplicada:Clarissa/Hellen

Obs: Neste dia, a dinâmica foi realizada após as orientações a respeito de situações especiais para sobreviver e viver para o diabético.

DINÂMICA DAS FIGURAS

TEMA CENTRAL: auto-conhecimento

MATERIAL NECESSÁRIO: gravuras diversas recortadas de revistas, sala ampla e um papel com três perguntas

TEMPO APROXIMADO: 50 minutos

APLICABILIDADE: Psicoterapia

OBJETIVO: Permitir ao grupo vivenciar uma situação que propicie:

- Integração com o grupo;
- Auto-conhecimento;
- Auto-percepção;
- Introspecção.

INSTRUÇÕES:

1) Colocar uma música calma a fim de proporcionar relaxamento e introspecção.

2) Pedir para que o grupo se dirija ao local onde estão as gravuras.

3) Observar as gravuras atentamente e escolher apenas uma para si. Aquela que lhe despertou mais intensidade de sentimento ou aquela com a qual a pessoa mais se identifique.

4) Após ter escolhido a gravura, cada integrante do grupo deve se sentar na roda.

5) Os condutores da dinâmica irão pedir para que o grupo pense nas seguintes questões:

- O que vejo na gravura?
- Que sentimentos esta gravura despertou em mim;
- O que espero para minha vida a partir da gravura?

6) Os integrantes poderão estar respondendo as perguntas de maneira aleatória. Não necessitarão de uma ordem prévia para responder as questões.

Observação: Pode haver pessoas que não queiram verbalizar sobre as questões. Isto deve ser entendido e respeitado.

⇒ Marília

- Rotina do dia-a-dia. Do auxiliar em casa, de si mesmo.
- Quando saímos da rotina, o que fazemos quando saímos de casa? Quais são as situações em que saímos da rotina?
- Doenças na família, atrasos, filas, viagem, reuniões, festas, velórios, doenças agudas, brigas, nervosismo, compras (supermercado). (Situações que partiram do grupo).
- Compras me deixam mal, triste. (V.L.).
- Shopping me deixa mal. 15 minutos eu passo mal. (S.).
- Comprar me dá prazer, me deixa bem. (M.).
- O prazer ajuda a melhorar a glicose.
- Ajuda. (S.).
- Pode. (V.L.).
- O prazer é muito benéfico. E o espaço que a gente dá ao prazer é pouco. Se o prazer me ajuda, eu posso buscar formas de prazer para me ajudar. São coisas que a gente cultiva ao longo da vida. Podemos extrair o prazer ao longo da vida Eu tava vindo da minha casa e eu estava observando os Ypês, os Flamboyans. Isso me dá prazer Eu gosto de observar e isso me dá prazer. (V.L.).
- O que mais me eleva o prazer é o barulho da água da cachoeira. Vou levar meu aparelho de medir a glicose lá. Porque numa cachoeira me transponho. (S.).
- Eu fiquei anos sem observar os Ypês. Minha filha comprou sementes de Ypês e fomos observá-los.... (Dra. M.).
- Supermercado é muito ruim. Sempre fiz compras por obrigação. Se eu pudesse fechava todos os supermercados. (S.).
- Ao longo da vida a grande compra de supermercado pode ter feito uma hipoglicemia. Você ficava esfomeada e nervosa. Então o supermercado se tornou aversivo para a senhora. (M.).
- Somos enganados pela inflação e a compra sobe todo dia. (S.).

- Sentimento de agressão interfere na saúde? (M.)
- Trabalhei 16 anos com um político e eles são todos iguais. (S.).
- Não gosta do Lula na TV por quê? (V.).
- Como enfrentar as agressões? Cada um tem um caminho. Minha cunhada assiste o Linha Direta e passa mal. (A.).
- Às vezes a gente traz lixo para nossas casas e para nossas vidas. (M.).
- Não gosto de TV. Eu não sei se sou eu que não sei escolher os canais...mas existem tantos filmes lindos e só o que eu vejo na televisão são filmes de violência. (S.).
- Mas nós não fazemos nada. Não reclamamos e continuamos assistindo TV. (V.).
- Quando a TV quer ela ajuda a gente a crescer. Por exemplo meu filho aprendeu muito com A Casa das Sete Mulheres. Sabe tudo da história do Rio Grande do Sul.
- A grande questão é como as coisas me atingem e como podemos fazer para nos ajudarmos. (M.)
- Doença na família. Não fazemos o que temos que fazer, e isso desestrutura, mesmo. Quando tem alguém doente e o telefone toca, a gente se assusta, pensa que é algo ruim que aconteceu. (S.)
- Minha irmã é psicóloga e acompanha uma paciente com câncer, e ela me contou que essa pessoa reserva por semana uma hora para massagem e para fazer a unha. Ela escolheu ter um horário para se cuidar, para estar com ela mesma. (Dra. M.)
- Quando descobrimos o câncer no meu menino ficamos 3 meses e meio no hospital. Eu busquei minha força em Deus. Eu arrumava tempo para tirar outras mães do desespero. A médica me disse que ele tinha uma semana de vida. Em um mês ele entrou em metástase. Mas eu não o via como um canceroso, como um atestado de óbito com data marcada. Eu orava para que Deus salvasse o meu menino. Foram 2 anos e 3 meses de tratamento.É um caso de milagre. 6 meses de cadeira de roda. O mais prejudicado foi o meu caçula. Os mais velhos deram apoio. Foi nessa fase que surgiram a hipertensão e a diabetes. E eu sei que foi esse estado que fez com que surgisse a diabetes. Eu me sinto forte. Sei que é uma fase que eu preciso passar. (T.)
- Essa foi a forma que a senhora descobriu para se equilibrar. (Dra. M.)
- Hoje eu quero os exames dele para levar no 7° andar do hospital de Base e conversar com todos os outros para dar apoio a eles. (T.)
- As brigas são terríveis. (S.)

- Quando eu vou para a hidroginástica e a minha glicose caí para 70, então eu penso que posso comer um chocolate. (S.)
- A senhora pode comer um chocolate ou carboidrato.
- Precisamos prezar pela sinceridade na relação médico paciente. Se eu não tiver consciência do que o meu paciente está fazendo não vou poder intervir da melhor maneira. Então ocorre o que a gente chama de “falha terapêutica”. O médico finge que corrije e o paciente finge que se trata. (Dra. M.)
- Quando a pessoa diz que quem sabe da vida dela é ela. (V.)
- O trabalho dá certo, porque o organismo ajuda, a natureza ajuda. (Dra. M.)
- Existe um órgão que fiscaliza a comida? Porque eu fui numa loja e comi uma paçoca que é muito boa, nem parecia que era diet. Não comi toda porque tive medo. (S.)
- Esses órgãos existem sim. Mas existe uma forma caseira mais eficaz,.qual ?
- Medir a glicose no dedo antes de comer e 2 horas após comer. (A.)
- Nós não nos damos o prazer de comer porque vem a sensação de culpa. (M.)
- Eu não me preocupo com o diabetes por enquanto, mas quando vejo pão, manteiga e eu penso que estou gordinha...acabo bebendo água. (V.)
- Você tomou uma decisão consciente e escolheu. (Dra. M.)
- Nós podemos mudar de paladar, mudar os hábitos (Dra. M.)
- Eu vou confessar o que eu fiz com você doutora. No meu relatório tomei meu suco todos os dias e você nem tirou meu suco. (S.)
- Mas quem disse que diabético não pode tomar suco? Vamos perguntar para os mais jovens que eles têm menos tabus. C., diabético pode tomar suco?
- Pode sim, desde que na medida certa. O que acontece é que durante as hipoglecemias se tomarmos um suco com açúcar a glicose se eleva mais rápido, porque o líquido não passa por todo aquele processo de digestão. E por isso se criou esse tabu. (C.)
- Viagem implica uma quebra de horário, mudança qualitativa. Como eu controlo? (Dra. M.)
- Os parentes dizem que você está metida. (G.)
- Ter liberdade com a pessoa que recebe para fazer uma salada, trocar a fritura por um assado ou um cozido. Ter liberdade para conversar com a pessoa a respeito da saúde. (Marília)
- Lancheira é uma necessidade em uma viagem. (Dra. M.)
- Atrasos, filas, reuniões...lancheirinha neles. (Dra. M.)

- Eu acompanho uma pessoa que trabalha longe de casa, mas tem uma rotina em sua vida e ela é adepta da lancheira. onde eu a encontro ele está com uma bolsinha com o lanche o aparelhinho para medir a glicose e controlar a sua alimentação. (Dra. M.)
- Nas festas o bom é medir antes e depois delas. (Dra. M.)
- Estou preocupada com as viagens, porque eu tenho necessidade de comer o tempo todo, se não comer, fico enjoada e vomito a viagem toda. (S.)
- A senhora já tomou o Dramin? (Dra. M.)
- Devo tentar. (S.)
- E nas festas, churrascos, como nós faremos?
- Devemos levar o aparelho. (V.)
- Essa resposta é correta. (Dra. M.)
- Mas, comer na festa e medir a glicose na festa, é ruim. (S.)
- Mas não é para medir o tempo todo. (Dra. M.)
- Eu sinto quando está baixa. (S.)
- A glicose ou alta ou baixa o tempo todo o organismo se acostuma. (Dra. M.)
- Para me conscientizar. Eu adoro macarrão, mas vou fazer o teste para ver o estrago que faz em mim. Não como salada com macarrão. (S.)
- Comer salada antes do macarrão pode ser bom, porque diminui um pouco do apetite. Comer devagar o macarrão é outra dica para podermos sentir prazer em comer. (Dra. M.)
- Dona S. conta a história dos 20 fios de macarrão. Só podemos comer 20 fios. Risos...
- Dieta...dificuldades. (V.) *tema central*
- Escolha pela limitação com organização e descobrir onde posso obter prazer. O prato deve estar bonito. (Dra. M.)
- Você deve fazer a sua proposta e ter a proposta do médico e do nutricionista. Tem que vir de dentro pra fora e não de fora pra dentro.Você também deve ter a sua proposta. (Dra. M.)
- Eu como pouco.Meia concha de feijão e meia de arroz e continuo gordinha. (V.)
- Macarrão...azeite, quantidade de gordura. Existem outras forma de comer, que dão prazer.
- A questão emocional, que tem um fator em comum. Passamos longas horas acordadas enquanto deveríamos estar dormindo. Então se deve comer de três em três horas. (Dra. M.)

– Diarréia, vômito...pode não ser absorvido pelo organismo e então tem - se hipoglicemia. Doenças infecciosas contribuem para a glicose subir. (Dra. M.)
– No tipo II deve-se medir de seis em seis horas para se fazer as correções. (Dra. M.)
– Situação não controlável deve-se procurar um serviço de emergência. (Dra. M.)
– E quando não se quer comer e a pessoa já tomou medicação?

Após todos terem escolhido as gravuras, todos sentaram em seus lugares e foi solicitado que cada um respondesse às três questões: O que vejo na gravura; que sentimentos essa gravura despertou em mim; o que espero para a minha vida a partir da gravura?. Eu (F.) fui escolhida por Dona S. e V. para começar a falar. Foi seguido o sentido horário para que cada um falasse de sua gravura.

F.: Escolhi o Relógio, bem pequenino, é porque para mim ele representa o tempo, eu tenho um filho de 1 ano e nove meses, ele é muito importante para min e eu priorizo um tempo de qualidade para nós, antes eu tinha tempo e reclamava que não tinha tempo, e hoje eu estou engajada em várias atividades diferentes que são importantes para mim, e eu percebi que eu posso me reeducar e aproveitar melhor o meu tempo e não é uma coisa imposta está sendo prazeroso para mim, saber que eu posso aproveitar melhor o meu tempo, e ter uma relação de qualidade com as pessoas principalmente com o meu filho que é a pessoa mais importante na minha vida.
Dona S.: Escolhi a figura dessas crianças que representam meus netos, eles são maravilhosos, ontem faltou luz na minha casa e no momento que eles souberam, eles me ligaram e disseram: "Vó não saia do lugar que você pode se machucar, você está bem vó?, nós te amamos", (lágrimas) Eu não desisti de minha vida por causa de meus netos, eles são maravilhosos. Eu sinto um amor muito grande por eles....
Neste momento várias pessoas se emocionaram, a G. chorou com Dona S..
V.: "Escolhi a pombinha branca que representa a paz, calma tranqüilidade, eu sou assim, gosto de ambientes calmos tranqüilos, onde eu me sinta bem, eu evito lugares com brigas, discussões, eu também sou livre, eu viajo para Poços de caldas para a casa de minhas filhas uma vez por mês e fico lá e volto renovada para cuidar do meu pai que é diabético, ele é uma pessoa muito difícil, ... Então é isso, eu sou livre, e calma".
G.: "Eu escolhi essa figura porque eu vou ficar assim, Há um mês atrás, eu pesava mais de 90 quilos e descobri o diabetes, então eu resolvi que não ia ser mais uma pessoa parada, resolvi

caminhar, fazer uma dieta, me cuidar, viver e eu já emagreci mais de 13 quilos, se eu não tivesse feito isso hoje, ou daqui a algum tempo, eu estaria sofrendo as conseqüências do diabetes, e eu vou ficar assim".

Nestse momento a Graça se levantou e foi embora.

A.: "Eu escolhi essa madona, porque representa uma fase muito importante de minha vida que é a amamentação eu tenho 3 filhos, e para min é muito bom amamentar, e porque representa também o meu objetivo aqui, que é o de cuidar".

Senhora de verde: "Escolhi essa montanha porque representa viagem, é lá na .... e o sentimento é de ..... eu não aceitava essa doença diabetes e hoje eu digo que estou me cuidando, eu ajudo a cuidar de minha mãe,....."

T.: "Escolhi essa mãe com esse neném porque eu sou mãezona mesmo, como toda boa italiana a que já Dra. M. morou lá sabe, se eu pudesse eu teria todos os meus filhos perto de mim, eu vou dar um testemunho aqui que o meu filho com dezoito anos quando eu trabalhava e estudava se envolveu com drogas, minha casa tinha um clima ruim e eu percebi que estava faltando lago então em me converti para Crente, fui atrás, encarei o problema não fugi dele, levei meu filho para a igreja, lá ele conheceu uma moça, hoje ela é minha nora, se apaixonou , trocou os amigos a droga, se converteu para conquistá-la, hoje eles são casados e tem um filho lindo que é meu netinho lindo que eu amo".

W.: "Eu escolhi essas pessoas numa trilha caminhando, porque eu gosto disso procuro sempre fazer isso é uma higiene mental mesmo, sempre conheço pessoas novas os amigos estão lá então isso é muito bom."

A.: ----

G.: "Eu escolhi esse neném porque eu penso em ter um filho, e acho que esse momento está próximo, e porque eu também sou muito preguiçosa e se eu não estivesse aqui eu estaria dormindo".

M.: "Eu escolhi esse neném no banho porque está muito calor e tomar um banho assim deve ser muito bom, mas, não precisa de tanta espuma, e também porque eu penso em ter um filho e espero seja num momento próximo"

Dra. M.: "Não podia ser outra figura, né?! Depois de tudo que eu falei aqui hoje, então, posso provar que se pode fazer uma refeição bonita com poucas calorias, é muito saudável, com esse calor que está fazendo uma saladinha com tomate, sementes de abóbora, champignon, é muito boa, principalmente num prato bem bonito, e também porque eu estou esfomeada".

C.: "Eu escolhi um gato, porque eu tenho dois gatos eles são muito companheiros, amigos, eu nunca gostei de gatos, sempre tive cachorros, mas, quando passei a conviver com meus gatos

eu me afeiçoei a eles. Mas, eu acredito que o gato tem a personalidade do dono. Então, os meus gatos se parecem muito comigo. Eu sou companheira, amiga".

H.: ---

B.: "Mulher com luva de boxe, eu briguei com meu namorado então estou me sentindo assim, com muita raiva e se eu tivesse uma luva de boxe...".

- Pôde o autor observar que a doença parece sempre estar associada a preocupações diárias, mas os sujeitos afirmam que sabem conviver com o diabetes, não vinculando todos os problemas de suas vidas à doença. Os pacientes têm conhecimento suficiente sobre o assunto e possuem dados técnicos relativos à doença, externando, porém, informações muitas vezes contraditórias e do senso comum. Esse é um aspecto que está relacionado às praticas sociais de doença e a suas representações sociais. As recomendações têm efeito positivo, ajudando a prevenir e evitando complicações futuras. No entanto, em vários casos, a doença aparece como um possível indicador de ansiedade e angústia. Observou, também, que, no geral, a vida dos pacientes após o diagnostico do diabetes, tornou-se mais difícil e associada a restrições. Porém, a adesão ao tratamento representa uma alternativa para continuar vivendo (cada paciente com seu propósito), mesmo que seu significado esteja associado a escravidão no que diz respeito às restrições alimentares e ao controle glicêmico.

9. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, V. M. S. (2000). A Diabetes na Adolescência. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES. Diabetes de A a Z. O Que Você Precisa Saber Sobre Diabetes: Explicado de Maneira Simples. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998.

AVENTIS PHARMA Ltda. Sou Diabético, e Agora? Um Guia Prático Para Simplificar a Vida do Diabético. São Paulo, 2003.

BARRÓN, A. (1996). Apoyo Social. Aspectos Teóricos y Aplicaciones. Madrid: Siglo Veintiuno.

GÒIS, C. (2002). Aspectos Psicossociais do Adolescente com Diabetes Mellitus tipo I. Psiquiatria Clínica, 23 (1), 63-77.

GULLIFORD, M. C. & MAHABIR, D. (1998). Social Inequalities in Morbility from Diabetes Mellitus in Public Primary Care Clinics in Trinidad and Tobago. Trinidad and Tobago. Soc sei Med, 46 (1), 137-144.

HAUSER, S. T. et al. (1990). Adherence Among Children and Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus Over a Four-Year Longitudinal Follow-Up: II. Immediate and Long-Term Linkages With the Family Milieu. Journal of Pediatric Psychology, 15, 527-542.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social no Campo da Doença. Phisis-Revista de Saúde Coletiva, vol. I, número 2, 1991.

KAPLAN, H. I. Compêndio de Psiquiatria do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Harold I., Benjamim J. Sadock e Jack A. Grebb; trad. Dayse Batista. – 7 ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LA GRECA, A. M. Et al. (1998). Children With Diabetes and Their Families: Coping and Disease Management. Stress and Coping Across Development. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

MATOS, A. P. & FERREIRA, A. (2000). Desenvolvimento de Uma Escala de Apoio Social. Psiquiatria Clínica, 21(3), 243-251.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações Básicas para o Diabético. Brasília, 1993.

NOVO CARE. Viver Bem Com Diabetes. São Paulo, 2004.

NUNES, M. M. J. C. (2004). Qualidade de Vida e Diabetes: Influência das Variáveis Psicossociais. Badajoz*:* Universidade de Extremadura. Tese de Doutorado.

NUNES, M. M. J. C. (1999). Qualidade de Vida e Diabetes: Influência das Variáveis Psicossociais. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Dissertação de Mestrado.

OLIVEIRA, Rogério. O Doce Amargo da Vida: Depoimento de Um Médico Que Aprendeu a Conviver Com o Diabetes. Rio de Janeiro, ed. Nova Fronteira, 1992.

PAIXÃO, R. & OLIVEIRA, R. A. (1996). Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social. Psycológica. 16. p.83-89

REY, G. F. Personalidade, Saúde e Modo de Vida. São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning, 2004.

REY, G. F. Sujeito e Subjetividade. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

RIBEIRO, J. L. P. (1999). Psicologia e Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

RIBEIRO, J. L. P. (1994). Psicologia da Saúde, Saúde e Doença. In Psicologia da Saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras. Braga: Associação de psicólogos portugueses, p. 33-35.

SARASON, B. R., SARASON, I. G., & PIERCE, G. R. (1990). Social Support: an Interactional View. New York: Wiley.

Site “bdbomdia.com” – do Centro BD de Educação em Diabetes.