

Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

**Qualidade de Vida e a Competência Moral entre
Diabéticos que Não e que Prestam Serviço Social: um
estudo correlacional**

Giovanna Bittencourt de Castro

Brasília
Junho de 2014

"O Brasil mostra uma qualidade de vida pior a dos mais pobres países do mundo: violências sob todas as formas, mortalidade infantil, desnutrição, baixo nível de escolaridade, péssimas condições habitacionais, elevado grau de endividamento, aviltamento monetário, desarticulação social, corrupção, amplo processo de prostituição de todos os tipos, inclusive infantil, falta de solidariedade nacional, vandalismo, falta de confiança no futuro (...). A quase totalidade da população na miséria e uma minoria rica. Uma sociedade violenta e instável em todos os aspectos". (Buarque, 1991, citado por Branco, 1998, p.01)

A partir desses fatores é possível observar que se devem à negação dos valores morais ou se restringem apenas aos aspectos individuais, tendo como consequência o caos da sociedade brasileira. A sociedade deve conciliar tanto interesses individuais, quanto sociais, de maneira harmônica conforme a moral, ou seja, de acordo com o Aurélio (2008), com o conjunto de condutas julgadas válidas que norteiam o comportamento quer universalmente, quer para um grupo de pessoas ou para uma pessoa determinada.

Para que isso se modifique é necessário que mudanças ocorram no desenvolvimento moral dos brasileiros, pois para as interações sociais passarem a ser de mútua colaboração, respeito, acolhimento das divergências, é preciso considerar, como diz Vilella e Raitz (2007), os interesses coletivos a partir do "equilíbrio cooperativo" e afastar-se do pensamento fundamentado no "desequilíbrio egocêntrico". Buscando ativamente a descentralização da pessoa para que possa refletir sobre as situações por diferentes aspectos. Essa modificação pode ocorrer em dois momentos, durante o desenvolvimento moral da criança ou a modificação do raciocínio moral do indivíduo.

O desenvolvimento da moralidade, de acordo com La Taille (1992) que se baseia na teoria de Jean Piaget, passa por três etapas: anomia, heteronomia e autonomia. Primeiramente, na anomia, a pessoa ainda não compreende a obrigação moral, essa fase persiste até mais ou menos três anos de idade. Na heteronomia a criança começa a entender a existência do certo e errado, porém, segue à risca as regras dos responsáveis ou aqueles por quem tem afeição, visto que, tem medo de perder o afeto deles. Essa fase perdura entre, aproximadamente, quatro e sete anos.

Já a última fase, conforme La Taille (1992), começa o desenvolvimento por volta dos sete anos até mais ou menos os onze anos de idade. É caracterizado pelo começo da reflexão própria dos objetivos e sentidos das regras. O sujeito começa a agir pelo que foi internalizado em suas experiências passadas do que é certo e errado e assim forma a moralidade do indivíduo. É importante considerar o meio, no qual está inserido, como influenciador de sua visão sobre o certo e errado, pois as experiências da criança se consolidam a partir da relação entre ela e seu meio, essas experiências morais começam a ser desenvolvidas quando o indivíduo percebe o ambiente e então, internaliza essas relações e os exemplos que teve para formação da sua moralidade. Por isso, é de extrema importância que os responsáveis atuem de forma cooperativa, colaborativa, respeitosa, para servirem de exemplo para a criança.

Kohlberg (1992) dá continuidade a essa teoria desenvolvendo seis fases a partir dos estágios de Piaget. As seis se agrupam em duplas e constituem três níveis de moralidade. Conforme Venturi(1995); Biaggio (1997) os níveis são o pré-convencional, convencional e pós-convencional. O estágio pré-convencional se divide em duas fases: orientação da punição e obediência, o qual a moral é definida pela punição, ou seja, caso não tenha punição, não estará errado; e relativista instrumental, que considera a moralidade como um instrumento de satisfação das necessidades da pessoa e é relativo

porque é diferente para cada indivíduo. O convencional se divide em: concordância interpessoal, o qual o comportamento moralmente certo é aquele que têm aprovação do outro; e manutenção social, que se dá pelo respeito à legislação, a justiça, então, não se deve à relação entre os indivíduos, mas à relação entre indivíduo e o sistema.

Para Biaggio (1997), o nível pós-convencional se divide: em contrato social, que considera as leis não justas simplesmente porque são leis, ou seja, acreditam que podem ser injustas. A Partir disso, procuram modificação da mesma através de canais legais e contratos democráticos; e por último, o princípio ético universal que é a fase mais alta, a qual conhece os princípios universais da consciência individual e age conforme os mesmos. As pessoas que estão nesse estágio são fiéis aos seus princípios e tentam modificar as leis mesmo que impossível pelo canal legal e então, o fazem através de revoluções, infringem a norma para que reine a ética universal, pois não se conformam e muito menos, acatam o que não condiz com a ética.

“Em resumo, podemos dizer que no nível pré-convencional (estágios 1 e 2) não há ainda uma internalização de princípios morais. Um ato é julgado pelas suas consequências e não pelas suas intenções. Se as consequências levam a castigo, o ato foi mau, se levam a prazer, o ato foi bom. Estamos ainda numa fase pré-moral. O nível convencional é o nível de internalização por excelência. O indivíduo acredita no valor daquilo que julga como certo e afirma que se deve fazê-lo em nome da amizade, da aceitação pelos companheiros (estágio 3) ou do respeito à ordem estabelecida (estágio 4). Note-se que o respeito à ordem aqui é diferente do primitivo medo da autoridade e da punição que caracteriza o pensamento do estágio 1. No estágio 4 já aparece o respeito à sociedade, ao bem-estar do grupo e às leis estabelecidas pelo grupo. No nível pós-convencional, encontramos pela primeira vez o questionamento das leis

estabelecidas e o reconhecimento de que elas podem ser injustas, devendo ser alteradas. Vai além da internalização”. (Biaggio, 1997, p.03)

Estes estágios morais, como os de Piaget, estão relacionados ao desenvolvimento cognitivo. Villela e Raitz (2007, citado por Selman 1976, p. 05) nos mostram que a partir do desenvolvimento lógico que vêm à percepção social e assim se torna possível ter o juízo de justiça e não simplesmente conseguir diferenciar o certo do errado. A diferença entre Kohlberg e Piaget, é que Kohlberg (1992) busca o julgamento moral, ou seja, a forma como o indivíduo raciocina diante os acontecimentos, que estabelece a fase do desenvolvimento moral em que se encontra cada sujeito. Já Piaget (1973), nos mostra como se desenvolve a moralidade considerando o processo de internalização dos conteúdos morais.

É importante o conhecimento da teoria de Kohlberg pelo fato de que, como diz Biaggio (1997), considera a maturidade moral alcançada quando o indivíduo entende que a justiça não é igual à lei, diferentemente de outras teorias que acreditam que o auge do desenvolvimento moral se dá quando o indivíduo tem capacidade de entender as leis que regem aquela sociedade. Nessa perspectiva somos capazes de transcender os valores da cultura na qual estamos inseridos e entender se estão moralmente corretas ou incorretas e assim, tentar modificá-las. Como nem todos alcançam todos os níveis, existe diferença na forma de lidar com as injustiças sociais.

De acordo com Bataglia (2010) baseado em Kohlberg, não é possível mensurar o desenvolvimento moral, ou seja, a justiça como atitude de respeito às pessoas e regras, por isso a quantificação dos dados se dá através da competência moral do indivíduo, que se refere à capacidade de tomar decisões e emitir juízos morais (conforme seus princípios internos) e agir condizentemente com os mesmos. Conforme Bataglia (2010) como não temos acesso às intenções buscaremos o grau de coerência entre princípios

morais e a aplicação por meio da ação cotidiana, uma vez que, assim permite a ligação entre o juízo moral e a ação. Então, além de aceitar e reconhecer as regras e ainda emitir juízo sobre as mesmas é preciso considerar a disposição para agir de acordo.

A forma como o indivíduo julga o mundo pode influenciar na sua qualidade de vida, pois é a partir do seu julgamento, da forma com que ele raciocina positivamente ou negativamente sobre os fatos, que influenciam seus pensamentos e comportamentos.

A partir disso, relembremos de como a sociedade brasileira se comporta e conforme Graziano (2005), é possível observar que a evolução das más qualidades ou do desequilíbrio egocêntrico podem ser justificados pela necessidade de se adaptar a um contexto hostil que demanda instinto de autopreservação com o foco exagerado em si mesmo, visto que auxiliar o outro, fortalece-o e desfavorece, muitas vezes, aqueles que praticam.

Por outro lado é possível também o pensamento positivo diante os fatos, que fortalecem repertórios físicos, sociais e intelectuais agradáveis, uma vez que criam recursos para uma oportunidade ou ameaça ambiental que se apresenta. Também desperta afetividade no outro tornando um ambiente favorável que contribui para o desenvolvimento da resiliência. (Fredrickson, 2001, citado por Graziano, 2005, pg. 31). Considerado resiliência como a capacidade de tolerar frustrações, sem desistir dos seus objetivos que, por sua vez, provoca um aspiral ascendente em direção à melhoria do bem-estar emocional (Graziano, 2005, p. 31).

Os pensamentos positivos propiciam, então, o desenvolvimento do ser humano, pois para ter uma vida melhor é necessário que o sujeito busque isso. A forma pela qual ele interpreta o mundo influencia no seu bem estar físico, psicológico, nas suas relações sociais e no contexto em que vive. Já que o julgamento que as pessoas fazem de suas vidas ou o bem estar subjetivo é uma mola propulsora para o seu desenvolvimento. De

acordo com Diener et al (1999, citado por Graziano, 2005, p. 40) o bem estar subjetivo possui vários componentes: satisfação com a vida, que são os julgamentos que fazem da sua própria vida; satisfação em áreas importantes; emoções positivas que se referem a emoções e humores aprazíveis e por fim níveis baixos de emoções negativas, ou seja, ter poucas experiências com humores e emoções desprazerosos.

Como não podemos modificar muitas vezes o que nos acontece no nosso dia a dia, podemos modificar, então, a forma pela qual enxergamos o que nos acontece. Que se assemelha com o conceito de qualidade de vida para a Organização Mundial da Saúde (OMS), pois nada mais é que a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, do contexto cultural e dos sistemas de valores que ele vive e também, a percepção de seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A qualidade de vida pode ser influenciada por doenças crônicas, já que estas modificam ou, em alguns casos, deveriam modificar os comportamentos que prejudicam sua saúde, e muitas vezes altera a forma de perceber o meio ao qual está inserido. De acordo com Miranzi, et al (2008) a Diabete Mellitus é uma doença crônica, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, a ingestão de medicamentos e estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida do sujeito, caso não sejam satisfeitas, uma vez que, o funcionamento não é mais ótimo e é preciso promover um acordo interno, para que consiga modificar seus comportamentos e estar aberto às novas experiências.

A Diabete Mellitus de acordo com Silva (1994, citado por Marcelino e Carvalho, 2005, p.73) também é uma doença psicossomática, ou seja, uma alteração qualquer que somatizou no físico que decorreu de sofrimentos psíquicos. Na abordagem Humanista da Psicologia, o fenômeno psicossomático é composto por figura e fundo, ou seja, a doença não existe se não houver algum fator emocional, mesmo que inconsciente,

gerador de um conflito psíquico e desencadeador da doença, sendo assim, a doença é meramente a manifestação no físico do que estava invisível. Silveira (1995) exemplifica o caso da Diabete Mellitus, quando diz que a Sra. M., desenvolveu Diabete (figura) como parte manifesta de um organismo insaciável de afeto (açúcar), um desejo inesgotável de ser amada (fundo).

O caminho percorrido da doença psicossomática é dividido em quatro etapas de acordo com Silveira (1995). A primeira é psicológica, nessa fase existe uma desarmonia emocional que envolve um grau maior ou menor de consciência desta (incongruência). Quanto maior a intensidade e tempo do sofrimento ou incongruência, maior será a consequência no corpo físico. A segunda se dá pelo distúrbio emocional gerando alterações químicas e assim podendo haver sobrecarga física das toxinas; suprimir outras toxinas; alterações dos batimentos cardíacos, respiratório e pressão sanguínea, ou seja ocorre no âmbito biológico.

Já a terceira fase, seria a sobrecarga do corpo físico, uma vez que, foi exigido um maior esforço para a eliminação das toxinas e perturbações envolvidas. A persistência afeta o sistema imunológico, pois com o mesmo frágil permite a dominação de bactérias e vírus, assim, as disfunções podem agravar ou parar com o funcionamento adequado de sistemas do organismo humano. Essa fase é denominada etapa clínica. A última fase, etapa anatômica, ocorre quando a disfunção inicial persiste e poderá chegar ao ponto de materializar o sofrimento, criando nódulos, fissuras, tumores, culminando num esgotamento total do organismo.

De acordo com Silveira (1995), somos sempre impulsionados ao crescimento, para isso precisamos do autoconhecimento, para possível promoção de um acordo interno, sem angústia devido a um funcionamento ótimo, e sim, permitindo o posicionamento no mundo de forma mais criativa e aberta as novas experiências. Nessa

visão a doença deixa de ser uma falha e passa a ser vista como uma solução, pois o corpo está simbolizando o que não está funcionando bem e isso é uma forma de alerta ao sujeito que não estava percebendo ou tornando inconsciente fatores prejudiciais à ele.

A forma pela qual julgamos o que nos acontece é importante quando enfrentamos uma doença crônica, como a Diabete Mellitus, que requer uma postura de enfrentamento por parte de quem a vivencia, pelo fato de interferir sob seu existir de várias formas como: aceitação da enfermidade, das limitações de horário e alimentação que impõe e muitas vezes, do tratamento de doenças associadas. (Oviedo e Boemer, 2009, p.748) Porque como já foi visto o desequilíbrio psicológico pode gerar sintomatologia física como forma de expor ao sujeito que algo não está funcionando bem e pode ser ocasionado pela incoerência entre seus princípios internos e a ação propriamente dita frente às regras estabelecidas para o bom funcionamento do sujeito e o cuidado com a doença. Sendo importante considerar que, conforme Souza et al. (2012), as crenças e os valores do sujeito influenciam o autocuidado e sua visão de mundo. Assim, a pesquisa visa analisar se há correlação entre a qualidade de vida e a competência moral de indivíduos diabéticos.

Método

Participantes

O critério para a seleção dos participantes foi a prestação ou não de serviço sociais entre diabéticos, tendo 10 indivíduos, de ambos os sexos, divididos em dois grupos e numa faixa etária entre 18 anos e 60 anos. A prestação de serviço social consideradas nessa seleção serão aqueles que fazem trabalhos beneficentes em instituições religiosas.

Local

Realizada nas próprias instituições religiosas com aqueles que prestam serviços sociais, numa sala que não possuía ruídos que atrapalhassem o procedimento da pesquisa. E locais reservados nas casas dos participantes.

Instrumentos

Foram utilizados o Teste de Juízo Moral (MJT_xd) versão adaptada ao Brasil, conforme Bataglia (2010), possui duas histórias, a primeira, sobre um operário que decide arrombar a empresa em que trabalha e roubar as provas de atividades irregulares da gerência para denunciá-la junto às instâncias superiores. A segunda se refere à eutanásia em uma situação que um paciente terminal pede para que o médico realize

algum procedimento que abrevie seu sofrimento. A personagem principal toma uma decisão que é contra algumas regras de conduta social e talvez pessoal. A partir disso, o participante da pesquisa é solicitado a avaliar a decisão do protagonista, depois, avalia seis argumentos a favor e seis argumentos contra a decisão. Esses argumentos representam os estágios que são elaborados por Kohlberg (1964). O teste propõe tarefas morais para que seja mensurada, a partir do conjunto de respostas, a competência moral da pessoa frente a contra-argumentos, com o objetivo de avaliar em que medida o grupo (e não o sujeito individualmente) é capaz de avaliar a qualidade de argumentos morais ou fica preso à sua própria opinião. (Bataglia, 2010)

O outro teste será o WHOQOL-bref que é constituído por vinte e seis questões, sendo duas sobre questões gerais sobre qualidade de vida, sete do domínio físico, seis do domínio psicológico, três sobre relações sociais e oito de meio ambiente, cada uma das questões avalia uma faceta do domínio em questão.

Procedimento

Num primeiro momento a pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa para a autorização da realização mesma. O segundo passo a aceitação dos indivíduos diabéticos, pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para sua participação. Isso feito, serão aplicados os questionários MJT_xd e WHOQOL-bref nos participantes em um período de um mês e quinze dias. Depois, a tabulação dos dados obtidos, no período de quinze dias. Para então analisar os dados resultantes que visa saber se existe ou não correlação entre a qualidade de vida e o juízo moral.

Resultados

Tabela 1. *Relaciona os testes de qualidade de vida e competência moral nos indivíduos que prestam ou não serviço social, apresentando a diferença estatística significativa entre alguns dos fatores dos testes.*

		Independent Samples Test						
		Test T para a igualdade de médias						
		T	gl	Sig. (bilateral)	Diferença de Médias	Erro típico de diferença	Intervalo de Confiança para a Média	
							Mínimo	Máximo
Percepção de Qualidade de Vida	Assumiram-se variâncias iguais	3,5	8	0,008	1,4	0,4	0,478	2,322
	Não assumiram variâncias iguais	3,5	7,529	0,009	1,4	0,4	0,467	2,333
Satisfação com a saúde	Assumiram-se variâncias iguais	5,715	8	0	1,4	0,245	0,835	1,965
	Não assumiram variâncias iguais	5,715	4	0,005	1,4	0,245	0,72	2,08
Físico	Assumiram-se variâncias iguais	2,591	8	0,032	1,028	0,39674	0,11311	1,94289
	Não assumiram variâncias iguais	2,591	7,797	0,033	1,028	0,39674	0,10894	1,94706
Psicológico	Assumiram-se variâncias iguais	4,59	8	0,002	1,302	0,28369	0,64781	1,95619
	Não assumiram variâncias iguais	4,59	6,454	0,003	1,302	0,28369	0,6195	1,9845
Relações Sociais	Assumiram-se variâncias iguais	0,147	8	0,887	0,064	0,43472	-0,93846	1,06646

	Não assumiram variâncias iguais	0,147	7,056	0,887	0,064	0,43472	- 0,96229	1,09029
Meio Ambiente	Assumiram-se variâncias iguais	0,897	8	0,396	0,5	0,55734	- 0,78522	1,78522
	Não assumiram variâncias iguais	0,897	6,02	0,404	0,5	0,55734	- 0,86264	1,86264
Opinião em relação ao operário	Assumiram-se variâncias iguais	- 2,111	8	0,068	-3	1,42127	- 6,27745	0,27745
	Não assumiram variâncias iguais	- 2,111	5,657	0,082	-3	1,42127	- 6,52947	0,52947
Opinião em relação ao médico	Assumiram-se variâncias iguais	- 2,359	8	0,046	-3,2	1,35647	- 6,32802	-0,07198
	Não assumiram variâncias iguais	- 2,359	6,063	0,056	-3,2	1,35647	- 6,51081	0,11081
Opinião em relação ao juiz	Assumiram-se variâncias iguais	- 2,467	8	0,039	-3,4	1,3784	- 6,57861	-0,22139
	Não assumiram variâncias iguais	- 2,467	6,319	0,047	-3,4	1,3784	-6,732	-0,068
Escore total	Assumiram-se variâncias iguais	- 0,403	8	0,698	-2,54	6,30825	- 17,0869	12,00685
	Não assumiram variâncias iguais	- 0,403	5,13	0,703	-2,54	6,30825	- 18,6329	13,55289
Escore no dilema do operário	Assumiram-se variâncias iguais	- 0,692	8	0,509	-11,24	16,24329	- 48,6971	26,2171
	Não assumiram variâncias iguais	- 0,692	6,66	0,512	-11,24	16,24329	- 50,0502	27,57016
Escore no dilema do médico	Assumiram-se variâncias iguais	- 0,725	8	0,489	-8,38	11,55673	- 35,0299	18,26987

	Não assumiram variâncias iguais	- 0,725	7,663	0,49	-8,38	11,55673	- 35,2351	18,47511
Escore no dilema do juiz	Assumiram-se variâncias iguais	2,767	8	0,024	26,66	9,63602	4,43931	48,88069
	Não assumiram variâncias iguais	2,767	7,964	0,025	26,66	9,63602	4,42191	48,89809
Relação entre os escores do operário e médico	Assumiram-se variâncias iguais	- 0,725	8	0,489	-7,58	10,45438	- 31,6878	16,52784
	Não assumiram variâncias iguais	- 0,725	5,122	0,5	-7,58	10,45438	- 34,2617	19,1017
Relação entre os escores do operário e juiz	Assumiram-se variâncias iguais	- 0,065	8	0,95	-0,5	7,74937	- 18,3701	17,37009
	Não assumiram variâncias iguais	- 0,065	5,388	0,951	-0,5	7,74937	- 19,9964	18,99636
Relação entre os escores do médico e juiz	Assumiram-se variâncias iguais	0,268	8	0,796	1,18	4,41117	- 8,99217	11,35217
	Não assumiram variâncias iguais	0,268	7,126	0,797	1,18	4,41117	- 9,21355	11,57355

Podemos observar que nos domínios Percepção de Qualidade de vida, Satisfação com a saúde, Físico, Psicológico, a opinião dos sujeitos em relação ao juiz e o escore dos sujeitos considerando o dilema do Juiz existe diferença significativa entre os dois grupos que prestam ou não serviço social. Considerando que a variância nos dois grupos é igual.

Tabela 2. *Mostra a diferença da Percepção da Qualidade de Vida dos participantes que prestam ou não algum tipo de serviço social.*

Faz serviço social		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem Acumulada
Sim	Valid	Boa	3	60,0	60,0
		Muito boa	2	40,0	100,0
		Total	5	100,0	100,0
Não	Valid	Ruim	1	20,0	20,0
		Nem ruim nem boa	3	60,0	80,0
		Boa	1	20,0	100,0
		Total	5	100,0	100,0

Assim podemos perceber que os prestadores de serviço social têm uma percepção melhor de sua qualidade de vida, uma vez que, classificam-na como boa ou muito boa, já os que não são prestadores consideram como ruim, ou nem ruim nem boa, em sua maioria e no máximo boa.

Tabela 3. *Apresenta a classificação dos dados obtidos pelos participantes prestadores ou não de serviço social, frente à satisfação com a saúde.*

Faz serviço social		Frequência	Porcentag em	Porcentagem Válida	Porcentagem Acumulada
Sim	Valid	Nem satisfeito nem insatisfeito	3	60,0	60,0
		Satisfeito	2	40,0	100,0
		Total	5	100,0	100,0
Não	Valid	Insatisfeito	5	100,0	100,0

Essa tabela demonstra que a satisfação com a saúde dos que prestam serviço social é maior comparado aos que não o fazem, visto que os primeiros estão no meio termo ou satisfeitos com sua saúde e os outros estão todos insatisfeitos.

Discussão

Essa pesquisa teve o intuito de verificar a ocorrência de diferença entre qualidade de vida e competência moral entre grupos que prestam ou não serviço social. Na Tabela 1 foi possível perceber diferença significativa entre os dois grupos, nos domínios referentes ao juiz, sendo que a opinião dos participantes a respeito do juiz é mais favorável naqueles que não prestam serviço social em relação ao outro grupo. Em contrapartida a diferença maior se encontra no escore do dilema do juiz que o grupo que presta serviço social é maior. Sendo assim, os participantes estão favoráveis à atitude do juiz e desfavoráveis ao médico e operário.

Interessante perceber isso já, que no Brasil, a eutanásia é um assunto que influencia bastante na resposta e pela divisão do grupo em relação à prestação de serviço social em instituições religiosas, não foi possível perceber uma diferença significativa, mas foi percebida a menor média comparado aos aspectos mensurados no MJT_xd. Isso corrobora com os resultados de, (Bataglia, Agati, et al. (2002), Bataglia, Schillinger-Agati, et al. (2002) e Schillinger (2006), citado por Bataglia 2010) quando testaram a religiosidade como fator importante para a segmentação e de fato aparece uma correlação significativa entre baixos escores C no dilema da eutanásia e uma filiação religiosa importante. Não quer dizer que é em função da religiosidade os baixos resultados no desenvolvimento da competência moral. O que podemos perceber é que o desfavorecimento nesse dilema, referente a eutanásia, reflete esse grupo por estar intrincado a religiosidade ou parâmetros judiciais em alguns participantes e eles se tornaram os espelhos sociais.

A imagem do espelho social que da mesma forma que os espelhos pessoais, em relação ao indivíduo, refletem o que a sociedade é. Os espelhos sociais são instituições, as regras, ideologias, a ciência, o direito, a educação, a informação, a religião e a tradição. Quanto mais intenso o uso desses espelhos, maiores eles se tornam, até tornarem-se super-espelhos, cuja importância ultrapassa a do próprio refletido. Tornam-se não só mais potentes, mas também mais rígidos, tornam-se estátuas. A estátua não reflete mais nada, ela é a própria sociedade. (Santos, 2000, citado por Bataglia, 2010)

Por conta disso, que em 2006, Bataglia apresenta o MJT_xd com o acréscimo do dilema do juiz, que tem apresenta também o valor da vida, como os outros dois dilemas do médico e operário, mas que não está relacionado à questão religiosa tão intrincada na cultura brasileira.

Bataglia (2010), propõe esse novo dilema influenciada pela crítica de Santos (2000), pois acredita que a falência do paradigma sociocultural atual de deve:

O que deveria ser um espelho da subjetividade e como espelho refletir a imagem dinâmica, alterando-se na medida da evolução do próprio conhecimento, transformou-se em estátua impedindo a visualização do objeto de estudo original. Na medida em que os sujeitos entram em contato com a estátua, perdem de vista o refletido: o Ser. Nesse momento, as respostas do sujeito perdem em competência moral porque perdem a dimensão do outro. (Santos, 2000, citado por Bataglia 2010)

Ou seja, estamos agindo de acordo com o estágio 4 de Kolberg, que está dentro do estágio convencional, sendo este a manutenção social, que se dá pelo respeito à legislação, a justiça, então, não se deve à relação entre os indivíduos, mas à relação

entre indivíduo e o sistema, como mencionado anteriormente por Venturi(1995); Biaggio (1997).

Vemos realmente modificação em relação ao dilema do juiz, pois foram condizentes com a opinião do mesmo em torturar a mulher que participava do ataque terrorista, para que ela falasse antes que o ataque fosse realizado e prejudicado outras pessoas. Os resultados trazem que os participantes que não prestam serviço social, tem uma opinião favorável ao juiz e os que prestam serviço à sociedade são muito favoráveis com o C no dilema do Juiz bem alto. Talvez o favorecimento dos participantes que prestam serviço social seja não prejudicar mais pessoas, já que eles se preocupam com o outro sendo isso expresso nas atividades de serviços que beneficiam o próximo. Importante frisar que está conflitante com questões religiosas indiretamente, por não poder fazer mal ao próximo. Talvez essa ambivalência pode ter ocorrido pelo pequeno número de participantes.

Mas a média total referente a todos os dilemas em cada grupo não houve diferença significativa, porém a competência moral daqueles que prestam serviço social é classificada como média e a daqueles que não prestam é baixa. Em comparação a qualidade de vida dos participantes que prestam serviço social é mais alta em todos os domínios, mas apresenta diferença significativa nos domínios físico, psicológico, na percepção da qualidade de vida e na satisfação com a saúde, como aparece as Tabelas 2 e 3. A religiosidade pode ser um fator que influencia também na qualidade de vida dos diabéticos, porque a forma pela qual ela percebe, como podemos perceber foi maior, é favorável ao sujeito, uma vez que, a auto percepção positiva da saúde possibilita maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e ao controle da doença (Miranzi et al. 2008), pois a forma com que ele raciocina positivamente ou negativamente sobre os fatos influenciam seus pensamentos e comportamentos.

Não vemos diferença significativa nas relações sociais que se referem as relações pessoais, suporte social e atividade sexual e também no domínio do meio ambiente que trata de questões como segurança física e transporte, ambiente no lar, recursos financeiros, ambiente no lar, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e por fim transporte. Os quais são fatores que tem pouca mutabilidade perante a forma individual de percepção, diferentemente da percepção de sua qualidade de vida que foi o domínio que favoreceu a qualidade de vida dos sujeitos pesquisados prestadores de serviço social.

Já para os que não prestam serviços o que mais contribuiu positivamente foram as relações sociais, inferindo assim que é a forma pela qual dá suporte para eles que não tem a religião como suporte emocional. Conforme Monteiro (2004) citado por Dalgalarrondo e Floriano (2007), afirma no caso dos idosos, que o aumento da espiritualidade com o avançar da idade é importante para o suporte emocional, que repercutem na saúde física e psíquica, no apoio social e na forma de lidar com o estresse (Krause e Tran, 1989; Koenig et al. 1998 citado por Dalgalarrondo e Floriano, 2007). E como a Diabete é uma doença psicossomática é importante que o emocional esteja bem, para auxiliar no tratamento da doença.

Conclusão

Esse estudo demonstrou que existe correlação entre a qualidade de vida e competência moral em diabéticos, que apresentam doença crônica e é de grande valia ter qualidade de vida, que como demonstrado é importante ter o apoio das relações

sociais ou da religiosidade para o enfrentamento e melhor qualidade, sinalizando que a religiosidade favorece ao indivíduo em aspectos físicos, emocionais, sua percepção de sua qualidade de vida e sua satisfação com a saúde mesmo que com essa doença.

Também, que a sociedade brasileira está condizente com o estágio 4 de Kolberg, o convencional, que apenas internaliza o que é determinado pelo sistema e como o sistema não está favorecendo a todos, a mudança será mais difícil e o caos continuará. Importante que isso seja alterado, para que não apenas exista a aceitação do que está vigente, mas a reflexão se está de acordo com a ética universal, se não prejudica o outro. Cada indivíduo é o que forma a sociedade, cada um fazendo a sua parte existirá a modificação.

Doenças crônicas, são difíceis de lidar, uma vez que muda seu cotidiano em função da mesma, políticas públicas que envolvam qualidade de vida, saúde para os indivíduos são necessárias e é um direito de todo cidadão. Mas a prestação de auxílio por toda a sociedade, favorece a qualidade de vida e o bem estar dos sujeitos.

Referências bibliográficas

Bataglia, P. U. R. (2010). A validação do teste de juízo moral (MJT) para diferentes culturas: o caso brasileiro. *Psicologia: reflexão e crítica*, 23(1), 83-91.

Biaggio, A. M. B. (1997). *Kohlberg e a “comunidade justa”*: promovendo o senso ético e a cidadania na escola. *Psicologia: reflexão e crítica*, 1, 1-10.

Branco, M. T. C. (1998). *Que profissional queremos formar?* *Psicologia: ciência e profissão*, 18, 1.

Debrey, R. (1995). *O equilíbrio psicossomático e um estudo sobre diabéticos*. São Paulo. Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

Fleck, M. P. A.; Louzanda, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L.; Pinzon, V., (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref” *Rev. Saúde Pública*, 34 (2): 178-179.

Graziano, L. D. (2005). *A felicidade revisitada: um estudo sobre o bem-estar subjetivo na visão da psicologia positiva*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Marcelino, D. B.; Carvalho, M. D. B. (2005). *Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 72-77.

Miranzi, S. S. C, Ferreira, F. S., Iwamoto, H. H., Pereira, G. P., Miranzi, M. A. S. (2008).

Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Contexto Enferm, 17(4): 672-9.

Silveira, G. (1995), *Abordagem centrada na pessoa e Psicossomática.* Retirado de

[http://www.sereexistir.com/docs/gisele/acp_e psicossomatica.pdf](http://www.sereexistir.com/docs/gisele/acp_e_psicossomatica.pdf)

Venturi, G. *Universalismo ético: Kohlberg e Habermas.* Retirado no dia 30/10/2013, do site

<http://www.scielo.br/pdf/ln/n36/a05n36.pdf>

ANEXO

Anexo A

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES Curso de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário (a) em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título da pesquisa: Qualidade de vida e competência moral de Diabéticos que prestam ou não serviço social.

Nome do pesquisador: Giovanna Bittencourt de Castro

Telefone para contato: (61) 9556-2120

Nome do orientador: Sérgio Henrique Alves

- A pesquisa objetiva relacionar a qualidade de vida e a competência moral de indivíduos com Diabete Mellitus.
- A mesma não acarretará nenhum risco ou dano ao participante.

Como sua participação é voluntária, esta pesquisa não acarretará custos e você não receberá recompensa financeira. Ou seja, esta pesquisa não implica nenhum compromisso financeiro entre você e a pesquisadora do sexto período do curso de psicologia do Centro Universitário de Brasília. Sua participação se dará por meio da resposta de um questionário, com a duração aproximada de 30 minutos, com o intuito de beneficiar o conhecimento científico da área e proporcionar desenvolvimento de seu próprio autoconhecimento.

Você poderá negar o consentimento ou mesmo retirar-se a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Caso tenha dúvida, será esclarecido(a) antes e no decorrer do processo se necessário e importante que procure o esclarecimento em caso de qualquer dúvida. Os resultados da pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos e poderão ser apresentados em eventos na instituição responsável, sem que sua identidade seja revelada. Prezaremos pelo sigilo das suas informações pessoais.

Após a análise dos dados, os resultados serão enviados por e-mail ao participante.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, concordo em participar do estudo como participante. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Assinatura do(a) participante:

E-mail do(a) participante:

Telefone do(a) participante: