

INFLUÊNCIA DE FATORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO NA RESILIÊNCIA E NA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MULHERES¹

INFLUENCE OF PROTECTIVE AND RISK FACTORS ON RESILIENCE AND ADHERENCE TO TREATMENT OF DIABETES MELLITUS IN WOMEN

Juliana Cristina Lessmann Reckziegel²
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva³
Mireli Maria Crestani⁴
André Carlos Betiatto⁵
Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha⁶
Mágada Tessmann Schwalm⁷

Recebido em: 04 jun. 2017
Aceito em: 18 jun. 2018

RESUMO: Conviver com o Diabetes Mellitus pode ser um fator de risco pela complexidade e repercussões do tratamento, sendo que a promoção da resiliência contribui para a redução dos impactos negativos e para o viver melhor. **Objetivo:** Compreender os fatores de proteção e de risco no cotidiano de mulheres na perspectiva da resiliência e da adesão ao tratamento do diabetes mellitus. **Método:** Estudo qualitativo interpretativo, realizado em Florianópolis/Brasil, contemplando dez reuniões de grupo de convivência e entrevistas em profundidade pré e pós-grupo, das quais participaram nove mulheres com diabetes. **Resultados e discussões:** Emergiram duas categorias e seis subcategorias, destacando que fatores de proteção fortalecem a resiliência e a adesão ao tratamento por ampliar o cuidado de si e a manutenção da vida social ativa. Ao contrário, os fatores de risco, como discriminação e violência de gênero têm repercussões negativas na adesão ao tratamento. **Conclusões:** A promoção da resiliência desvela-se como estratégia inovadora para o cuidado e ampliação da adesão ao tratamento do diabetes em mulheres. **Palavras-chave:** Resiliência psicológica. Diabetes mellitus. Adesão. Enfermagem. Doença crônica.

ABSTRACT: Living with Diabetes Mellitus can be a risk factor due to the complexity and consequences of treatment, considering that the promotion of resilience helps to reduce the negative impacts and to live better. **Objective:** Understanding the

¹ Esse manuscrito faz parte da Tese de Doutorado intitulada “Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres”. Foi desenvolvida com auxílio financeiro do CNPq.

² Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: julianalessmann@gmail.com.

³ Doutora em Enfermagem. Docente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2. E-mail: denise.guerreiro@ufsc.br.

⁴ Mestranda em Ambiente e Saúde. Discentes na Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: mi.crestani@yahoo.com.

⁵ Mestrando em Ambiente e Saúde. Discentes na Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: go2themax@hotmail.com.

⁶ Doutor em Ciências Biomédicas. Docente na Universidade Alto Vale do Rio do Peixe. E-mail: ricelliendrigo@yahoo.com.br.

⁷ Doutora em Ciências da Saúde. Docente na Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: magada@unes.net.

protective and risk factors in everyday life of women in the perspective of resilience and adherence to treatment of diabetes mellitus. **Method:** An interpretive qualitative study, carried out in Florianópolis, Brazil, covering ten meetings of the social group, and in-depth interviews pre and post-group, attended by nine women with diabetes.

Results and discussions: Two categories and six subcategories emerged, emphasizing that protective factors strengthen the resilience and adherence to treatment by expanding the autonomy, self-care and keeping an active social life. Rather, the risk factors such as discrimination and gender violence have a negative impact on treatment adherence. **Conclusions:** Promoting resilience is revealed as an innovative strategy for the care and expansion of adherence to diabetes treatment in women.

Keywords: Psychological resilience. Diabetes mellitus. Adherence. Nursing. Chronic disease.

INTRODUÇÃO

Conviver com uma doença crônica como o Diabetes Mellitus (DM) pode gerar abalos de ordem emocional, como sentimentos negativos relacionados à privação alimentar e medo da morte; de ordem biológica como complicações no sistema vascular, olhos e rins; além de alterações no cotidiano decorrentes das necessidades de novas práticas de cuidados em saúde (PONTIERI, BACHION, 2010). O caráter intermitente, a complexidade das ações, a necessidade de novos aprendizados, as constantes alterações nas terapêuticas, a ocorrência de crises agudas, o ônus financeiro e o próprio controle diário da doença são alguns dos elementos apontados como geradores de frustração, cansaço e descontentamento, favorecendo a descontinuidade e baixa adesão ao tratamento (ADA, 2017; SBD, 2017; PONTIERI, BACHION, 2010).

Além dessas dificuldades, existem outros aspectos que podem influenciar no cuidado de si em mulheres com DM, destacando-se as histórias de sofrimento e as questões normativas de gênero como: a submissão, a dependência financeira, as brigas familiares, a elevada carga de trabalho doméstico e a responsabilidade pelo cuidado dos membros da família em detrimento de seu próprio cuidado (SILVA, HEGADOREN, LASUIK, 2012).

Vivenciar situações adversas e/ou fatores de risco podem mobilizar reações negativas de tristeza, sofrimento e desencorajamento, demandando a busca por condições melhores para o viver (LABRONICI, 2012). Por outro lado, algumas situações são potencialmente benéficas, ajudando na mudança e na adaptação positiva frente ao risco, sendo identificadas como fatores de proteção. Cada pessoa reconhece seus fatores de proteção e confere características subjetivas e particulares a eles (HILLIARD; HARRIS; WEISSBERG-BENCHELL, 2012). Assim, o que pode ser um fator de proteção para um, não necessariamente exerce tal influência em outro indivíduo. Os fatores de proteção podem ser individuais, como a autoestima positiva; familiares, como a estabilidade de relacionamentos; ou de suporte social, expressos nas redes de apoio efetivas e acessíveis (CASTRO, 2009; HILLIARD; HARRIS; WEISSBERG-BENCHELL, 2012).

A interação entre fatores de risco e de proteção, o desejo de superar adversidades e de encontrar novas perspectivas para o viver melhor dá lugar à resiliência (SALES; SOUGEY, 2012), reconhecida como “capacidade de suportar, de adaptar-se e conviver de forma harmônica, desenvolvida frente às situações de adversidade e/ou estresse” (RECKZIEGEL, 2014, p.42). Destaca-se que a resiliência não é uma característica inata, sendo desenvolvida em cada indivíduo de maneira peculiar, porém de forma determinante para o enfrentamento das dificuldades cotidianas (CASTRO, 2009; RUTTER, 1999).

Assim, este estudo teve como objetivo: **compreender os fatores de proteção e de risco no cotidiano de mulheres na perspectiva da resiliência e da adesão ao tratamento do diabetes mellitus.**

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo interpretativo, desenvolvido em um Centro de Saúde (CS) localizado na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, Brasil. A escolha do local de pesquisa considerou os resultados do estudo quantitativo, que apontou que as mulheres residentes na área de abrangência do CS possuíam baixos escores de resiliência em comparação a outras localidades na mesma cidade.

O processo de coleta de dados iniciou com a realização a captação e seleção mulheres com DM, que após a ciência dos objetivos e métodos consentiram em participar da pesquisa. A amostragem da pesquisa foi de nove participantes. As mulheres foram entrevistadas, individualmente, no domicílio e posteriormente participaram de 10 reuniões de grupo de convivência. Após o término das atividades de grupo, foram novamente entrevistadas individualmente. As entrevistas foram em profundidade, privilegiando o diálogo e a conversa livre como principal elemento norteador, sendo focalizados os relatos do viver e conviver com o DM. Nesses relatos destacaram-se estratégias de cuidado e controle do DM, sentimentos e percepções sobre a vida, trajetórias anteriores e possibilidades futuras. Também foram abordados sentimentos e percepções de cada mulher sobre si, sua família e componentes de sua rede de relações.

A operacionalização do grupo de convivência seguiu as recomendações descritas por Silva et al. (2005), levando em consideração a comunicação aberta, circular e em complementaridade (MINICUCCI, 2007), com ênfase no desenvolvimento da resiliência para o manejo de problemas individuais e coletivos relacionados ao processo de viver, ser saudável e envelhecer com uma doença crônica. Também foi utilizada a proposta de Paulo Freire acerca dos Círculos de Cultura, que possibilitou a aproximação de pessoas com objetivos comuns e com o propósito de estabelecer um processo de ensino-aprendizagem a partir de elementos culturais e/ou educacionais (FREIRE, 2011).

As entrevistas em profundidade tiveram duração de 60 a 130 minutos, e as reuniões de grupo duraram de 90 a 130 minutos, sendo o áudio gravado e posteriormente transcrito. Imediatamente após o término de cada atividade foram realizadas notas em diário de

campo, destacando os principais aspectos ocorridos e as percepções da pesquisadora, o período de realização das atividades de coleta de dados foi de em 01 de outubro de 2011 a 01 de abril de 2012. Após seguiu-se para o período de análise dos dados. Para tal os textos foram transcritos, sendo realizadas leituras atentas e em profundidade, seguidas de codificação linha-a-linha utilizando como ferramenta o Atlas.Ti 7. (2012). Neste foram elaboradas pré-categorias com abordagem mais ampla sobre o fenômeno estudado, que foram reanalisadas para a elaboração das categorias. Esse processo fundamentou-se na análise de conteúdo dirigida, sendo realizada considerando o referencial pré-selecionado - a resiliência, os fatores de risco e de proteção - com o intuito de “validar ou estender conceitualmente um quadro teórico ou teoria” [tradução nossa] (HSIEH, SHANNON, 2005, p. 1279).

Foram assegurados os aspectos éticos, que garantiram sigilo e impessoalidade previstos na resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e complementares, incluindo o oferecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada sem restrições no processo número nº2056/2011 (FR432556). Para manter o sigilo dos dados, o nome das participantes foi suprimido, sendo substituídos pela letra M, seguido de um número que variou de um a nove.

RESULTADOS

Os dados permitiram o reconhecimento de duas categorias e seis subcategorias que estão apresentadas no Quadro 1, seguidas pela explanação detalhada dos elementos que as compõem.

Quadro 1: Fatores de proteção e de risco relacionados à resiliência e à adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres. Florianópolis, 2014

Categoria 1: Fatores de proteção para o fortalecimento da resiliência e da adesão ao tratamento do DM		
Subcategorias		
Percebendo-se vencedora frente aos problemas da vida, relacionados com: A família; O tratamento do DM; A doença; O envelhecimento.	Assumindo a gestão de sua vida e fortalecendo sentimentos de felicidade e utilidade, relacionados com: Ser filha, mãe, esposa, avó e cuidadora; Autonomia para ajudar e ser ajudada.	Mantendo a vida social ativa, relacionada com: Sentir prazer; Cuidar de si; Participar de atividades coletivas; Ter tempo e autonomia para cuidar de si.

Categoria 2: Fatores de risco geradores de redução da resiliência e da adesão ao tratamento do DM

Subcategorias

Descuidando de si e do DM, relacionados com: Não ter tempo livre; Ter muita responsabilidade com os outros; Desistir de si para cuidar de outros.	Sentindo desmotivação e desestímulo, relacionados com: Processo de envelhecimento; Presença de limitações físicas decorrentes do tratamento do DM; Solidão e falta de apoio emocional.	Vivenciando problemas familiares e discriminação de gênero, relacionados à: Desvalorização das mulheres pela família e sociedade; Dependência financeira da família; Exposição à violência psicológica.
--	---	--

FATORES DE PROTEÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA RESILIÊNCIA E DA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DM

Os fatores de proteção destacaram-se nas falas das mulheres como elementos do cotidiano que as deixavam fortalecidas para cuidarem de si e cumprirem as demandas terapêuticas do DM. Ficou evidenciado que em situações de estabilidade as mulheres estavam mais disponíveis para si mesmas e consideravam ser mais fácil enfrentar o processo de viver com uma doença crônica.

Quando mencionavam fatores de proteção ocorriam alterações nos discursos, fugindo de posturas pessimistas relacionadas à doença, seguindo para estados de alegria e declarações de que o diabetes representava um problema com o qual podiam lidar.

Nessa categoria encontramos relatos de fatores de proteção de vários âmbitos, fortemente conectados com os sentimentos de êxito na superação de problemas, cuidado de si, e autonomia para o viver cotidiano, que influenciaram positivamente na adesão ao tratamento do diabetes.

Percebendo-se vencedora frente aos problemas da vida

Conviver com o diabetes mellitus foi comumente comparado a uma jornada sem fim, que, em muitos momentos, é extenuante e consideravelmente frustrante. Porém, as mulheres destacaram que as famílias as acompanhavam nesse processo, acolhendo suas necessidades e compartilhando os cuidados. As mulheres mais felizes com seus companheiros e familiares destacavam o senso de solidariedade e que, em muitas situações, os familiares também seguiam o plano alimentar e faziam as atividades físicas, fator que contribuía muito com a prática regular dessas ações.

A presença ativa da família no auxílio ao deslocamento para a realização de consultas em saúde, aquisição de medicamentos e insumos foram destacadas como qualidades extremamente positivas, que mostravam carinho e reconhecimento do valor das mulheres na família. Apontaram que quando a família participava do cuidado, as ações eram mais fáceis de serem executadas e avaliadas criticamente, pois familiares também acompanhavam a rotina das mulheres e apontavam falhas no cuidado do DM, aguardando

modificações. Os achados estão evidenciados nas falas a seguir:

Quando você passa por qualquer situação na vida que você tem apoio dos teus pais, dos teus filhos, da tua família toda, tudo fica mais fácil. Eu vim do hospital e fiquei na casa das minhas irmãs, depois eu fui para minha casa. Elas cuidaram de mim, fizeram tudo. Depois em casa, meu marido e meus filhos cuidaram de mim. Por isso eu tenho que agradecer a Deus. Eu tenho uma família que me apoia (M6).

Meus filhos cobram bastante sobre o tratamento do meu diabetes. Todos eles vão à academia e também querem que eu me exercite. Ainda bem, porque daí a gente tem um incentivo, senão você vai ficando parada. Os meus filhos me dizem: - Mãe, você ainda não foi caminhar? Vai caminhar, vai, vai. (M7).

Só de me tratar com carinho eles (os filhos) já estão me ajudando! Ah, eu fico mais contente, mais sorridente (M5).

O sentimento de superação de problemas esteve muito relacionado às questões normativas de gênero, destacando o fato de conseguir sobreviver, criar filhos, cuidar da casa, dos companheiros e de pais idosos. As mulheres que relataram êxito em suas relações com a família descreveram-se como felizes e contentes com sua idade e seu estágio vital. Também percebiam-se bonitas, amadas e respeitadas por seus filhos, que, na maioria dos casos, já eram adultos e não dependiam mais delas para sobreviverem. No entanto, esses sentimentos não eram constantes e só relatados em situações de estabilidade em suas relações familiares.

A presença de sentimentos positivos foi atrelada a maior facilidade de lidar com problemas, sendo que nas situações em que a resiliência estava fortalecida, as mulheres relatavam que aderiam melhor ao tratamento do DM e sentiam-se bem por cuidarem de si.

Em alguns dias eu me irritado e acho minha vida ruim, mas daí eu penso: Meu Deus tem tanta gente pior, que está em cadeia de rodas e tudo. Daí eu paro e penso: Eu caminho, eu vou à ginástica, eu posso andar de ônibus. Na mesma hora que me irritado eu agradeço a Deus por conseguir fazer o almoço quando meus filhos me visitam (M4).

Eu vou levando essa vida, um dia bom, outro dia ruim, outro dia rindo, ainda hoje olha o que inventei... a renda de bilro. Mesmo que enxergo mal, eu ainda posso fazer o bordado bonito (M2).

Assumindo a gestão de sua vida e fortalecendo sentimento de felicidade/utilidade.

Nesta subcategoria observou-se que o cumprimento das atribuições normativas de gênero relacionadas ao ser filha, mãe, esposa e avó fortaleceu os sentimentos de felicidade e satisfação em relação às ações desenvolvidas ao longo da vida, mesmo que façam com que as mulheres tenham pouco tempo para si e para o cuidado do DM. Destacaram que habilidades de gestão da própria vida, como liberdade para visitar filhos e netos; capacidade de cuidar da casa e fazer atividades domésticas; acesso às decisões sobre as finanças familiares; disponibilidade financeira e de tempo para oferecer auxílio aos familiares como o cuidado direto de netos pequenos, fazia com que se sentissem capazes no desempenho de suas atribuições.

A autonomia para a tomada de decisões, somada à condição física para

desempenhar suas atividades favorecia a oferta de suporte para a família. Porém, relatavam que reconheciam suas limitações e que também desejavam ser cuidadas e amparadas por seus familiares. Essa alteração da condição de provedora para receptora de cuidados era reconhecida positivamente e até vista como uma forma de reconhecimento das mulheres, por aceitarem estar vinculadas a uma rede de cuidado recíproco e que se fortalece com a troca.

Destacaram que o sentimento de “dever cumprido” esteve fortemente vinculado às situações de estabilidade, respeito mútuo, solidariedade entre familiares e amigos próximos com o estabelecimento de redes de apoio efetivas e que forneciam suporte para que a família desenvolva-se conjuntamente, conforme descrito nas falas:

Fico feliz, pois criei meus filhos e agora todos estão trabalhando, só tenho que agradecer a Deus todos os dias. Eles não bebem, não fumam, são amigos. Agora só estamos esperando que futuramente venham os netinhos (M6).

Ser mãe foi a melhor coisa que aconteceu comigo, eu programei as duas filhas, fiquei muito encantada pelas duas meninas e cuidei muito das duas e acho que cuido ainda. Eu fazia tudo por elas e isso me deixava feliz (M3), o problema é que não tinha tempo para mim. Mas estou aprendendo a lidar. Estou conseguindo cuidar delas e elas também cuidam de mim.

Já estou com 25 anos de diabetes, algumas coisas eu já aprendi e já sei cuidar um pouco mais de mim, mas ajuda é sempre bom (M7).

Mantendo a vida social ativa

Participar de atividades em grupos de convivência, de idosos, de ginástica e grupos de oração foram considerados como fortalecedores da rede de relacionamentos, favorecendo a troca de experiências e motivando as mulheres para a adesão ao tratamento do DM. Essas trocas favoreciam novas descobertas e alternativas para dificuldades enfrentadas na vida e no manejo da doença. Relataram que permanecer com o grupo permitia refletir sobre a real gravidade dos próprios problemas em comparação com os problemas das demais colegas.

O diálogo foi apontado como fortalecedor da autonomia, por trazer conhecimentos e ampliar possibilidades de cuidar de si, além de ser visto como forma de alívio do estresse e fonte de prazer, de interação e de diversão. Manter-se conectada com familiares, amigos, vizinhos e colegas de grupo foi considerado pelas mulheres como gerador de sensação de amparo, segurança e de motivação para cuidarem de si e do seu DM. Os achados estão evidenciados nas falas a seguir:

Eu não me intimidei, fazia pouco tempo que tinha feito a cirurgia (retirada de tumor de mama), mas ergui minha cabeça e fui. Estou me reerguendo, comecei a participar do grupo de idosos e é bem legal. Também participo do grupo de ginástica. Agora estou mais feliz e até meu diabetes melhorou (M8).

Eu sou católica, mas às vezes vou à igreja, rezo em casa, peço ajuda para Deus e ele me deixa viver, me deixa forte (M2).

Quando faço minha caminhada vou conversando com todo mundo e fico bem faceira. A gente se distrai conversando, fica bem com as coisas. Quando vejo que tenho um

problema, saio caminhar e quando vejo já esqueci.. É tão bom!(M5).

FATORES DE RISCO VINCULADOS À REDUÇÃO DA RESILIÊNCIA E DA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DM

A segunda categoria desse estudo trata dos fatores de risco, ou seja, dos elementos perturbadores da homeostase da vida e capazes de interferir ou até mesmo impedir o cuidado de si e, conseqüente, dificultam a adesão ao tratamento do DM. Observamos grande volume de fatores de risco sociais, principalmente vinculados à rede familiar, que apresentavam intensidades distintas, ocorrendo em momentos pontuais ou de repetição, porém com uma característica em comum: a redução da vontade das mulheres de engajarem-se no cuidado do DM. Os dados dessa categoria foram organizados em três subcategorias, sendo que seus elementos e conexões com a adesão ao tratamento do DM.

Descuidando de si e do DM

O cuidado com a saúde, com o corpo, com o DM e com os sentimentos foi pontuado como fundamental para o viver bem, mas também foi deixado de lado em vários momentos por essas mulheres. Apontaram que a falta de tempo; a elevada carga de trabalho doméstico; a necessidade de fazer trabalhos extras para a complementação da renda familiar; e o tempo empregado para o cuidado de familiares doentes e de crianças impedidas de cuidarem de si.

As falas mostraram que as mulheres com DM têm falta de tempo para exercitarem-se, para adquirir e preparar alimentos e fazer refeições com intervalo de tempo conforme recomendado pelo médico e, em casos extremos, relataram falta de tempo para buscar os medicamentos distribuídos gratuitamente no Centro de Saúde.

As mulheres colocaram que cuidavam pouco de si por cansaço, mas também pela falta de motivação que sentiam ao vivenciar eventos estressantes. Relataram que priorizavam o cuidado de familiares, a realização de afazeres domésticos e de atividades sob sua responsabilidade, em detrimento da realização do tratamento do DM, segundo falas a seguir:

Eu era do grupo da terceira idade antes de dar um derrame nele (marido), mas eu ainda tinha meu pai para cuidar. Então como eu ia deixar os dois sozinhos? Daí eu tive que sair do grupo (M1).

Eu já fui convidada para fazer caminhada e ir à ginástica, mas eu disse que não posso ir. Eu tenho que cuidar da casa, das cabras, cortar capim, então tenho que ficar em casa (M2).

O médico disse que eu consegui retardar bastante o uso da insulina, pois fazia caminhadas, mas agora não faço mais. Quando eu tinha cinquenta anos o médico suspeitou de um câncer de tireoide e resolveu operar. Não era nada, mas eu fiquei tão estressada por achar que eu tivesse câncer que, logo depois, tive que começar a usar insulina. Desde então não consegui me adaptar e achar um ponto de equilíbrio (M3).

Sentindo desmotivação e desestímulo

O cuidado do DM foi reconhecido como cansativo, oneroso financeiramente, de difícil realização e restritivo, como já destacado anteriormente. A dificuldade de efetuar-lo mostrou-se acompanhada de sensação de frustração e negligência com a própria saúde.

Sentimentos de derrota e inabilidade para cuidar do DM apresentavam-se exacerbados nos períodos de realização de exames e consultas com a equipe de saúde, quando eram apontadas as falhas cometidas pelas mulheres. Também foi relatado medo de morrer e de desenvolver comorbidades relacionadas ao DM que acarretassem em perda da autonomia e controle da própria vida.

Ah, eu gostava do médico que me atendia, mas dessa vez ele veio e me disse que eu estava com o diabetes alterado e que tinha que me cuidar mais. Fiquei chateada, senti que cuido pouco de mim, que estou jogando minha vida fora. Agora não quero mais consultar com ele, não vou mais lá (M7).

Era para fazer o teste de glicose todos os dias e anotar, foi o que a médica pediu. No início eu anotei, depois já não anotei mais, era muito cansativo e triste ver tantos resultados alterados. Só faço o teste uma vez ou outra, só faço quando sinto que o diabetes está bem alto, para ver se preciso de mais insulina (M1).

O médico perguntou que leite eu tomo, e eu disse que era leite de cabra, daí ele perguntou se eu comia carne de cabra também? Eu disse que comia quando tinha carne. Aí ele me disse que eu estava fazendo tudo errado. Então eu respondi: - Se eu não como eu morro de fome, então se eu morrer do diabetes, pelo menos morro de barriga cheia (M2).

Os depoimentos evidenciaram que a dificuldade de lidar com o envelhecimento e com as alterações corporais, metabólicas e sexuais, deixavam as mulheres descontentes, desmotivadas e ainda menos envolvidas no cuidado de si, exacerbando o sentimento de insatisfação consigo mesma. Mesmo que em algumas situações sentiam-se bem com seu corpo, mas, para muitas, eram sentimentos momentâneos.

A solidão, a morte de familiares, a falta de apoio emocional e de oportunidade para expressar seus sentimentos foram apontados como fragilizadores do viver cotidiano, sendo causadores de tristeza intensa e questionamentos sobre as condutas relacionadas às atribuições de gênero, conforme destacado nas falas:

Eu sempre fui magra, mas agora estou me achando tão gorda. No início isso não me incomodava, mas agora fico chateada, me sinto feia e tenho menos vontade de fazer as coisas (M5).

Quando vejo que não consigo fazer as coisas e cuidar do diabetes eu me sinto muito triste. Fico com vontade de dormir, desanimada. Então caminhar daqui até lá embaixo parece que ser um peso, daí eu penso e acabo indo de carro. Então me sinto fracassada e triste. Mas o que eu vou fazer? Não tenho ninguém para falar, não posso desabafar (M3).

Perdi minha mãe há cinco anos, logo depois faleceu minha irmã. Há um ano meu irmão amputou a perna e eles sofreram muito, eles também tinham diabetes. Mas quando perdi meu genro em um acidente, fiquei muito abalada. Sofri muito, perdi a vontade de viver. Mas eu sei que tenho que levar minha vida, levantar minha cabeça e cuidar de mim, mas não é fácil. Foi muita coisa junta (M8).

Vivenciando problemas familiares e discriminação de gênero

Infelizmente situações de desvalorização das mulheres ainda estavam presentes no cotidiano familiar, que considerava que era obrigação delas realizarem serviços domésticos e que não havia necessidade de partilhar as tarefas.

Nas falas ficou marcado que o processo de criar filhos pequenos restringiu o acesso das mulheres ao mercado de trabalho qualificado, sendo que muitas delas deixaram de “trabalhar fora” para passar uma vida inteira “limpando a casa”. Por mais que relatassem extremo prazer em morar em ambientes limpos e serem felizes por cumprirem suas atribuições de “mães de família”, emergia a ambiguidade entre o desejo de ser dona de casa e a curiosidade de viver os desafios do mercado de trabalho e, quem sabe, crescer profissionalmente.

Porém, além da pouca disponibilidade de tempo, haviam problemas vinculados à baixa escolaridade, sendo relatado pelas mulheres que, na época em que eram jovens, não eram estimuladas a estudarem e terem uma profissão. Relataram que era comum que a sociedade, seus pais e avós reconhecessem que o melhor para uma mulher era “ser boa mãe e esposa”, o que repercutiu negativamente na formação profissional dessas mulheres.

Várias consequências da permanência das mulheres no espaço privado do domicílio foram identificadas, sendo que a dependência financeira foi reconhecida como algo negativo. A necessidade de pedir dinheiro e, por vezes, depender de uma “mesadinha” do companheiro tolhia o acesso a bens de consumo e dificultava o auxílio financeiro aos familiares, pois em algumas situações seus companheiros julgavam que não “dariam dinheiro aos filhos e netos”, contrário os desejos das mulheres. Porém, as mulheres que tinham renda destacavam que destinavam seus recursos para o sustento familiar e que pouco, ou quase nada era destinado a elas.

A dependência da família para o “existir” das mulheres tornava-as suscetíveis à violência. Ficou marcada a ocorrência de violência emocional à maioria das mulheres, que eram oprimidas por seus companheiros, inseridas em brigas familiares, obrigadas a mediar conflitos, sendo que em muitos momentos eram ignorados seus sentimentos e necessidades.

O longo tempo de exposição aos conflitos e mesmo às situações de violência parecia fazer com que essas mulheres banalizassem essa situação, identificando-as como “parte da vida de mulher” e que precisavam “acostumar-se” e aprender a lidar melhor, sendo que essa conduta fomentava o processo de continuidade das situações de violência psicológica. Os achados estão evidenciados nas falas a seguir:

Nunca fui à escola, porque no nosso tempo trabalhávamos na lavoura e meu pai acreditava que mulher não precisava entender da escrita. Ele dizia que mulher boa cozinhava e trabalhava na roça, então eu nem sei pegar em uma caneta. Eu não consegui me aposentar, eu ficava sempre em casa, então dependo do meu marido. Ele às vezes me dá um dinheirinho para comprar uma roupa, às vezes ele dá mais, às vezes dá menos (M9).

Por muitos anos eu fui lavadeira, mas ele (marido) sustentava a casa. Hoje ele me dá uma mesadinha e eu guardo para mim, mas naquela época ele não dava nada (M8).

Quando casei parei de estudar para cuidar das crianças, mas depois tive que trabalhar e não pude mais voltar para a escola. Deixar de estudar foi a coisa que eu mais me arrependi na vida (M7).

No meu dia a dia eu me controlo, quando brigam comigo (esposo e filhos) eu seguro tudo, eu tranco meus sentimentos para não ficar nervosa demais. Eu não gosto de discutir, eu não falo. Eu fico calada, eu sofro calada... (M4)

DISCUSSÕES

A baixa adesão ao tratamento é algo que necessita ser modificado no cotidiano das pessoas com diabetes (ADA, 2017, SBD, 2017), sendo que muitas se mostram inclinadas a buscar resoluções para esta problemática (YI-FRAZIER et al., 2012).

Percebemos que as mulheres reconheciam os fatores de risco em seu viver cotidiano, porém sentiam dificuldades de lidar e achar soluções. A literatura destaca que vivenciar situações negativas eleva o estresse, além de causar sensações de medo, fragilidade, infelicidade, baixa autoestima e baixa capacidade de lidar com problemas (SALES, SOUGEY, 2011; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012; LABROCINI, 2012), sendo reconhecidas como barreiras para a adesão ao tratamento do DM.

As mulheres com DM tinham dificuldade para cuidar de si por priorizarem as atividades laborais, por estarem expostas à violência, à discriminação de gênero e por ocuparem espaços menos valorizados em seus contextos familiares e sociais. As atribuições normativas de gênero e a maior exposição a vulnerabilidades causaram impactos diretos e indiretos na vida de muitas mulheres, sendo nocivas ao processo de processo viver, ser saudável e adoecer (LABRONICI, 2012).

Assim, ampliar a resiliência pode ser uma alternativa para promover o viver melhor e mais saudável, considerando as mulheres em seus contextos sócio-histórico-cultural, ambiental e sexual, com suas dificuldades, suas necessidades e potencialidades. Apontando para perspectivas nas quais as mulheres “possam ter igualdade de direitos e de oportunidades” (ARAÚJO, SIMONETTI, 2013, p.9), possam ser reconhecidas em sua totalidade e tenham possibilidades de desvincular-se de “padrões preconizados na sociedade” (ARAÚJO, SIMONETTI, 2013, p.9).

Identificar as influências dos fatores de risco na adesão ao tratamento do DM permite a busca por novos significados e novas perspectivas em direção ao viver melhor. Estudos realizados com pessoas em diferentes condições e/ou estágios de vida identificaram que os profissionais da saúde podem ajudar na resignificação dos eventos estressores (BRITO; RODRIGUES, 2011; LIRA, 2014; REBOUÇAS JUNIOR, GALDINO, SOUSA, 2013), auxiliando na compreensão e na busca por estratégias para o viver melhor (REBOUÇAS JUNIOR; GALDINO; SOUSA, 2013).

Destacamos que uma alternativa para a melhor adesão ao tratamento do DM é a

valorização dos fatores de proteção, permitindo que as mulheres ampliem a compreensão seu processo de viver e reconheçam os pontos positivos em suas vidas. A literatura aponta que pessoas que reconhecem as “coisas boas” de suas vidas são mais felizes e dão menor importância aos problemas e para as dificuldades cotidianas (SANTOS et al., 2013; YI-FRAZIER et al., 2012; SALES, SOUGEY, 2012; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012; DENISCO, 2011).

Observamos que a resiliência pode ser um elemento a ser considerado na atenção à saúde das mulheres com DM, pela possibilidade de melhorar a adesão ao tratamento (RECKZIEGEL, 2014). Há escassez de estudos que enfoquem a resiliência em mulheres com DM (BÖEL, SILVA, HEGADOREN, 2016), porém em estudos com crianças e adolescentes com DM1 destacaram que nos momentos de felicidade, as crianças cuidavam melhor do DM (YI-FRAZIER et al., 2012).

A literatura aponta que fatores de proteção auxiliam na adaptação positiva às demandas do DM, favorecem o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis e o sentimento de bem-estar relacionado ao processo de viver e ter uma doença crônica (DAVYDOV et al., 2010; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012). Mesmo que nem sempre presentes, percebemos que as mulheres que participaram deste estudo apresentavam fatores de proteção que poderiam ser potencializados com a atenção à saúde enfocando a promoção da resiliência.

Os fatores de proteção individuais como a autoestima, a autoimagem elevada, e a autonomia foram amplamente reconhecidos pelas mulheres como benéficos e potencializadores das habilidades de adaptação positiva frente às demandas de cuidado do DM, confluindo com resultados de outros estudos com pessoas com DM (YI-FRAZIER et al., 2012; HUANG, 2009; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012). Quanto aos fatores de proteção familiares, Santos et al. (2013) reconheceram a família como elemento importante no viver com DM, proporcionando cuidado direto e indireto e a ampliação da adesão à terapêutica. De forma oposta, problemas com a família, especialmente a falta de apoio, tornam-se fatores de risco.

Os resultados desse estudo destacaram que os fatores de proteção favorecem a adesão à terapêutica do DM, sendo que reconhecê-los no contexto da assistência em saúde permite o fortalecimento do cuidado centrado nas necessidades do usuário, sensível aos reais problemas socioculturais e comprometidos com a assistência integral e de qualidade (MIRANDA, COELHO, MORÉ, 2012). Assim, contemplar a promoção da resiliência enquanto estratégia de cuidado em Enfermagem e saúde às mulheres com DM traz novas perspectivas para a promoção e fortalecimento de habilidades cuidado do DM. Os estudos de Santos et al. (2013), Yi-Frazier et al (2012), Sales e Sougey (2012), Hilliard, Harris e Weissberg-Benchell (2012) e Denisco (2011) reconhecem a possibilidade de promoção da resiliência, recomendando que sejam fortalecidos fatores de proteção e habilidades de resolução de problemas.

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou que aderir ao tratamento do DM é algo complexo e não está relacionado apenas ao desejo de cuidar de si. Existem diversos fatores de risco e proteção que se interconectam e auxiliam ou dificultam esse processo. Os achados permitem salientar a importância do cuidado em saúde e enfermagem sensível às demandas biológicas, comportamentais e emocionais de mulheres com diabetes.

Como limitação, apontamos que foram investigados os fatores de proteção e de risco em mulheres com dificuldades de adesão ao tratamento do DM. Assim, desconhecemos se esses seriam os mesmos em mulheres com maior adesão ao tratamento ou em outras condições de vida e saúde. Pontuamos a importância de novos estudos que avancem na identificação das relações entre a resiliência e a adesão ao tratamento do DM em mulheres, contribuindo na identificação de ações que promovam o fortalecimento de fatores de proteção e minimização do impacto de fatores de risco.

Destacamos que a tríade que é tomada como referência para o cuidado do diabetes – a realização de atividade física, o cumprimento do plano alimentar e o uso de medicamento - não contempla a totalidade das necessidades das mulheres com DM. Os aspectos psicoemocionais, dentre os quais a resiliência, surgem como um novo pilar para a assistência em Enfermagem e Saúde centrada no reconhecimento das diferenças entre as mulheres em seus diversos contextos culturais, históricos e sociais, sendo uma estratégia inovadora e com grande potencial para a geração de impactos positivos no cuidado ao DM.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of medical care in diabetes - 2017**. Diabetes Care, v.40, supl.1, p.S1-S135, 2017.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira; SIMONETTI, Maria Cecília Moraes. **Direitos humanos e gênero**: série debates em direitos humanos. Plataforma DHESCA Brasil., v.1, Curitiba: Terra de Direitos, 2013.

ATLAS.TI. **ATLAS.ti: The qualitative data analysis & research software**. 7.1ed, Berlin, 2012.

BÖELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V. DA; HEGADOREN, K. M. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **Revista latino-americanade enfermagem**, v. 24, p. e2786, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. 13 jun. 2012.

BRITO, S.C.; RODRIGUES, E.P. O estresse e a ansiedade na sociedade do século XXI:

um olhar cognitivo-comportamental. **Revista FSA.**, Teresina, n.8, p.307-321, 2011.

CASTRO, Bernardo Monteiro de. **Resiliência na PUC Minas virtual**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BJiZN1oAQgU>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

DAVYDOV, Dmitry M; STEWARTB, Robert; RITCHIEC, Karen; CHAUDIEUC, Isabelle. Resilience and mental health. **Clinical Psychology Review**, v.30, n.5, p. 479–495, 2010.

DENISCO, Susan. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 23, n.11, p. 602-610, nov. 2011.

FREIRE, Paulo. **Educação com prática de liberdade**. 34ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

HILLIARD, M.E.; HARRIS, M.A.; WEISSBERG-BENCHELL, J. Diabetes resilience: a model of risk and protection in type 1 diabetes. **Curr Diab Rep.**, v.12, n.6, p.739-748, 2012.

HSIEH, Hsiu-Fang; SHANNON, Sarah E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res.**, v.15, p.1277-1288, 2005.

HUANG, M.F. **Resilience in chronic disease**: the relationship among risk factors, protective factors, adaptatives outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes. 2009, 310f. Thesis (Doctor of Philosophy). Institute of Health and Biomedical Innovation, Scholl of Nursing and Midwifery, Queensland University of Technology, Queensland, 2009.

LABRONICI, Liliana Maria. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.625-632, 2012.

MINICUCCI, Agostinho. **Dinâmica de Grupo**: teorias e sistemas, 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de; COELHO, Elza Berger Salema; MOREÉ, Carmem Leontina Ojeda Ocampo. **Projeto terapêutico singular**. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010.

REBOUÇAS JÚNIOR, F.G.; GALDINO, M.S.S.; SOUSA, M.L.T. Acolhimento multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v.8, n.2, p.248-253, 2013.

RECKZIEGEL, Juliana Cristina Lessmann. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,

2014.

RUTTER, Michael. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**, v. 21, p. 119-144, 1999.

SALES, Amanda Patrícia; SOUGEY, Everton Botelho. Resiliência e transtorno de estresse pós-traumático. **Neurobiologia**, Recife, v.75, n.1-2, p.167-177, jan./jun., 2012.

SANTOS, F.R.M.; BERNARDO, V.; GABBAY, M.A.L.; DIB, S.A.; SIGULEM, D. The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. **Diabetology Metabolic Syndrome**, v.5, n.55, p.1-5, 2013.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; HEGADOREN, Kathy; LASIUK, Gerri. As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 469-477, 2012.

SILVA, Denise M. Guerreiro Vieira da; SOUZA, Sabrina da Silva de; FRANÇIONI, Fabiane Ferreira; MEIRELLES, Betina H. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.13, n.1, p.7-14, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIBETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017.

YI-FRAZIER, J.P.; HILLIARD, M.; COCHRANE, K.; HOOD, K.K. The impact of positive psychology on diabetes outcomes: a review. **Psychology.**, v.3, n.12a, p.1116-1124, 2012.