



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALINY DE LIMA SANTOS

**EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DE DIABÉTICOS ATRAVÉS DOS CÍRCULOS DE
CULTURA: UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARINGÁ
2011

ALINY DE LIMA SANTOS

**EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DE DIABÉTICOS ATRAVÉS DOS CÍRCULOS DE
CULTURA: UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: O Cuidado à Saúde nos Diferentes Ciclos da Vida.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon

MARINGÁ

2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S237e Santos, Aliny de Lima
Educação para a saúde de diabéticos através dos círculos de cultura: uma estratégia de intervenção em enfermagem / Aliny de Lima Santos. -- Maringá, 2011.
139 f. il. figs.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Sonia Maria Marcon.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011

1. Diabetes mellitus - Tratamento. 2. Diabetes mellitus - Educação e saúde. I. Marcon, Sonia Maria, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. III. Título.

CDD 21.ed. 616.462

ALINY DE LIMA SANTOS

**EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DE DIABÉTICOS ATRAVÉS DOS CÍRCULOS DE
CULTURA: UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Catarina Aparecida Sales
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Claudia Mara de Melo Tavares
Universidade Federal Fluminense

Dedico este trabalho

Aos meus amados pais, Ayla e Elias, em especial a minha mãe, pelo carinho, apoio e exemplo de que independente do quão grande sejam os obstáculos, junto da família sempre podemos mais!

A minha filha Sarah, meu grande amor, sinônimo de Deus em minha vida!

Às minhas irmãs, Alana e Helaine, fonte de força e apoio sempre encontrados em todos os momentos em que achei que não conseguiria.

Ao meu eterno amigo e anjo da guarda Moura, pelo apoio, confiança e força mesmo diante da distância e da separação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mesmo nos momentos de desesperança, ter me permitido acreditar em mim, acreditar que junto Dele sempre posso mais. Pela temperança, paciência, força, serenidade, coragem e perseverança que me concedeu a cada degrau dessa jornada.

Aos meus pais, Ayla e Elias, pelo amor, apoio, dedicação, compreensão e paciência em todos os momentos dessa difícil caminhada. Por entenderem que, mesmo distante, estavam presentes todos os dias em minhas orações e pensamentos. Amo vocês!

À minha princesa Sarah, pela compreensão e paciência diante da minha ausência. Por todas as tarefas que não ajudei a fazer, todas as mudanças inerentes à idade adolescente que eu não vi acontecer, por todas as noites que não lhe dei um beijo. Por compreender hoje e sempre que é a fonte de tudo que busco e faço: é tudo por você, amor!

Às minhas irmãs, Helaine e Alana, orgulhos da minha vida. Fontes de inspiração e de motivação para sempre buscar mais. Por sempre estarem ao meu lado, incondicionalmente.

Ao meu “para sempre amigo” Moura, pela dedicação, apoio, incentivo e estímulo em todos os momentos da minha vida. Anjo da guarda que Deus colocou em minha vida, para ajudar a enxergar um futuro melhor. Eu trilhei os passos, mas você me mostrou o caminho. Essa vitória não é apenas minha, mas nossa.

À minha orientadora Dr^a. Sonia Silva Marcon pelo apoio, orientação e acolhida em tantos momentos durante o mestrado. Por tantas vezes me cobrar e me fazer perceber que minha capacidade é infinita, basta apenas uma pitada de esforço e dedicação. Tenho-lhe como exemplo.

Aos amigos que conquistei durante essa jornada, cuja ajuda tem sido fundamental em todos os momentos de angústia, solidão, desesperança, felicidade e vitória. Em especial à Flávia Matheus, Elen Ferraz, Hellen Mantelo, Karine, Julie, Cheila e Clayton, pela parceria, amizade dedicada, e apoio incondicional.

Às minhas queridas “Butis” Rosangela e Lígia, amigas verdadeiras com as quais sei que posso sempre contar. Amo vocês, queridas!

A toda a turma de 2010 do mestrado. Em especial Aline, Maycon, Jéssica, Thaise, Vladimir, Juliana, Tathiane e Anelize, pelas alegrias, angústias, medos e tensões que vivenciamos juntos.

À Associação de Diabéticos de Maringá (ADIM), especialmente sua presidente Versilene Rossi, pela receptividade nesta instituição em relação à realização deste trabalho.

Aos diabéticos participantes dos Círculos de Cultura, que compartilharam comigo suas experiências, dificuldades, medos e dúvidas. Que me conheceram, aceitaram-me, tornando-se mais que sujeitos de pesquisa, amigos queridos.

À banca examinadora, pela disponibilidade e competência em avaliar o meu trabalho.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, em especial a Maria Angélica, Laura e Cremilde, pelo carinho e incentivo.

À secretária Cristiane Druciak, pela solicitude, disponibilidade e paciência em tantos momentos.

E, finalmente, a todos que de alguma forma contribuíram nessa minha caminhada.

Vá até as pessoas. Aprenda com elas.
Viva com elas. Ame-as... Comece com
aquilo que elas sabem, e de posse disso,
construa com aquilo que elas têm. Pois o
melhor líder é aquele que, quando o
trabalho estiver pronto, quando a tarefa
estiver cumprida, as pessoas dirão: Não
fizemos isto sozinhas.
(Lao Tzu)

SANTOS, A. de L. **Educação para a saúde de diabéticos através dos círculos de cultura**: uma estratégia de intervenção em enfermagem. 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

RESUMO

O Diabetes mellitus (DM) pode ser definido como uma doença crônica degenerativa, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina de exercer adequadamente sua função. Para seu controle é necessário que haja mudanças nos hábitos de vida, incluindo alimentação, adesão à prática de exercícios físicos, e abandono do álcool e cigarro. Frente a essas necessidades, caracteriza-se como uma patologia de difícil convívio e adaptação. A educação em saúde tem sido incentivada como meio de estimular o controle e manutenção da doença. Diante do exposto, o objetivo do estudo foi implementar uma estratégia de intervenção em enfermagem junto a pacientes com Diabetes *mellitus* utilizando a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, a partir dos Círculos de Cultura. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa realizado com 26 indivíduos diabéticos tipo II cadastrados na Associação de Diabéticos de Maringá, com idade superior a 18 anos. Os 12 encontros ocorreram na associação, no período de maio a julho de 2011, com duração de 90 minutos. Foram gravados em sua integralidade, em aparelho MP3, para posterior transcrição das falas e assim melhor compreensão, além de registro em diário de campo. As transcrições foram submetidas à análise de conteúdo. Os resultados apontam que a maior dificuldade dos diabéticos ainda é a mudança na alimentação, embora a aceitação da doença também influencie na adaptação à mesma. Aspectos como o afastamento social, reclusão, negação da doença e crença de que é melhor comer o que se deseja frente à realidade da morte, também se configuraram como agentes inibidores ao controle da doença. Percebemos ainda que a família constitui-se como principal rede de apoio e suporte para aqueles que possuem a doença, sendo que, ao participarem dos encontros, puderam vislumbrar essa rede também naqueles que ali estavam, compartilhando experiências. Evidenciou-se que os diabéticos consideram difícil manter a doença sob controle e que a preocupação da família com a mudança de hábitos aparece muitas vezes como ganho secundário da doença, aproximando-os e fazendo com

que o doente sinta-se mais reconhecido dentro do lar, recebendo mais atenção. Demonstraram satisfação em participar dos Círculos de Cultura, o que os estimulou a promover mudanças em suas vidas. A dialogicidade apresentou-se como um caminho eficaz para facilitar ao portador de DM a possibilidade de adesão a novos hábitos de vida, bem como para o desenvolvimento e aquisição de atitudes de autocuidado e co-responsabilidade com a comunidade. Contribui ainda para a aproximação entre profissional e doente, a partir da construção de relações dialógicas entre os diversos atores do cenário de cuidado. Conclui-se que a promoção da saúde, sobretudo quando realizada a partir de grupos de educação para a saúde, direcionam os indivíduos a buscarem não apenas a saúde, mas especialmente o melhor convívio com a doença e aceitação das mudanças necessárias. Percebe-se ainda que quando realizadas usando-se da educação problematizadora, do diálogo e da consciência possibilita, além da melhor adaptação à doença e da rede de apoio, a quebra da relação verticalizada entre profissional/paciente, aproximando ambos e assim qualificando o cuidado prestado, adaptando-o às necessidades e realidades dos envolvidos, partindo da permuta de conhecimentos e de experiências.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*. Promoção da saúde. Educação em saúde. Enfermagem.

SANTOS, A. de L. **Health education of diabetics through the circles of culture: an intervention strategy in nursing.** 2011. 139 f. Dissertation (Masters in Nursing)– Maringá State University, Maringá, 2011.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) can be defined as a chronic degenerative disease, caused by lack of insulin and / or inability of insulin to properly exercise its function. Need to control, there are changes in lifestyle, including food, adherence to physical exercise, and cessation of alcohol and cigarettes. Front these needs, is characterized as a disease hard to get along and adapt. Health education has been encouraged as a means of stimulating and maintaining control of the disease. Given the above, the objective was to implement a nursing intervention with people with diabetes mellitus using liberating pedagogy of Paulo Freire, through Circles of Culture. It is a descriptive, exploratory qualitative conducted with 26 type II diabetic subjects enrolled in the Diabetic Association of Maringa, aged 18 years. The 12 meetings took place in the association during the period May to July 2011, lasting 90 minutes. Were recorded in its entirety in MP3 player for later transcription of the speeches and so understanding, and field journaling. The transcripts were subjected to content analysis type theme. The results show that the greatest difficulty for diabetics is still the change in food, although the acceptance of the disease also influence the adaptation. Aspects such as social withdrawal, withdrawal, denial of illness and belief that it is best to eat what you want before the reality of death, also configured as inhibitors to control the disease. We also perceived that the family is to be the main support network and support for those who have the disease, and to participate in the meetings, were able to envision this network as well those who were there, sharing experiences. It was found that diabetics find it difficult to keep the disease under control and that the family concern with changing habits often appears as a secondary gain of illness, approaching them and making the patient feel more recognized in the home receiving more attention. Expressed satisfaction in participating in the Culture Circles, which encouraged them to make changes in their lives. The dialog presents itself as an effective way to facilitate the carrying DM for the accession of new habits and to develop and acquire attitudes of care and co-responsibility with the community. It contributes to the rapprochement between

professional and patient through the construction of dialogic relations between the various actors in the scenario carefully. It is concluded that health promotion, especially when performed by groups of health education, directing individuals to seek not only health, but especially the best living with the disease and acceptance of necessary changes. It is noticed that, when performed through problem-based education, using dialogue and awareness, besides the best possible adaptation to the disease and support network, breaking the vertical relationship between the professional / patient, both approaching and so qualifying the care provided by adapting to the needs and realities of those involved through the exchange of knowledge and experiences.

Keywords: Diabetes mellitus. Health promotion. Health education. Nursing.

SANTOS, A. L. **Educación para la salud de diabéticos a través de los círculos de cultura**: una estrategia de intervención en enfermería. 2011. 139 f. Disertación (Máster)–Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

RESUMEN

El Diabetes mellitus (DM) puede ser definido como una enfermedad crónica degenerativa, decurrente de la falta de insulina y/o incapacidad de la insulina de ejercer adecuadamente su función. Necesita, para su control, que haya cambios en los hábitos de vida, incluyendo alimentarios, adhesión a la práctica de ejercicios físicos y abandono del alcohol y cigarrillo. Frente estas necesidades, se caracteriza como una patología de difícil convivencia y adaptación. La educación en salud ha sido inducida como medio de estimular el control y mantenimiento de la enfermedad. Delante de lo expuesto, el objetivo del estudio fue implementar una estrategia de intervención en enfermería junto a personas con Diabetes *mellitas* utilizando la Pedagogía Libertadora de Paulo Freire, por medio de los Círculos de Cultura. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, de naturaleza cualitativa realizado con 26 individuos diabéticos tipo II catastrados en la Asociación de Diabéticos de Maringá, con edad superior a 18 años. Los 12 encuentros ocurrieron en la asociación, en el período de mayo a julio de 2011, con duración de 90 minutos. Fueron grabados en su integralidad, en aparato MP3, para posterior transcripción de las hablas y así mejor comprensión, además de registro en diario de campo. Las transcripciones fueron sometidas al análisis de contenido. Los resultados muestran que la mayor dificultad de los diabéticos aun es el cambio en la alimentación, no obstante la aceptación de la enfermedad también influya en esta adaptación. Aspectos como el alejamiento social, reclusión, negación de la enfermedad y creencia de que es mejor comer lo que se desea frente a la realidad de la muerte, también se configuró como agentes inhibidores al control de la enfermedad. Percibimos aun que la familia se constituye como principal red de apoyo y soporte para aquéllos que poseen la enfermedad, siendo que al participar de los encuentros, pudieron recordar esa red también en aquellos que allí estaban, compartiendo experiencias. Se evidenció que los diabéticos consideran difícil mantener la enfermedad bajo control y que la preocupación de la familia con el cambio de hábitos aparece muchas veces como beneficio secundario de la enfermedad,

aproximándolos y haciendo con que el enfermo se sienta más reconocido dentro del hogar, recibiendo más atención. Demostraron satisfacción en participar de los Círculos de Cultura, lo que los estimuló a promover cambios en sus vidas. La dialogicidad se presentó como un camino eficaz para facilitar al portador de DM la posibilidad de adhesión a nuevos hábitos de vida y para el desarrollo y adquisición de actitudes de autocuidado y co-responsabilidad con la comunidad. Contribuye aun para la aproximación entre profesional y enfermo, por medio de la construcción de relaciones dialógicas entre los diversos actores del escenario de cuidado. Se concluye que la promoción de la salud, sobre todo cuando realizada a través de grupos de educación para la salud, dirige a los individuos a que busquen no sólo la salud, sino especialmente la mejor convivencia con la enfermedad y aceptación de los cambios necesarios. Se percibe aun que, cuando realizadas a través de la educación problematizadora, utilizando el diálogo y la consciencia, posibilita además de la mejor adaptación a la enfermedad y de la red de apoyo, la quiebra de la relación vertical entre profesional/paciente, aproximando ambos y así calificando el cuidado prestado, adaptándolo a las necesidades y realidades de los involucrados a través de la permuta de conocimientos y de experiencias.

Palabras clave: Diabetes *mellitus*. Promoción de la salud. Educación en salud. Enfermería.

LISTA DE SIGLAS

ADA	American Diabetes Association
ADIM	Associação de Diabéticos de Maringá
CC	Círculos de Cultura
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DM2	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
DMIN	Diabetes <i>mellitus</i> Insulino Dependente
DMNID	Diabetes <i>mellitus</i> Insulino Não Dependente
EASD	Associação Européia para Estudos do Diabetes
ES	Educação em Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Promoção da Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação foi realizada junto a indivíduos cadastrados na Associação de Diabéticos de Maringá (ADIM) onde foram implementados grupos de educação para a saúde, buscando compreender como se dá a convivência dos sujeitos com o diabetes, suas dificuldades/facilidades e sua experiência em participar de um grupo educativo sob a perspectiva problematizadora dialógica, a partir dos Círculos de cultura.

A partir desse estudo, foi possível a construção do conhecimento em torno do que é “viver com diabetes”. Os resultados do estudo estão apresentados em quatro artigos científicos, construídos a partir dos resultados da vivência, dos diálogos e reflexões ocorridos durante as atividades. Cada um dos artigos é o resultado dos objetivos específicos propostos no projeto de dissertação.

Artigo 1. Ensinando e Aprendendo: educação para a saúde de diabéticos através dos Círculos de Cultura de Freire. Trata-se de um relato de experiência, pelo qual, buscamos revelar a vivência de uma experiência de educação para a saúde de diabéticos, a partir dos Círculos de Cultura. Está apresentado conforme normas da Revista Gaúcha de Enfermagem.

Artigo 2. Viver e conviver com diabetes: experiência revelada através dos círculos de cultura de Freire. Teve como objetivo conhecer como o indivíduo diabético convive com a doença, bem como identificar quais as dificuldades e facilidades percebidas em relação a este convívio com a mesma. Está apresentado conforme normas da Revista de Enfermagem Ana Nery.

Artigo 3. Participação familiar na adesão a práticas saudáveis sob a ótica de diabéticos. Seu objetivo foi conhecer como os indivíduos com diabetes percebem a participação familiar em seu processo de cuidado à saúde. Apresenta-se conforme normas da Revista Texto & contexto Enfermagem.

Artigo 4. Grupo de educação para a saúde de diabéticos: revelando experiência de participantes. Teve como objetivo conhecer como indivíduos com diabetes percebem os reflexos de sua participação em atividade de Educação para a saúde de diabéticos tipo II, partindo das percepções e sentimentos evidenciados nos relatos dos participantes. Apresenta-se nas normas da Revista ACTA Paulista de Enfermagem.

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÃO À TEMÁTICA	17
2	INTRODUÇÃO	20
2.1	O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO <i>DIABETES MELLITUS</i> : ADESÃO AO TRATAMENTO E AUTOCUIDADO COMO FOCOS DA ASSISTÊNCIA	24
2.2	OBJETIVOS	31
2.2.1	Objetivo geral	31
2.2.2	Objetivos específicos	31
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: A AÇÃO EDUCATIVA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	32
3.1	<i>DIABETES MELLITUS</i> : UM DIAGNÓSTICO, UMA SENTENÇA	32
3.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE POR MEIO DA EDUCAÇÃO: CONCEITOS E POSSIBILIDADES	34
3.3	A PEDAGOGIA LIBERTADORA PROBLEMATIZADORA DE FREIRE: UM MODELO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PELA DIALOGICIDADE ...	41
4	PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1	CÍRCULOS DE CULTURA: ESPAÇO DINÂMICO DE APRENDIZAGEM, TROCA E CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO	49
4.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO	55
4.3	CENÁRIO E SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	56
4.4	DESENVOLVIMENTO DOS CÍRCULOS DE CULTURA	58
4.4.1	Momento da investigação temática	58
4.4.2	Momento da codificação e decodificação dos temas geradores	59
4.4.3	Momento do desvelamento crítico/problematização	60
4.5	TRATAMENTO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	61
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	62
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1	ARTIGO 1: ENSINANDO E APRENDENDO: EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DE DIABÉTICOS ATRAVÉS DOS CÍRCULOS DE CULTURA DE FREIRE	64

5.2	ARTIGO 2: VIVER E CONVIVER COM DIABETES: EXPERIÊNCIA REVELADA ATRAVÉS DOS CÍRCULOS DE CULTURA DE FREIRE ...	77
5.3	ARTIGO 3: PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NA ADESÃO A PRÁTICAS SAUDÁVEIS SOB A ÓTICA DE DIABÉTICOS	94
5.4	ARTIGO 4: GRUPO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DE DIABÉTICOS: REVELANDO EXPERIÊNCIA DE PARTICIPANTES	110
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERÊNCIAS	126
	APÊNDICES	134
	ANEXOS	137

1 APROXIMAÇÃO À TEMÁTICA

“O que importa ao ajudar os homens e mulheres, é ajudá-los a ajudar-se... fazê-los agentes de sua própria mudança e recuperação [...] colocá-los numa postura conscientemente crítica diante dos problemas”.
(Paulo Freire)

Avaliando minha trajetória profissional e pessoal, identifico meu envolvimento com a enfermagem desde muito tempo, mais especificamente, ao ingressar em um curso de técnico de enfermagem, aos 17 anos, no ano de 2002. Este curso me abriu as fronteiras do pensamento e deu início à minha paixão pela enfermagem, o que me fez buscar o curso de nível superior. Foi ao ingressar no curso de graduação em Enfermagem, que pude realmente reconhecer, especialmente na obstetrícia, a profissão que eu sempre desejei, pois poderia atuar na área de saúde da mulher, área que outrora foi de meu maior interesse, particularmente a obstetrícia.

Acredito que minha afinidade por esta área tenha surgido a partir de minha experiência pessoal, pois aos 15 anos fui mãe e vivenciei todo o processo de gestação conflituosa que uma adolescente enfrenta; desde o medo de contar para os pais, todas as mudanças ocorridas em meu corpo e minha mente, até as milhares de dúvidas, as quais, naquele momento, eram imensas: como cuidaria da minha filha? Como ficaria meu corpo depois da gestação? Como seria o tão temido parto?

Tive uma gestação tranqüila, recebi total apoio de meus pais e familiares e tive um parto feliz. O fato de ter tido um parto normal foi uma experiência enriquecedora e que me tornou até hoje, uma defensora dessa via de nascimento. No entanto, durante a graduação, em estágios supervisionados e extracurriculares que fiz na área de saúde da mulher, pude observar que as dúvidas, anseios e temores experienciados por mim durante a gravidez também são vividos por mulheres de diferentes idades, e que esses nem sempre eram solucionados pelos profissionais de saúde quem devido à grande demanda de serviço, geralmente seguem um protocolo de atendimento à gestante no qual não há muito espaço para os questionamentos levantados por elas.

Posteriormente, ao realizar meu Trabalho de Conclusão de Curso, desenvolvi um estudo com 30 gestantes, objetivando investigar como percebiam a qualidade da assistência pré-natal que lhes era ofertada, na qual a maioria das participantes revelou que, apesar de estarem satisfeitas com a assistência, tinham muitas dúvidas que nem sempre eram solucionadas pelos profissionais. Esse fato me levou a crer que a implementação de um grupo educativo junto às gestantes poderia ser uma maneira eficaz de oferecer as orientações. Porém, diante da realização do grupo educativo de gestantes e familiares, mesmo percebendo a satisfação das participantes, observei uma evasão, cujas razões não pude compreender na época.

Ainda durante a graduação, ao assumir a monitoria de algumas disciplinas, descobri meu prazer em ensinar. Isso, associado à experiência de atuar como professora durante um ano de um curso Técnico de Enfermagem logo após a graduação, só veio confirmar esta opção, o que me motivou a tentar o ingresso em um curso de mestrado.

A inquietação com a questão da falta de informação demonstrada pelas gestantes pesquisadas, bem como a frustração com a evasão no grupo de gestantes me levaram a apresentar para a seleção do mestrado um projeto que se propunha a promover a educação em saúde, a partir de palestras, orientações e dinâmicas, porém com a participação efetiva das gestantes e familiares. Obtive êxito na tentativa de ingressar no mestrado, porém minha proposta de dissertação não foi aprovada pela orientadora, que desejava realizar estudos junto a doentes crônicos e seus familiares.

Após um período de conversação decidimos associar nossos interesses, estudando educação em saúde, a partir de grupos educativos para doentes crônicos, pois percebemos que apesar de em geral conscientes da importância da mudança de hábitos de vida e da necessidade de adesão às orientações médicas quanto ao tratamento em diabetes, essas não são seguidas pelos diabéticos, mesmo aqueles que participam de atividades de educação em saúde.

Não obstante, se observa que no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária, as atividades educativas são realizadas por meio de práticas coletivas, trabalhando informações sobre a doença, porém com reduzida expressão participativa. É ainda na atenção primária, especialmente no campo da enfermagem, que se denominam como atividades educativas as desenvolvidas por meio de palestras, que mais se assemelham a aulas, nas quais os enfermeiros repassam

todo o seu conhecimento científico, ignorando toda a experiência, vivência, cultura, percepções e conceitos sobre a doença e formas de adaptações criadas pelo paciente mediante o surgimento daquela patologia crônica em sua vida e de sua família.

Não obstante, durante as disciplinas do mestrado mais uma vez tive a oportunidade de desenvolver um estudo junto a um grupo de pessoas obesas. Contudo, no decorrer do grupo, observamos que a forma como se realizava não estava sendo eficiente diante da evasão de participantes. Decidimos então mudar a abordagem, passando a realizar dinâmicas e palavra livre, nas quais os participantes eram ouvidos e ouviam seus companheiros e, apenas ao final, era feito o fechamento do encontro, com um apanhado geral do que havia sido discutido. Ao fim dos três meses de estudo, constatei que mesmo os que não haviam perdido grande volume de peso, relataram estarem extremamente satisfeitos com a participação, demonstravam melhora na auto-estima, no auto cuidado e o desejo em continuar participando.

A condição descrita acima suscitou em nós o desejo de realizar uma atividade de educação em saúde, de forma diferenciada, voltada às necessidades e especificidades dos participantes, ou seja, sob suas perspectivas e atendendo às necessidades observadas no decorrer da atividade, e não previamente definidas pelos seus coordenadores. Partimos do princípio de que a educação em saúde deve oferecer aos seus participantes (profissional e paciente) a oportunidade de pensar e refletir sobre sua situação, bem como de vivenciar a rede de apoio que o “estar em grupo” pode proporcionar. Surgiu assim a proposta deste estudo.

2 INTRODUÇÃO

Atualmente, a prevalência do *Diabetes mellitus* tipo 2 (DM 2) atinge proporções pandêmicas, demandando altos custos, tanto econômicos quanto sociais. Tem se caracterizando como grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Assim como outras doenças crônicas, o DM 2 pode ser apontado como um reflexo do aumento da expectativa de vida (MARCON; WAIDMANN; CARREIRA; DESCESARO, 2004), que teve como consequência o crescimento da população idosa. Desta forma, o envelhecimento da população, associado à crescente urbanização e à adoção de estilos de vida pouco saudáveis como dieta inadequada, obesidade e sedentarismo passam a ser os grandes contribuintes para o aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais são encontradas mais frequentemente na população acima dos sessenta anos de idade (COSTA; LINDOLPHO; ERBAS; MARQUES; PUPPIN; DELATORRE, 2004).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de diabéticos no mundo, no ano 2000 era de 177 milhões, com perspectiva de alcançar 350 milhões em 2025 e 370 milhões até o ano de 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). No Brasil, em 2006, havia cerca de seis milhões de diabéticos, sendo que a expectativa era que esse número chegasse a 10 milhões em 2010 (BRASIL, 2006b). Outra característica epidemiológica do DM 2 é apresentar a tendência de crescimento, não apenas nos países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento (SOUZA; CALOMÉ; COSTA; OLIVEIRA, 2005), crescendo vertiginosamente entre os países pobres, agravando a morbidade decorrente da doença, que passa a atingir não apenas pessoas na terceira idade, mas também adultos em plena vida produtiva, reduzindo sua capacidade e tempo de trabalho, o que conseqüentemente agrava a pobreza nessas regiões (BRASIL, 2006a); SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005).

Demonstrando uma preocupação em conhecer a prevalência desta patologia, bem como identificar características regionais que pudessem estar associadas ao seu aparecimento e crescimento, um estudo multicêntrico de base populacional foi realizado no ano de 1988, em nove capitais de estados brasileiros. Este estudo demonstrou que a prevalência do diabetes e a redução na tolerância à glicose na

população urbana entre 30 e 69 anos de idade são de 7,6 e 7,8%, respectivamente. Os casos de diabetes previamente diagnosticados corresponderam a 54% dos casos identificados, evidenciando que 46% dos casos existentes desconheciam o diagnóstico, que provavelmente seria feito apenas mediante o acometimento por alguma complicação crônica decorrente do diabetes (MALERBI; FRANCO, 1992).

A partir deste estudo, pôde-se atribuir a prevalência do DM às transformações demográficas, como o envelhecimento populacional e aos processos de industrialização e urbanização, com aumento da alimentação inadequada, sedentarismo e hábitos de vida que facilitam o aparecimento desta e de muitas outras doenças. Identificou-se, ainda, que quanto mais desenvolvida a região, maior a incidência de diabetes, pois nas cidades das regiões Sul e Sudeste, consideradas de maior desenvolvimento econômico do país, foram identificadas as maiores prevalências de DM e de tolerância à glicose diminuída (MALERBI; FRANCO, 1992).

Mais recentemente, um estudo de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2008), de maiores proporções, feito pelo Ministério da Saúde, mostrou que 5,2% dos 54 mil entrevistados nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal declararam ter diabetes, sendo que destes, sua maioria foi composta por mulheres. Os valores identificados neste estudo tornam-se ainda mais alarmantes quando vislumbramos que ele ainda não nos dá um panorama completo, pois só apresenta o universo daqueles que já têm um diagnóstico prévio dado por um médico, por se tratar de um inquérito auto-referindo de uma morbidade, assim o dado pode ser subestimado, sendo o número de pessoas diabéticas muito maior que o vislumbrado nesta pesquisa.

Junto com seu crescimento em números de casos, o DM também traz o crescimento de sua morbidade e mortalidade, tendo, portanto, conseqüências humanas, sociais e econômicas alarmantes. Tratam-se de 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações, o que representa 9% da mortalidade mundial total. No ano de 2006, junto com a hipertensão arterial, foi considerado como a primeira causa de morte, hospitalizações, amputações de membros inferiores e representou ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE, 2003).

Diante destes números, é nítido o grande impacto econômico que esta patologia exerce sobre os serviços de saúde e sobre a renda família do indivíduo

que a possui, como conseqüência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo, de suas complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION, 2006; TOLMAN; FONSECA; DALPIAZ; TAN, 2007). Porém, acreditamos ainda que o maior custo recaia sobre os indivíduos com a doença, suas famílias, seus amigos e comunidade, diante da necessidade de readaptação a um novo estilo de vida, associado a mudanças de hábitos que envolvem o indivíduo e todos que estão a sua volta.

A necessidade de mudança de vida está diretamente associada ao tratamento do DM que, de forma geral, é constituído de controle e manutenção das taxas glicêmicas dentro de parâmetros aceitáveis, a partir de restrições alimentares, controle da obesidade e da hipertensão. Além disso, faz-se fundamental, também, a manutenção de uma alimentação saudável, com redução considerável dos carboidratos, associada a prática de atividade física regular e a abolição do tabagismo, além de uso de anti-hipoglicemiantes orais e injetáveis. Por tratar-se de uma patologia crônica, seu tratamento tem como objetivo principal a prevenção das complicações crônicas inerentes à doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009).

Sendo assim, identificamos que, ao receber o diagnóstico da doença, os indivíduos se deparam com uma nova realidade, além de novas necessidades. Neste sentido, as orientações sobre a doença e seu tratamento, seja ele medicamentoso ou comportamental, devem ser constantes, porém adequadas às necessidades individuais. Circunstâncias individuais devem ser consideradas, tais como comorbidades, doenças coexistentes e, acima de tudo, os valores, contextos e preferências das pessoas com diabetes, podendo conduzir a diferentes metas e estratégias no tratamento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009).

Diante disso, é importante considerarmos que o cuidado deve ser integral, envolvendo não apenas aquele que possui a doença, mas também a sua família, tendo como foco central não as mudanças de hábitos de forma impositiva, mas, sim, toda uma readaptação envolvendo seus aspectos sociais, culturais, econômicos, psicológicos e relacionais, tornando-se, portanto, um desafio para a equipe de saúde. É fundamental oferecer aos diabéticos formas de gerenciar sua vida, readequando-os à sua nova situação, necessitando, para tanto, instrumentá-lo para tal reconhecimento.

Partindo do princípio que devemos capacitar o indivíduo para melhor aceitação e manutenção da doença, podemos então promover seu bem estar e um melhor convívio com a doença, a partir da autonomia e do auto cuidado. Para o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006b) algumas ações e condutas devem fazer parte do trabalho de toda a equipe, garantindo a oferta de subsídios para a autonomia do paciente, além da efetividade do cuidado e o fortalecimento do vínculo. As ações e condutas voltadas para capacitação do auto cuidado e autonomia, bem como a melhoria da relação profissional/paciente, seriam:

- Oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa, e não apenas na doença.

- Encorajar relação paciente-profissional de saúde, com participação ativa durante a consulta; além de criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado.

- Garantir que subsídios e suporte para o seu auto cuidado tenham sido oferecidos, a partir dos temas abordados em palestras e atividades de educação em saúde.

- Avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, respeitando as crenças e atitudes dos pacientes.

- Negociar com o paciente um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos e necessidades do paciente.

- Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu auto-cuidado. **Lembrar que educar não é só informar.**

- Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de auto-cuidado, entre outros.

Vislumbrando esses parâmetros evidenciados e indicados pelo MS, definimos como necessária uma abordagem diferenciada no cuidado aos diabéticos, utilizando uma visão que não abrangesse apenas as doenças, mas também as vivências, experiências e especificidades de cada indivíduo e de seu grupo familiar e social. A partir dos cuidados individuais específicos, acreditamos ser possível proporcionar uma melhoria da assistência, do bem estar do indivíduo adoecido, da situação saúde e de sua doença.

2.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO *DIABETES MELLITUS*: ADESÃO AO TRATAMENTO E AUTOUIDADO COMO FOCOS DA ASSISTÊNCIA

Devido à gama de alterações do estilo de vida que são impostas às pessoas com DM tipo 2, numa fase da vida em que seus hábitos já estão bastante consolidados, a adesão destas ao tratamento tem sido um grande desafio. Ao citar a adesão em doenças crônicas, esta geralmente é associada ao grau de seguimento dos pacientes à orientação médica e uso de forma e horários corretos de medicamentos prescritos, ao invés de relacioná-la à maneira como o indivíduo vivencia e enfrenta o adoecimento, como o percebe em sua vida, pois fatores como esses podem contribuir ou interferir no grau da adesão deste sujeito (SANTANA; HARPAZ; SILVA, 2006).

A adesão ao tratamento de diabetes vai muito além de simplesmente cumprir determinações do profissional de saúde, pois se entendida dessa maneira, supõe que o paciente não tenha autonomia, sendo completamente excluído do controle do seu estado de saúde, cabendo esse papel exclusivamente ao profissional. Supõe, também, que não haja influência ou interferência de familiares, amigos ou vizinhos, nem das representações de saúde, corpo e doença para o paciente. É necessário que reconheçamos que no processo de adesão, o diabético possui a autonomia para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se, mesmo quando não conscientes disso, participantes ativos do processo de cura (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Ao citar a adesão, não é incomum que a associemos aos medicamentos em lugar de visualizarmos a importância da adesão ao tratamento de uma forma geral, incluindo hábitos de vida e saúde (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Esta compreensão dicotomizada é norteada por um modelo de atenção à saúde que privilegia a doença, e não o doente com suas características, seu estilo, seu contexto de vida, o significado que a doença tem para ele, além de desconsiderar a devida relevância que, neste processo, tem suas relações com a pessoa assistida e com a instituição à qual está vinculada para tratar-se (MOREIRA, 2007).

A adesão ao tratamento é uma das maiores dificuldades encontradas no atendimento e prevenção de complicações nas pessoas diabéticas, o que corrobora com o estudo (SANTANA; HARPAZ; SILVA, 2006) realizado junto a 130 diabéticos, na cidade de Sobral-CE, que mostrou que 64% dos diabéticos que participaram da pesquisa não fazem nenhum tratamento e, dentre aqueles que o fazem, esta adesão ocorre apenas relacionada ao medicamento, sem mudanças de hábitos. A não-adesão do cliente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanham, sendo também identificada como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial e do DM (PAIVA; BERBUSA; ESCUDER, 2006).

Alguns fatores têm apresentado grande importância com relação à adesão dos pacientes ao tratamento. Entre eles estão respostas corporais, tais como diminuição dos episódios de hiperglicemia/hipoglicemia e diminuição dos níveis de glicemia, variáveis socioeconômicas (sexo, idade, raça, estado civil, ocupação, renda e educação), relação custo-benefício do tratamento, interação entre profissionais de saúde e pacientes, efeitos e interações medicamentosas (efeitos adversos e colaterais), concepções e conhecimentos a respeito da própria síndrome e participação da família (LEITE; VASCONCELOS, 2003; MOREIRA, 2007; SANTANA; HARPAZ; SILVA, 2006; SANTOS; ZANETTI; SOTEIRO, 2005). O vínculo do paciente com a Unidade de Saúde, contando com terapias e profissionais atualizados, também é parte importante desse processo.

Sob este ponto de vista, a adesão ao tratamento vai além de fatores terapêuticos; estando relacionada aos pacientes e todo o seu contexto de vida, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, a uma adaptação ativa a estas condições, à identificação de fatores de

risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado (NUCCI, 2004).

Diante da evidência de que a adesão ao tratamento, incluindo as mudanças de hábitos de vida, caracteriza-se como agente fundamental para a melhoria do quadro de diabetes, bem como de prevenção de seus agravos, damos a ela sua devida importância neste estudo. Estes hábitos de vida são influenciados pela concepção que os indivíduos têm de saúde-doença; por sua vez, esta concepção de saúde e o modo como cada pessoa enfrenta a doença são concebidos a partir das experiências pessoais, que guardam uma relação direta com suas crenças e valores os quais são formados ao longo da vida (XAVIER; BITTAR; ATAIDE, 2009). Desta forma, modificar hábitos torna-se uma tarefa árdua, para o profissional que a estimula e para o doente que a enfrenta. Porém, trata-se de uma ferramenta extremamente necessária ao controle metabólico e prevenção dos agravos inerentes à doença (CAMPOS-NAVARRO; TORREZ; ARGANIS-JUAREZ, 2002).

Considera-se que essa modificação de hábitos torna-se menos dolorosa quando há como foco não apenas o controle da doença, mas, principalmente, o bem estar do indivíduo que a possui. Para Swanson (1993), o bem estar é o intuito principal do cuidado de enfermagem e, para que isso ocorra, é necessário visualizarmos as pessoas como não estáticas, pois estas estão em constantes mudanças, crescimento e autorreflexão, sendo moldadas e moldando o meio em que estão inseridas.

Ainda para a autora, as práticas de enfermagem que ignoram esse fato são consideradas como concepções egocêntricas, nas quais cabe ao profissional a tarefa soberana de definir o que seria o “certo e errado” no tratamento, com tendências a etiquetar os pacientes como aqueles que seguem o tratamento, ou aqueles que são irresponsáveis e desobedientes. Estes conceitos são considerados errôneos, pois segundo conceitos da teoria das relações pessoais de Travelbee, os parâmetros de saúde-doença, certo-errado, configuram-se de acordo com o meio em que as pessoas estão inseridas, seus aspectos sociais, culturais e econômicos, além de seu processo evolutivo (WAIDMANN; ELSÉN; MARCON, 2006). Há ainda que considerarmos que as pessoas são seres únicos, assim como suas experiências e vivências, necessitando, portanto, de readaptação dos cuidados e conceitos, adequados a estes cenários (CARVALHO; NETA; SILVA; ARAUJO, 2009).

Baseando-se nesses conceitos, reforçados ainda pelos quatro olhares sobre a saúde, definidos por Smith (1981), que são: 1. Ausência de doença, 2. Habilidades para desenvolver o autocuidado, 3. Capacidade de adaptação e 4. Busca pelo bem estar; Swanson (1993) definiu que o foco principal da enfermagem não deveria mais ser a reversão do quadro do adoecimento, mas sim assistir e subsidiar o indivíduo para alcançar, manter e/ou recuperar o nível de bem estar para melhor convivência com a doença, especialmente quando tratar-se de uma patologia crônica.

Para tanto, a teórica trás a necessidade de ver no outro a possibilidade de autocuidado e de autonomia, conhecendo as realidades às quais este está exposto, oferecendo cuidado adequado, presente e autêntico, sem, no entanto sair da visão de subsidiar a autonomia, afastando a visão paternalista do cuidado e permitindo que os indivíduos assumam sua responsabilidade perante sua vida e sua saúde, alcançando assim seu bem estar.

Este equilíbrio se faz ainda mais necessário a partir da necessidade de viver e conviver autonomamente com a condição crônica de longa duração, como é o caso do diabetes, necessitando, portanto adequar-se e adaptar sua vida a esta realidade (LEITE; VASCONCELOS, 2003). Seu tratamento deve favorecer a adaptação à patologia, instrumentalizando-o para que, por meio de seus próprios recursos, desenvolva mecanismos que permitam conhecer seu processo saúde/doença de modo a identificar, evitar e prevenir complicações e agravos (ARAUJO; GONÇALVES; DAMASCENO; CAETANO, 2010). A esse tipo de atitude damos o nome de autocuidado.

Autocuidado é definido como a apreensão das reais necessidades de saúde individuais, capaz de sustentar e garantir a finalidade da vida. Trata-se de uma maneira de agir para si, aprendendo consigo e com o outro, considerado como a prática de ações que os indivíduos executam por si mesmos para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (OREM, 1995). Trata-se da prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem estar (XAVIER; BITTAR; ATAIDE, 2009). Depende da vontade e do empenho do indivíduo, dependendo, por sua vez, da percepção que ele possui sobre sua condição clínica, podendo ser incentivado por de profissionais de saúde.

Para Orem (1995), o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito as ações que contribuem de maneira específica

com a integridade, funções e desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos a partir de ações denominadas requisitos de autocuidado. São três os requisitos de autocuidado, ou exigências, apresentados por Orem: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Os universais estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Eles são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo vital, como, por exemplo, as atividades do cotidiano. Os requisitos de desenvolvimento são as expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento; por exemplo, a adaptação a um novo trabalho ou adaptação a mudanças físicas. O de desvio de saúde é exigido em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

No caso dos diabéticos tipo 2, identificamos como necessário um olhar mais acentuado sobre dois requisitos em especial: os universais, já que esta patologia afeta todo o cotidiano do indivíduo, e o de desvio de saúde, pois ações de autocuidado são necessárias para uma nova realidade, afim de promover uma melhor convivência com a nova condição de diabético.

A Teoria do Autocuidado focaliza a importância de reconhecer a pessoa como aquela que tem direito de exercer o controle sobre si e sobre sua assistência. Na educação para o autocuidado o indivíduo deve participar da decisão, considerando seus valores, crenças, nível de conhecimento, habilidades e motivação. Quando Orem define os Sistemas de Enfermagem para a atuação do enfermeiro a partir dos déficits de autocuidado, o sistema apoio-educação abre a perspectiva educacional para as ações de enfermagem (OREM, 1995).

Vislumbramos que o controle metabólico desejado, mediante as mudanças de hábitos, pode ser alcançado com a adoção de estratégias que contemplam a educação em diabetes, motivação pessoal, força de vontade, controle domiciliar da glicemia, apoio social e familiar e equilíbrio emocional. Todas essas medidas em combinação com a medicação adequada, dieta e atividade física programada configuram-se como uma receita ideal para tratamento e controle do DM (BRASIL, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003), ficando evidente que ocorrem de forma mais efetiva quando partem do reconhecimento dos pacientes, e não da imposição dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem.

Apesar de alguns autores (FRANZ; WARSHAW; DALY; GRENN-PASTORS; ARNOLD; BANTHE, 2003) afirmarem que o aumento do conhecimento e melhor conscientização da situação de saúde/doença não são suficientes para redução da glicemia; observou-se em um estudo (TORRES; FRANCO; STRADIOTO; HORTALE; SCHALL, 2009) desenvolvido em Belo Horizonte-MG, com encontros grupais de educação em saúde, com 31 participantes entre 30 e 70 anos, controle glicêmico, evidenciado pela redução dos valores de HbA1c, após seis meses do programa, além de uma considerável melhora no conceito de bem estar, quando comparados ao grupo controle, que não participou das atividades grupais. Esse estudo mostrou que a educação, combinada com a terapia de comportamento, pode produzir grandes benefícios para os indivíduos diabéticos, fortalecendo e encorajando a decisão de sustentarem o regime terapêutico.

Proporcionar uma educação para a saúde, que promova hábitos saudáveis de vida, autonomia e consciência de sua responsabilidade sobre sua vida e saúde, é um cuidado de enfermagem que pode modificar o quadro de diabetes, facilitando a convivência com a doença e prevenindo seus agravos (REGO, 2004). Esse reconhecimento percorre vários países, como é o caso do Grupo de Estudos da Associação Européia para o Estudo do Diabetes (EASD), que preconiza diretrizes para educação dos diabéticos (SMELTZER; BARE, 2005).

Já nos Estados Unidos, a American Diabetes Association (ADA), é o órgão responsável pela sistematização e planejamento de informações a serem repassadas aos seus diabéticos (WILLIAMS; PICKUP, 2001). No Brasil, o ministério da saúde também considera a educação para a saúde como parte essencial do tratamento de diabetes, e seus manuais orientam os profissionais sobre como promover este cuidado (BRASIL, 2006a).

A educação em saúde como suporte para o tratamento de pessoas com DM é um dos principais métodos de oferecer cuidado aos diabéticos, pois é através dela que pode-se instrumentar o indivíduo a ser sujeito de sua própria mudança, e agente de seu cuidado, conseguindo assim protelar as complicações crônicas oriundas da doença (SOCIDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Desta forma, torna-se fundamental que as pessoas com DM adquiram conhecimento sobre a doença e os cuidados necessários e desenvolvam atividades de autocuidado com a doença com autonomia para as decisões cotidianas.

Pode-se então inferir que o trabalho com grupos de educação para a saúde, se constitui um recurso potencial para ser incorporado pelas instituições e pelos profissionais no desempenho da tarefa de promover a adesão às boas práticas e hábitos de vida e aos tratamentos prescritos (SOUZA; CALOMÉ; COSTA; OLIVEIRA, 2005). Isto porque o grupo de educação para a saúde, é uma estratégia que procura dar aproveitamento a todos os recursos com que cada pessoa conta na busca por viver melhor, que otimiza recursos financeiros e o período de trabalho dos profissionais, que potencializa a ação de saúde tendo, ainda, aplicação pedagógica na formação e no aprimoramento profissional de quem a desempenha (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Nesta perspectiva, compreendemos a educação **para a** saúde como importante objeto de trabalho para a enfermagem, sendo a ela atribuída a capacidade de controlar as complicações advindas da doença e proporcionar um estilo de vida mais saudável. Considera-se, ainda, a relevância das articulações sócio-culturais dos sujeitos e entendemos a educação **em** saúde como instrumento de emancipação do homem, devendo ser desenvolvida dentro de uma concepção dialógica e emancipatória (REGO, 2004).

Neste estudo utilizaremos o conceito de Pacheco (1999), diferenciando as terminologias “educação **para a** saúde” e “educação **em** saúde”, frente ao fato de a primeira estar relacionada ao modelo tradicional de transmissão de conhecimentos, e a segunda com as ações problematizadoras dos profissionais de saúde, que incentivam a participação ativa do educando/paciente, em todo o processo educativo, indo desde sua idealização, execução até sua conclusão. Vale salientar que nos manteremos fieis às terminologias empregadas pelos autores que referenciaremos, contudo, será adotada a terminologia “educação **para a** saúde” na designação da proposta referente ao presente estudo, pois esta melhor se adéqua aos nossos objetivos.

Os objetivos do estudo foram se enredando a partir das seguintes inquietações: Quem são as pessoas com diabetes que freqüentam a Associação de Diabéticos de Maringá (ADIM) e até que ponto suas características podem se relacionar com a forma como realizam o cuidado com diabetes? Quais os significados de “ser e viver diabético” para estas pessoas? Qual o impacto de uma atividade de educação para a saúde, na vida e na situação de saúde e doença destes indivíduos?

Frente a estes questionamentos, a proposta desta pesquisa reforçou-se na necessidade e no convite de promover a implantação de uma prática educativa com vistas na produção de mudanças positivas nos níveis glicêmicos dos associados da

ADIM, e principalmente, que pudesse contribuir positivamente para a construção de conhecimento, autocuidado e autonomia para estas pessoas, além de promover um melhor enfrentamento da doença, e melhoria do bem estar geral. Esperamos ainda colaborar para a construção de um novo conhecimento voltado para o compartilhamento de realidades e conhecimentos, estimulando novas abordagens de cuidado de enfermagem, a partir da troca de experiências, e da oferta de assistência voltada para a realidade e necessidade de cada sujeito como um todo, promovendo uma busca constante de soluções.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 **Objetivo geral**

Implementar uma estratégia de intervenção em enfermagem junto a pessoas com diabetes mellitus utilizando os Círculos de Cultura como estratégia de intervenção em enfermagem para diabéticos.

2.2.2 **Objetivos específicos**

- Descrever a realização de uma intervenção do tipo Grupo de Educação para a Saúde, para diabéticos tipo II, utilizando os princípios da Pedagogia Libertadora Problematicadora de Paulo Freire;
- Conhecer os reflexos de uma atividade de Educação para a saúde de diabéticos tipo II, a partir das percepções e sentimentos de participantes evidenciados em seus relatos;
- Identificar os significados do “ser e viver diabético”, a partir dos depoimentos dos participantes, durante o grupo educativo.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: A AÇÃO EDUCATIVA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

“Mas ninguém se conscientiza separadamente dos demais. A consciência se constitui como consciência do mundo. Se cada consciência tivesse o seu mundo, as consciências se desencontrariam em mundos diferentes e separados. Seriam incomunicáveis e perderiam o sentido”.
(Paulo Freire)

Apresentaremos a seguir a fundamentação teórica que norteou o desenvolvimento do estudo em três eixos: Diabetes mellitus: Um diagnóstico e uma sentença; Educação em saúde para diabéticos; Educação problematizadora conscientizadora.

3.1 *DIABETES MELLITUS*: UM DIAGNÓSTICO, UMA SENTENÇA

Independentemente do tempo de diagnóstico, a adaptação a um novo estilo de vida é o que mais aflige os portadores, e dificulta sua adesão, visto que é marcada pela necessidade de reeducação alimentar (XAVIER; BITTAR, ATAIDE, 2009); dificuldade de se adaptar a uma rotina de freqüentes idas a médicos e postos de saúde para exames, perda da liberdade de escolha quanto à alimentação, dificuldade de se manter uma dieta estando em companhia de amigos e familiares não diabéticos, entre outros, o que tem feito da adesão dos diabéticos ao tratamento medicamentoso e comportamental um grande desafio (IMONIANA, 2008).

Ao receber o diagnóstico de diabetes, o indivíduo passa a conviver com o mesmo como se fosse uma sentença, pois está fadado a conviver com ele até o fim de seus dias. Ainda atrelado a este fato, estão todas as mudanças necessárias, incluindo a necessidade de reeducação e reestruturação dos hábitos alimentares, um dos principais problemas e traumas para os doentes (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2003). Ao não aderirem corretamente às mudanças, estes sujeitos terminam por sofrer com todas as complicações decorrentes da

doença, como úlceras neuropáticas, perda da acuidade visual, redução do funcionamento renal, além da dificuldade na cicatrização de ferimentos (BRASIL, 2006a). Por sua vez, estes fatores são tratados como o castigo por não ter “feito o que o médico indicou”, tornando-se não um motivo para decidir cuidar melhor de sua saúde, mas sim algo a se temer (RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006).

A doença, portanto, acarreta mudanças significativas na relação que o diabético estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca. É, sobretudo, por meio das restrições no comportamento alimentar que o diabético toma consciência de suas limitações (SANTOS; ZANETTI; SOTERO, 2005). Por essa razão, o conflito entre o desejo alimentar e a necessidade imperiosa de contê-lo está sempre presente na vida cotidiana do paciente diabético, o que pode gerar traumas, insatisfação, e negação, resultando muitas vezes na não adesão ao autocuidado e tratamento proposto (MOREIRA, 2007).

O apoio e a motivação dos familiares, dos amigos, das pessoas que convivem com este indivíduo e, também, o correto acompanhamento dos profissionais de saúde são fatores importantes para adesão ao tratamento (SANTANA; HARPAZ; SILVA, 2006). Faz-se, então, necessária uma abordagem terapêutica multiprofissional, incluindo a assistência farmacológica, monitoramento da glicemia e outros parâmetros clínicos, planejamento de atividade física, orientação dietética e suporte psicológico para que o sucesso seja alcançado (BRASIL, 2006b). Nesse sentido, o papel do profissional enfermeiro é fundamental, pois quando se trata de atenção primária em saúde, é esse profissional quem mais se relaciona com os cuidados e assistência aos diabéticos.

Nesse sentido, acredita-se que a ação de enfermagem direcionada a pessoa com diabetes que mais pode ter efeito é a educação para a saúde, pois o enfermeiro desempenha função vital ao realizá-la, conseguindo, assim, oferecer ao diabético subsídios para um cuidado adequado às suas necessidades, realidade e preferências. A partir da educação para a saúde, o enfermeiro obtém referências para o acompanhamento daquele paciente, pois passa a avaliar particularmente a sua compreensão, necessidades e individualidades, inferindo qual o plano de cuidados mais adequado ao seu cotidiano, relacionando-os à prevenção de complicações e aumento do bem estar do indivíduo (RÊGO, 2004).

Porém, faz-se importante reconhecer que essas ações de educação para saúde, oferecidas pelo enfermeiro aos diabéticos, deve ser algo partilhado, que

ocorra a partir da troca de conhecimentos, conceitos, necessidades e desejos. Partindo dessa ótica, não visualizamos a atividade de educação para a saúde, como um processo de repasse de informações do que seria adequado, certo ou errado para o paciente; mas sim um momento de reconhecimento, no qual o profissional abre as portas de seu conhecimento científico para receber o empirismo, vivenciando a experiência dos pacientes para, assim, melhor adequar suas ações; bem como o paciente, a partir de conversas e debates, reconhece pontos que necessitam de modificações na forma como vive sua patologia (HEIDEMANN, 2006).

3.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE POR MEIO DA EDUCAÇÃO: CONCEITOS E POSSIBILIDADES

O discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde, a partir das duas últimas décadas, vêm articulando-se em torno da idéia de Promoção da Saúde (PS). O conceito de PS tradicional foi definido inicialmente como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva no esquema da História Natural da doença (CZERESNIA, 2003). Esse conceito, fundamentado na década de 40, comporta três fases de prevenção e cinco níveis distintos, que não são vistas como fases estáticas ou isoladas de prevenção, mas como uma continuidade da história natural de qualquer doença. São elas: Prevenção primária, com os níveis de promoção da saúde e proteção específica; Prevenção secundária, através do diagnóstico e tratamento, e limitação da invalidez; e a Prevenção terciária, que visa a reabilitação (HEIDMANN, 2006).

Porém esse conceito de PS foi se adaptando no decorrer do tempo, e despontou como “nova concepção de saúde” em debates internacionais, a partir de meados dos anos 70. Deve-se isso ao amplo debate realizado em várias partes do mundo, na década de 60, sobre a determinação social e econômica da saúde e a busca de uma nova concepção que não estivesse centrada somente na doença. Pode-se apontar então, a partir daí, dois acontecimentos históricos que mudaram para sempre os conceitos de PS: a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, com a expedição de duas missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e o movimento

canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde – **Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974)**, posteriormente reforçado com o Relatório EPP – **Alcançando Saúde para Todos (1986)** (FERREIRA; BUSS, 2002).

Com a realização da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, o conceito de saúde passa a ser incorporado de uma forma mais abrangente, sendo chamado de “nova promoção da saúde”, visando a diferenciá-la da que lhe antecedeu, introduzindo novas idéias, linguagens e conceitos sobre o que é saúde e apontando novos caminhos para a produção da saúde, deixando de significar a ausência de doenças (CARVALHO, 2004).

A partir da Carta de Ottawa, em 1986, a promoção da saúde passou a ser definida como “o processo que capacita as pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). Essa carta foi considerada o documento mais importante para o marco de referência da Promoção da Saúde porque, “não só assentaram as bases doutrinárias da PS como se abriu o caminho para passar da retórica à ação”.

Um dos núcleos filosóficos dessa abordagem é o conceito de “*empowerment*” presente, implícita ou explicitamente, no interior das premissas e estratégias mencionadas na promoção da saúde. Esta categoria corporifica a razão de ser da Promoção à Saúde enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde para, desta maneira, melhorar sua saúde e bem estar (CARVALHO, 2004).

A noção de *empowerment*, ao inspirar-se numa perspectiva libertadora, baseada no referencial de Freire, procura romper com os modelos tradicionais centrados no exercício do “poder sobre o outro” e pela valorização de espaços em que seja possível o exercício da interação entre sujeitos e coletivos, ou seja, o “poder com o outro” (HEIDEMANN, 2006). Nesta perspectiva, o *empowerment* tem como objetivo contribuir para a emancipação humana, o desenvolvimento crítico, a busca pela autonomia sobre a saúde e a superação das estruturas institucionais ideológicas de opressão. Percebe-se, assim, como crucial na promoção da saúde, pois proporciona o engajamento comunitário, levando a mudanças sociais e políticas (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Desse modo, a prática de *empowerment* na promoção da saúde trata-se de um processo comunitário que leva à capacitação da comunidade, a partir da organização, mobilização e educação consciente, para responsabilização pelo seu processo saúde/doença e bem estar. Torna-se necessária para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população (ALVES, 2005). Porém, isto requer a participação conjunta de múltiplos atores sociais: profissionais de saúde, população, rede de movimentos sociais, organizações governamentais e não governamentais, para que em conjunto possam pensar e compreender o processo saúde e doença e criar ambientes favoráveis à vida (HEIDEMANN, 2006).

Contudo, para que haja a verdadeira prática do *empowerment*, faz-se necessária a compreensão da importância de seu papel, por parte dos sujeitos sociais, especialmente da população. Para isso, vislumbramos na Educação em Saúde (ES) uma ferramenta fundamental para essa conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos, partindo de metodologias de ensino que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

A educação em saúde já não se destina apenas a prevenir doenças, mas a preparar o indivíduo para a luta com suas próprias armas, por uma vida mais saudável, por atingir seu bem estar. Sob esse novo enfoque, o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre a sua própria vida, mediante subsídios próprios, que podem sim ser estimulados pelos profissionais de saúde, mas nunca a sua única fonte (CARVALHO, 2004). Essa nova concepção de PS, que visa capacitar o indivíduo para o autocuidado, traz como raiz o conceito encontrado nos trabalhos do educador Paulo Freire, especialmente a partir de sua mais importante obra, *Pedagogia do Oprimido*, lançada em 1986 (FREIRE, 2003a).

O modelo tradicional de ES, ainda bem utilizado na atenção primária em saúde, como roteiro de cuidados de doenças crônicas, como a hipertensão arterial e o diabetes, focaliza a doença e a intervenção curativa, fundamentando-se no modelo biologicista do processo saúde-doença, preconizando que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais (SMEKE; OLIVEIRA, 2001; CHIESA; VERÍSSIMO, 2003). As estratégias desta prática educativa em saúde são compostas por informações verticalizadas que ditam comportamentos a

serem adotados para a manutenção da saúde, e os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde (ALVES, 2005).

Sob este olhar, a relação estabelecida entre profissionais e usuários torna-se essencialmente assimétrica, entendendo-se que um detém o saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado e suprido do tão valioso conhecimento (FREIRE, 2003a). Desta maneira, a comunicação profissional-usuário caracteriza-se pelo caráter informativo, na qual o primeiro, assumindo uma atitude paternalista, explicita ao segundo hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. Pressupõe-se, ainda, que frente ao conhecimento adquirido, os usuários serão capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e agravos, e assim, assumir novos hábitos e condutas (ALVES, 2005).

Atualmente considera-se este método errôneo, pois não leva em consideração os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Ao considerar os usuários como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, culturas e representações sobre o processo saúde-doença (CARVALHO, 2004). Faz-se necessário uma revisão sobre estes conceitos, buscando ações de ES sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários, independentemente nesse caso, da patologia que o acomete, respeitando sim, o meio que está a sua volta e seu conhecimento e experiências.

Assim como nos conceitos preconizados por Freire (2003b), os métodos considerados mais adequados em educação para a saúde estão baseados em técnicas participativas que conduzem a tomada de consciência das pessoas sobre questões que lhes dizem respeito. Nessa lógica, o processo educativo se relaciona mais com a busca da própria autonomia e com o ideal de uma sociedade livre e muito menos com formas de persuasão para que as pessoas adotem comportamentos que são considerados apropriados pelos profissionais dos serviços de assistência.

Além de promover a tomada de decisão por parte dos usuários, a ES rompe com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular (RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006). Esta filosofia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais.

O usuário passa a ser reconhecido como sujeito apto a atuar e conhecer sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Em estudo realizado por Torres, Franco, Stradioto, Hortale e Schalll (2009) é facilmente observada a validade da educação em saúde na mudança de hábitos de vida, melhoria do bem estar, maior aproximação entre paciente e profissional e maior efetividade da assistência prestada. No estudo, os pesquisadores demonstram a efetividade da prática educativa, comparando-a ainda quando aplicada individualmente e coletivamente, demonstrando que se torna ainda mais efetiva quando em oferecida em grupo. Essa maior efetividade também foi observada por Pereira, Torres, Cândido e Alexandre (2009) em seu estudo. Tratando-se de grupo, Acioli (2008), desenvolveu durante 10 anos um projeto de extensão que conta com a participação de professores, alunos e profissionais atuantes na assistência e saúde daquela comunidade oferecendo atividades de educação em grupo a uma comunidade carente do Rio de Janeiro, também obtendo resultados positivos.

A pesquisadora evidencia como resultados do projeto: a troca de experiências e construção de conhecimento entre o saber técnico e o saber popular, o que pressupõe que ambos são apenas diferentes, e não hierarquizados e que a experiência vale tanto quanto a teoria; promoveu a convivência e a formação de vínculos de confiança estabelecidos entre os participantes e entre participantes e profissionais. Revela ainda a melhoria da qualidade de vida e saúde dos participantes, mesmo daqueles em que o adoecimento era crônico, obteve-se maior nível de satisfação e melhor adaptação à sua doença e situação.

Sendo assim, inferimos que quando realizada em grupo, a ação de educação em saúde torna-se ainda mais efetiva, conforme mostram Coelho e Silva (2006) em um grupo de educação/apoio oferecido a diabéticos, com intuito de reduzir os riscos de neuropatia, em que além da satisfação e da rede de apoio oferecida pelo “estar em grupo”, promoveu a construção conhecimento em grupo fundamentado em uma educação libertadora mediante o diálogo participativo, no qual todos contribuíam para a formação do saber, aprendiam e ensinavam em conjunto. Para as autoras, o grupo de educação não é somente um momento educativo, mas de estabelecimento de laços de amizade e apoio e, até mesmo, de terapia e lazer. Nesse espaço, as

peças podem falar, serem ouvidas e compreendidas, no sentido de tornar o autocuidado uma realidade e diminuir os riscos de desenvolver essa complicação, trazendo repercussões para a autonomia e o bem estar. Este fato corrobora ainda com os achados de Rêgo, Nakatani e Bachion (2006) Zanatta e Motta (2007) e Martins, Barra, Santos, Hinkel, Nascimento, Albuquerque et al. (2007) em seus respectivos estudos sobre grupo de educação em saúde.

Silveira e Ribeiro (2005), Bechelli e Santos (2005), Costa e Munari (2004) observaram em seus estudos que durante a participação em grupos educativos, as pessoas vivem experiências significativas que podem mudar sua compreensão dos fatos da vida e ajudar na aquisição de atitudes mais saudáveis para o enfrentamento de problemas, a partir do diálogo, do conhecimento e reconhecimento de sua situação de saúde. Esses grupos de educação/apoio em saúde vêm sendo usados em diversos tipos de problemáticas, como grupos de pessoas com transtornos mentais (RUIZ; LIMA; MACHADO, 2004; GUANAES; JAPUR, 2001), cuidadores de doentes crônicos (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007) para melhorias na qualidade de vida de idosos (MARTINS; BARRA; SANTOS; HINKEL; NASCIMENTO; ALBUQUERQUE et al., 2007), mulheres com câncer de mama (PINHEIRO; SILVA; MAMEDE; FERNANDES, 2008), pessoas com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (RASERA; JAPUR, 2003).

Um método de educação em saúde que vem sendo amplamente utilizado na enfermagem é o baseado na Pedagogia Libertadora de Freire, que vai além do conceito de educação, promovendo a construção do conhecimento em conjunto, por meio do diálogo (FREIRE, 2003a). Em estudos como os de Monteiro e Vieira (2010), Miranda e Barroso (2004), Acioli (2008), Heidemann, Boehs, Wosny e Stulp (2010) encontramos discussões sobre a adequação do método a OS, tendo também grande influência sobre as ações de educação em saúde e, conseqüentemente, sobre as ações de enfermagem nesse âmbito, pois defende a emancipação dos indivíduos como um instrumento necessário e importante para a tomada de responsabilidade sobre tal situação de saúde, pela participação dos mesmos no processo educativo.

Trata-se de um método fácil e extremamente adequado a ser inserido nas práticas de saúde, assim como mostra com muito sucesso os estudos realizados por Rêgo (2004), Heidemann (2006), Cardoso e Cocco (2003), Tavares e Rodrigues (2002), Afonso, Vieira-Silva e Abade (2009), Coelho e Silva (2006), Zanatta e Motta

(2007), evidenciando o quão benéfico o método foi para profissionais e doentes, pois proporcionou um espaço de ensinamento, no qual ambos puderam compartilhar experiências, saberes e conceitos, numa via de mão dupla.

Saupe, Brito e Giorgi (1998) interpretam ainda algumas das experiências que têm utilizado o método proposto por Freire, nas quais o profissional enfermeiro, e até alunos de mestrado e graduação, colocam-se como animadores dos grupos de educação, obtendo satisfação não apenas por parte dos pacientes, mas também dos profissionais que vislumbram uma nova maneira de oferecer o cuidado, de forma a se inserirem no mundo do paciente e não apenas ditar formas de vida. Além de ser efetiva em casos de doentes, também pode ser utilizada como grupo de apoio/suporte diversos, assim como mostra Wosny (1994) e Heidemann (1994) que trabalharam com comunidades periféricas, buscando a melhoria de suas condições de vida, a partir da ação organizativa e participativa; e Alonso (2003) que atuou junto a grupos comunitários e mulheres gestantes.

Tratando-se de patologias crônicas, como é o caso do DM, acreditamos que essa nova visão do processo de ES deva ser ainda mais enfatizada, afinal trata-se de uma patologia que acomete o indivíduo numa fase da vida em que seus costumes, crenças e hábitos já estão consolidados; necessitando, portanto, de uma adequação dos conhecimentos dos profissionais às necessidades, conceitos e realidades dos educandos diabéticos. Viver com o diabetes pode representar um desafio, tanto para a pessoa quanto para aqueles que estão próximos a ela, pois a condição afeta sua vida como um todo, alterando dramaticamente seu cotidiano (COELHO; SILVA, 2006).

Diante disso, a ES para diabéticos, deve estar voltada para a construção de conhecimentos que favoreçam o autocuidado e a autonomia das pessoas, na perspectiva de que possam ter um viver mais saudável, e não apenas cumprir com o que lhes foi repassado pelos profissionais de saúde, de forma impositiva, e conseqüentemente, com insatisfação. A educação em diabetes, para autores como Guerra, Evies, Aleida e Garcia (2005) é considerada como alicerce para a construção do autocuidado consciente, prevenção do surgimento de complicações e, principalmente, para a melhoria da qualidade de vida. Assim, optamos por adotar a Pedagogia Libertadora de Freire, como forma de oferecer educação em saúde para diabéticos, acreditando ser essa uma forma eficiente de promover autonomia, melhorar o autocuidado e a adaptação à doença.

3.3 A PEDAGOGIA LIBERTADORA PROBLEMATIZADORA DE FREIRE: UM MODELO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PELA DIALOGICIDADE

Conforme já discutido anteriormente, a ES vem há vários séculos, sendo efetivada seguindo os pressupostos do modelo tradicional, que visa manter o *status quo* da sociedade, transmitindo verdades desatreladas da realidade social e da experiência de vida dos educandos, utilizando como estratégias didáticas a narração e a prescrição de modos de vida (RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006). Entendemos aqui como prescrição, o processo de imposição da opção de uma consciência a outra, ignorando os fatores inerentes a essa segunda. Daí o sentido alienador das prescrições que transformam a consciência recebedora no que vimos chamando de consciência “hospedeira” da consciência opressora. Por isso, o comportamento dos oprimidos é um comportamento prescrito, ditado, preconcebido por aqueles que se consideram conhecedores da verdade (FREIRE, 2003a).

É também comum entre os profissionais de saúde a cultura de que não é preciso “aprender” a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a formação acadêmica fossem suficientes para a implementação dessa prática. Com esse raciocínio, é freqüente encontrarmos atividades educativas de promoção da saúde, que atuam de forma individual e prescritiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas pessoas (ALVES, 2005).

Dessa forma, reconhecemos que a concepção de promoção da saúde, especialmente a partir da educação para a saúde, traz na sua essência muitos desafios. Porém, se entendida de uma forma ampliada e não somente como um momento anterior à doença, utilizando o repasse de informações; se percebida como um modo de fazer saúde, em que as pessoas são vistas em sua autonomia, no seu contexto político e cultural, como sujeitos capazes de progredir da ação individual para a coletiva; tem o poder de promover inúmeras transformações nas condições de vida da comunidade. Para isso, deve estar alinhada a uma pedagogia dialógica, crítica, reflexiva e problematizadora, de acordo com os princípios da filosofia preconizada pelo educador Paulo Freire (HEIDEMANN, 2006).

Se tratando da promoção da saúde, Carvalho (2004) destaca que o educador Paulo Freire tem um papel importante, tendo como um de seus núcleos filosóficos e

estratégias chave o conceito de “*empowerment*”. A partir deste conceito a idéia de promoção da saúde pretende capacitar, possibilitar, tornar viáveis indivíduos e coletivos a aprender pela vida. Nesse contexto, as ações de saúde representam a busca dos valores preconizados por Freire, como a participação e o diálogo com a cultura, as representações sociais de saúde e doença, bem como o uso de estratégias de *empowerment*.

Com a noção de *empowerment*, as pessoas são encorajadas a tomar posse de suas vidas e de sua saúde, tomar decisões sobre temas que possam contribuir para seu bem estar e, então, a partir daí solicitar a participação dos profissionais para interferir nesse processo. Com esta concepção, as idéias de Paulo Freire passam a ter grande influência sobre a PS, pois ele defende a emancipação dos indivíduos como um instrumento necessário e importante para a transformação da sociedade, dizendo que “o que importa ao ajudar os homens e mulheres é ajudá-los a ajudar-se [...] fazê-lo agente de sua própria recuperação [...] pô-lo numa postura conscientemente crítica diante de seus problemas” (FREIRE, 1999, p. 66).

Reforça, ainda que:

[...] quanto mais crítico um grupo humano, tanto mais democrático e permeável em regra. Tanto mais ligado às condições de suas circunstâncias. Tanto menos experiências democráticas que exigem dele o conhecimento crítico de sua realidade, pela participação nela, pela sua intimidade com ela, quanto mais superposto a essa realidade e inclinado a formas ingênuas de encará-la [...] Quanto menos criticidade em nós, tanto mais ingenuamente tratamos os problemas e discutimos superficialmente os assuntos (FREIRE, 1999, p. 103).

A utilização do referencial teórico de Freire é importante para a prática da promoção da saúde, principalmente quando se trata da idéia de que são inúmeros os fatores que interferem sobre as condições de vida da população. Este referencial pode contribuir na construção prática de relações mais emancipatórias, autônomas e dialógicas entre profissionais de saúde e usuários. As atividades de promoção devem estar, direcionadas para o coletivo de indivíduos e ambiente, através de políticas públicas que proporcionem o desenvolvimento da saúde e reforço da capacidade do ser humano e da comunidade (BUSS, 2000).

Nesse sentido, Briceño-Léon (1996) apresenta dois princípios básicos na orientação das ações de saúde, que corroboram perfeitamente com as idéias

libertadoras de Freire. O primeiro, é que se torna necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. O segundo princípio parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição. O autor pondera que apenas com a participação comunitária é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde. O modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como modelo dialógico por ser o diálogo seu instrumento essencial.

Ainda para o autor, o usuário dos serviços deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber, que embora reconhecidos como responsáveis por influenciar grandemente o processo de saúde, não é deslegitimado pelos serviços. Em um modelo dialógico e participativo, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados. O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar e melhor utilizar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico e científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias. A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2003).

Assim é a pedagogia de Freire (2003a) que têm como pano de fundo o processo pedagógico libertador. Propõe uma nova concepção da relação pedagógica, que deixa de ser uma educação fundamentada na transmissão de conteúdos, passando a fundamentar-se no diálogo, pois aquele que educa também está aprendendo. A finalidade da educação é libertar-se da realidade opressiva e da injustiça, acreditando que esta libertação leva à transformação radical da realidade, para melhorá-la, para torná-la mais humana, para permitir que os homens e as mulheres sejam reconhecidos como sujeitos da sua história e não como objetos, e para isso, dois elementos são fundamentais: A **conscientização** e o **diálogo** (FREIRE, 2003a).

Freire parte do pressuposto de que o ser humano é histórico, logo está submerso em condições espaço temporais, isto é, o homem, estando nessa situação, quanto mais refletir de maneira crítica sobre a sua existência, mais poderá influenciar-se e será mais livre. Essa filosofia se apóia em seis pressupostos que Freire designa como idéia-força. São eles (FREIRE, 2003a):

1) Toda ação educativa deve, necessariamente, estar precedida de reflexão sobre o homem e de uma análise do meio de vida do educando, isto é, a quem o educador quer ajudar a educar. Todas as concepções de Freire estão sob a orientação dessa primeira suposição.

2) O homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto. A educação deve levar o educando a uma tomada de consciência e atitude crítica no sentido de haver mudança da realidade.

3) A partir da integração do homem com o seu contexto haverá a reflexão, o comprometimento, construção de si mesmo e o ser sujeito. Essa idéia pode ser dividida em duas outras afirmações: a) O homem, precisamente porque é homem, é capaz de reconhecer que existem realidades que lhe são exteriores. O homem tem capacidade de discernimento, relacionando-se com outros seres; b) partindo dessas relações é que o homem chega a ser sujeito. A capacidade de discernir o leva a perceber a realidade por ser externa e a entende com desafiadora. A resposta que o homem atribui a esse desafio transforma a realidade, sendo original.

4) À medida que o homem se integrar às condições de seu contexto de vida realiza reflexão e obtém respostas aos desafios que se lhe apresentam, criando cultura.

5) O homem é criador de cultura e fazedor da história, pois, na medida em que ele cria e decide, as fases vão se formando e reformando.

6) É necessário que a educação permita que o homem chegue a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade, fazer cultura e história.

Das idéias-forças, fundamentadas por Freire, emergiram alguns conceitos formulados pelo autor, que foram utilizados na Educação e também na área da saúde, dentre elas a Enfermagem. Discorre-se aqui acerca de alguns dos principais conceitos anunciados por Freire que são considerados mais significativos, especialmente para a prática da Enfermagem: problematização, diálogo, liberdade e conscientização (MIRANDA; BARROSO, 2004).

A **Problematização**, que supõe a ação transformadora, é inseparável do ato cognoscente e, como ele, inseparável das situações concretas, mesmo que ocorra sobre os conteúdos já elaborados. Nesse caso, eles serão referidos ao contexto, pois a problematização parte de situações vividas e implica um retorno crítico a essas. Por intermédio da problematização, o educador chama os educandos a refletir sobre a realidade de forma crítica, produzindo conhecimento e cultura em um mundo e com o mundo (FREIRE, 1999).

Outro conceito muito referido por ele foi o **Diálogo** que, segundo Freire, trata-se de uma necessidade existencial. É o encontro entre os homens, mediados pelo mundo, para designá-lo, no qual a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar (FREIRE, 2003b). O diálogo, para Freire, é condição básica para o conhecimento, sendo o melhor mediador nesse processo. Freire criticou veementemente o monólogo existente nos círculos educacionais vigentes, introduzindo o conceito do diálogo, pois para ele educador e educandos, cointencionados à realidade, encontram-se numa tarefa em que ambos são sujeitos no ato, não só de desvendá-la, criticamente e, assim, criticamente conhecê-la, mas também no de recriar este conhecimento (MIRANDA; BARROSO, 2004).

A **Liberdade** é o fim de toda revolução cultural. É uma conquista e exige uma busca permanente existente apenas no ato responsável de quem a faz. É a condição indispensável ao movimento de construção de conhecimento segundo a pedagogia de Freire. Não existe educação sem liberdade, de criar de propor o quê e como aprender, herdando a experiência adquirida, criando e recriando, integrando-se às condições de seu contexto, respondendo os seus desafios, objetivando-se a si próprio, discernindo, transcendendo, lançando-se no domínio da história e o da cultura (FREIRE, 1999).

A **conscientização** é um compromisso histórico, é uma inserção crítica na história, assumindo o homem uma posição de sujeito podendo transformar o mundo. É o desenvolvimento crítico da tomada de consciência. É um ir além da fase espontânea da apreensão até chegar a uma fase crítica na qual a realidade se torna um objeto cognoscível e se assume uma posição epistemológica procurando conhecer. É tomar posse da realidade; e através dela, reconhecer que está é totalmente passível de mudanças, segundo suas necessidades e habilidades (FREIRE, 2003a).

Quanto à concepção e a forma de oferecer essa educação, Freire (2001) apresenta através de duas formas opostas, que seriam: a concepção bancária e a concepção problematizadora. Na **concepção bancária**, a tradicional, o educador é o que sabe e o educando, o que não sabe, é objeto passivo, receptáculo vazio, carente de saber. O educador é o que diz a palavra, sabe, pensa, disciplina, informa. O educador é o sujeito do processo, enquanto os educandos são meros objetos, mantêm a divisão entre os que sabem e os que não sabem (FREIRE, 2001).

Na **concepção problematizadora**, os homens são seres históricos, que caminham para frente, buscam a sua libertação. Nesta concepção, educador e educando aprendem juntos, numa relação dialógico-dialética, visa à transformação da realidade, enquanto ação política (FREIRE, 2001). Para Freire (1999) a educação problematizadora deve proporcionar aos homens e mulheres meios de superar suas atitudes, mágicas ou ingênuas, diante da realidade. Somente o diálogo que propicie a comunicação e a intercomunicação entre os sujeitos (educandos e educadores), numa relação de “simpatia” e que se nutre pelo amor, humildade, esperança, fé, confiança, criticidade, oferecendo o desvelamento crítico em torno da realidade.

Aplicando esse conceito às práticas de educação para a saúde, utilizadas cotidianamente pelo enfermeiro, considera-se que estas tanto podem ser formais e desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, com realização das palestras e distribuição de cartilhas e folhetos, como também podem ser informais, desenvolvida nas ações de saúde cotidianas. Entretanto, dada à relevância da comunicação dialógica, valoriza-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contextos de práticas educativas (HEIDEMANN, 2006).

Para L’Abbate (2004), Smeke e Oliveira (2001) o profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial à sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia. A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença.

Este compromisso e vinculação com os usuários possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços, além de maior aproximação entre profissionais e pacientes. O modelo dialógico tem sido associado às mudanças duradouras de

hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (HEIDEMANN, 2006).

Em suma, o referencial teórico libertador proposto por Freire é o que mais se aproxima desta epistemologia construtivista. O seu método de trabalho consiste de aproximações, encontros, diálogo com os sujeitos envolvidos no processo, que a partir de sua proposta pedagógica, de natureza política, busca a transformação da realidade. Esta proposta emancipatória propõe autonomia dos sujeitos e diálogo permanente em torno das situações concretas de existência, não exclui o poder ou diferenças de experiências e conhecimentos, mas valoriza as contradições, procurando superá-las (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Assim, de maneira esquemática, pode-se dizer que o “Método Paulo Freire” consiste de três momentos entrelaçados: Investigação temática e levantamento dos Temas Geradores, Codificação e Descodificação, e Problematização ou Desvelamento Crítico. Também conhecido como “Itinerário de Pesquisa”, propõe uma seqüência de passos, que vão se inter-relacionando, num movimento de construção, que avança e retroage, conforme sinaliza a situação existencial vivida. É aplicado através de uma metodologia grupal chamada de Círculo de Cultura (FREIRE, 2003a).

A abordagem de ensino do Círculo de Cultura de Paulo Freire (2003a), constitui-se de uma ideia que substitui a de ‘turma de alunos’ ou de ‘sala de aula’. A escolha por desenvolver um Círculo de Cultura, visa ensinar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo profícuo para a reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta sistematizada para uma educação em saúde emancipatória utilizando a experiência cultural de cada indivíduo envolvido nesse processo. A denominação de Círculo culmina porque todos estão à volta de uma equipe de trabalho, com um animador/ coordenador, que participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem, ao mesmo tempo (ARAÚJO; GONÇALVES; DAMASCENO; CAETANO, 2010).

É chamado Círculo de Cultura, porque os círculos extrapolam o aprendizado individual, produzindo também modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar (HEIDERMANN, 2006). O desenvolvimento do trabalho com aplicação do Círculo de Cultura requer que o profissional que o aplica esteja atento para o que se

fala. As falas, as conversas, as frases, entrevistas, discussões, dentro ou fora do círculo, tudo está carregado dos temas da comunidade, seus assuntos, sua vida. Está é a maior vantagem desta metodologia, pois se utiliza da participação de todos por igual, em todos os momentos do diálogo e do processo de pesquisa-reflexão-ação, que é o caminho utilizado no método de estudo nos círculos (FREIRE, 2003b).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

“O método Paulo Freire não ensina a repetir palavras, não se restringe a desenvolver a capacidade de pensá-las segundo as exigências lógicas do discurso do educador que as profere [...] Tem sim a intenção de colocar o educando em condições de poder re-existenciar criticamente as palavras de seu mundo [...] saber e poder dizer as suas próprias palavras”.
(Paulo Freire)

Com a pretensão de compreender como se dá a convivência dos diabéticos com a doença, bem como melhorar sua aceitação da doença e das modificações necessárias e inerentes, por meio da educação para a saúde, como forma de compreender e estimular a construção da promoção da saúde, considerou-se que o processo investigativo mais adequado para este estudo seria o Itinerário de Pesquisa do educador Paulo Freire, que possui como pano de fundo uma proposta pedagógica libertadora, utilizando como aporte metodológico os Círculos de cultura.

4.1 CÍRCULOS DE CULTURA: ESPAÇO DINÂMICO DE APRENDIZAGEM, TROCA E CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO

Com os Círculos de Cultura (CC) a consciência emerge do mundo vivido. Com eles, ocorre a percepção e evidenciação dos problemas vivenciados, através da ótica dos principais interessados: os sujeitos que os enfrentam e descobrem dia a dia, maneiras de superá-los (MONTEIRO; VIEIRA, 2010). Todos juntos, educadores e educandos, em círculo, e em colaboração crítica e reflexiva, reelaboram o mundo e, ao reconstruí-lo, apercebem-se de que, embora construído também por eles, esse mundo não é verdadeiramente para eles, pois se fundamenta em várias verdades e experiências. Assim, estar comprometido com o processo de transformação da sociedade, a partir da problematização, da práxis, do diálogo, que leve à

emancipação das mulheres e homens, é um caminho viável, principalmente para a implantação da estratégia de promoção à saúde (FREIRE, 2003a).

A narração, de que o educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em 'vasilhas', em recipientes a serem 'enchidos' pelo educador. Quanto mais vá 'enchendo' os recipientes com seus 'depósitos', tanto melhor educador será. Quanto mais se deixem docilmente 'encher', tanto melhores educandos serão. Desta maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante' (FREIRE, 1999, p. 33).

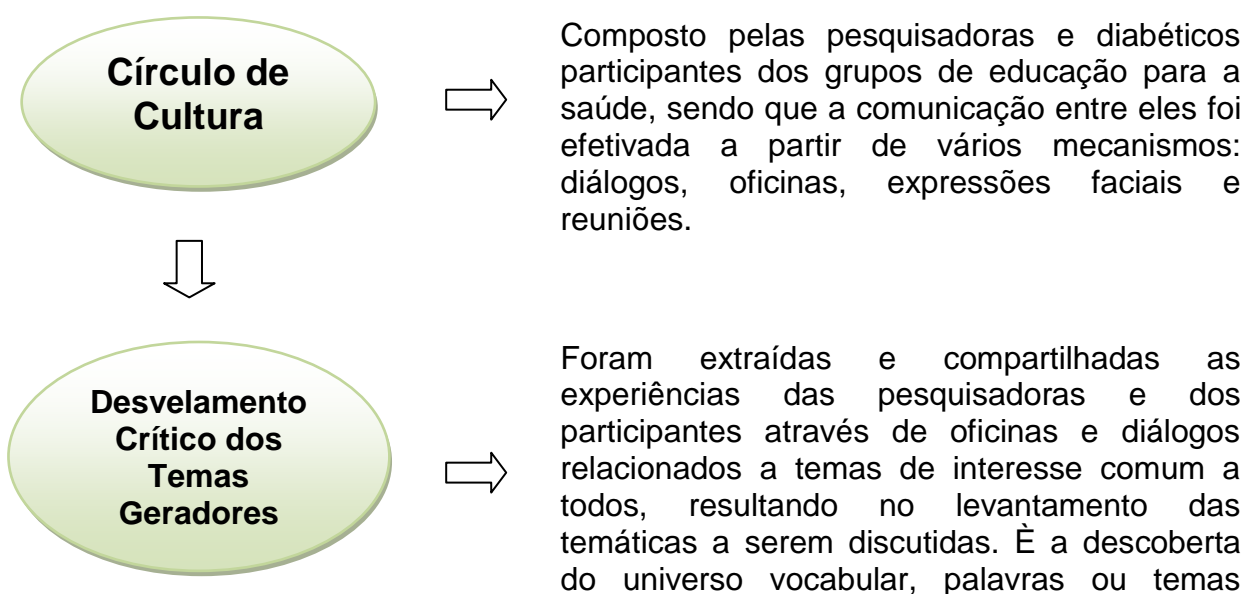
A partir da realização dos CC, proposta no Método Paulo Freire, é possível levantar, problematizar e desvelar os temas que tanto podem ser situações conflitantes ou positivas para aqueles que participam. No Círculo de Cultura é necessário que o educador saiba que o seu "aqui" e seu "agora" nem sempre são os do educando. Que nem sempre as suas verdades e conceitos, se adéquam ao educando, que este se constitui de suas próprias verdades e conceitos, repletos de significados, que não mudarão mediante uma imposição daquele que promove o repasse de informações e conhecimentos, ou seja, o educador (HEIDEMANN, 2006).

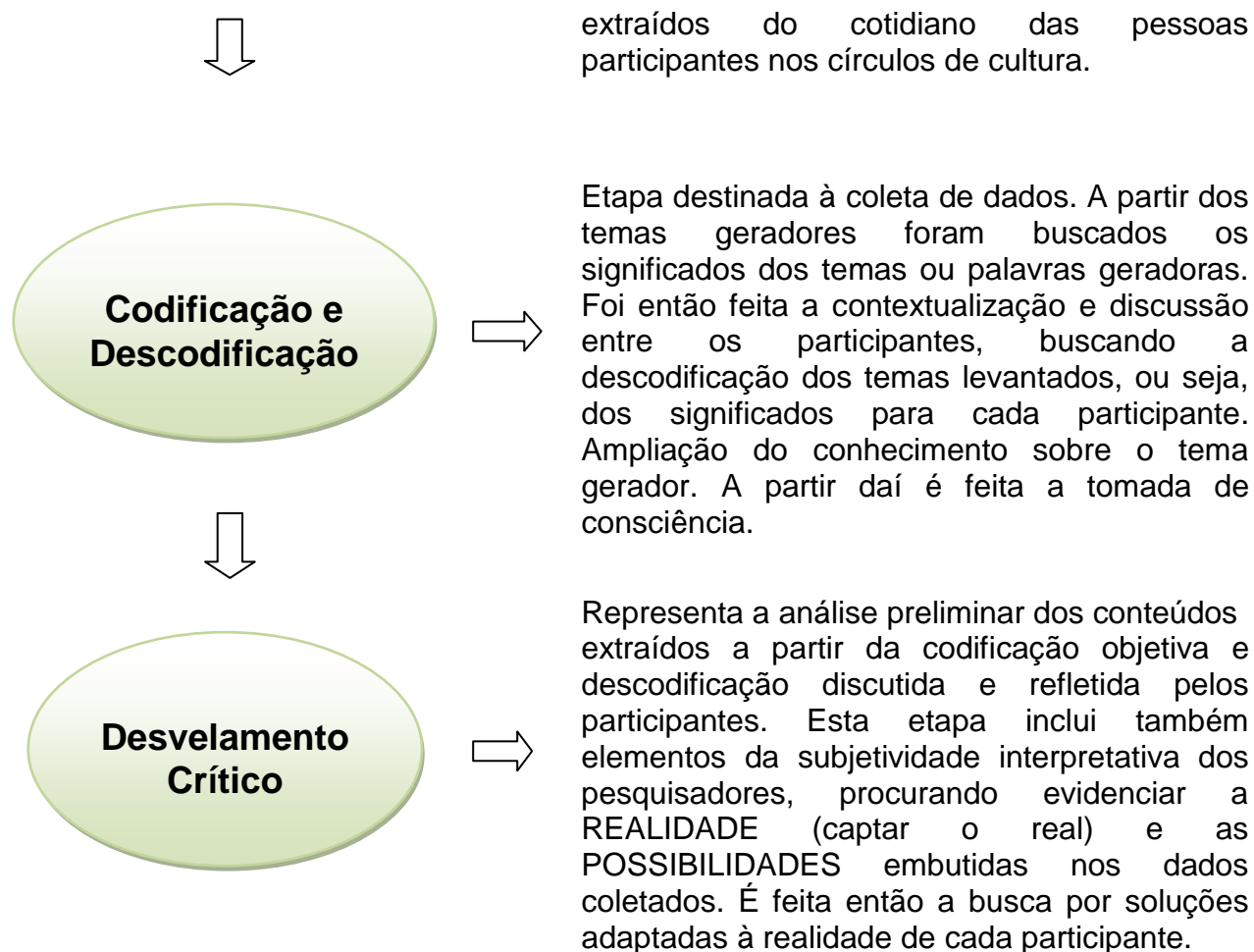
O sonho do educador (a) pode não somente tornar o seu "aqui - agora", o seu saber, acessível ao educando, mas ir além de seu "aqui - agora". Para que o educando ultrapasse o seu "aqui", o educador tem que partir do "aqui" do educando e não do seu. O educador (a) não pode desconhecer, subestimar ou negar os "saberes de experiência feitos" com que os educandos falam, nos Círculos de Cultura (FREIRE, 1992).

A ação e reflexão entre educandos e educadores em torno de situações existenciais, abordando temas importantes como saúde, educação, cidadania, qualidade de vida e outros, têm levado ao desenvolvimento de inúmeros trabalhos com Círculo de Cultura, na área da saúde, principalmente na Enfermagem. Saupe, Brito e Giorgi (1998) em um relato de interpretações e vivências, sobre a utilização do referencial de Paulo Freire, identificaram sua utilização de modo acentuado nos últimos anos. Destacam, ainda, que nos anos de 1994 a 1997 houve a identificação de um movimento intenso com a utilização das concepções e método.

Constituindo uma estratégia da educação libertadora, o Círculo de Cultura é um lugar onde todos têm a palavra e participam ativamente de todas as etapas, onde todos lêem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento (FREIRE, 1999). A partir do entendimento das ações de Educação em Saúde, como proposta inovadora, articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças, este estudo propõe aos diabéticos participantes uma mudança na forma de fazer educação em saúde, saindo do modelo passivo e indo para o modo ativo, por meio de uma metodologia participativa com uso do Círculo de Cultura (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

A realização dos Círculos de Cultura visa a ensejar uma vivência, entre o profissional de saúde e paciente, de uma proposta de intervenção educativa que valorize a experiência do grupo e promova sua participação na construção do conhecimento coletivo. Mediante os Círculos de Cultura compostos por diabéticos, buscamos conhecer como se dá a convivência com a doença, suas maiores dificuldades, bem como conhecer quais as vantagens/desvantagens deste método. Assim, para obter os dados e as informações necessárias ao desenvolvimento dessa pesquisa concomitante à participação dos sujeitos, utilizei o Itinerário de pesquisa proposto pelo método Paulo Freire, cujas etapas de trabalho consistem de: **investigação temática, codificação, descodificação e desvelamento crítico** (HEIDEMANN, 2006):





É importante ressaltar que o Itinerário de pesquisa proposto por Freire, propõe uma seqüência de passos que não é linear, mas que vai se inter-relacionando, em constante processo de construção, sendo, portanto, possível o retorno ou avanço das etapas a qualquer momento, de acordo com as necessidades evidenciadas no grupo (HEIDEMANN, 2006).

O método Paulo Freire parte sempre das fontes culturais e históricas dos indivíduos. O profissional deve sempre ser um inventor e reinventor, ter percepção além do seu conhecimento científico para que, através de sensibilidade apurada, possa desvelar os significados ocultos além das palavras. Deve ter uma atitude crítica em torno do objeto e não um discurso profissional sobre ele. Assim, na etapa da **Investigação Temática**, busca-se o universo dos temas vividos pelo educandos na sociedade, no seu meio cultural, social e cotidiano. A investigação dos principais temas, questões, assuntos da realidade vão constituir os “temas geradores” a serem problematizados (FREIRE, 1999).

A investigação dos temas geradores, contidos no “universo temático mínimo”, ocorre através de uma metodologia conscientizadora, que nos possibilita apreensão, inserção a partir dos homens numa forma crítica de pensamento sobre seu mundo. Os **temas geradores** são amplos e constituem a realidade do universo dos educandos, problematizada pelo diálogo entre educador e educando. Esta problematização vai ocorrendo na medida que os problemas são levantados através do diálogo, no qual os educandos participantes começam a falar sobre as contradições, as situações concretas e reais em que estão vivendo o seu aqui e agora (FREIRE, 2003a).

A segunda etapa do “Itinerário” é a **codificação e descodificação**. Os temas geradores são codificados e decodificados através do diálogo e por meio dele, as pessoas envolvidas vão tomando consciência do mundo em que vivem. Os temas são problematizados, contextualizados, substituídos em sua primeira visão mágica, por uma visão crítica e social do assunto discutido. Levantados os temas geradores na codificação, os participantes do Círculo de Cultura explicitam sua compreensão sobre o tema ou a palavra. Vai ocorrendo também a descodificação dos temas codificados, um momento dialético, em que os participantes passam a refletir, a questionar sobre as situações que vivenciavam, mas não admiravam, não tinham percepção da realidade vívida (FREIRE, 2003a; HEIDERMAN, 2006).

As codificações, na medida em que representam situações existenciais, devem ser simples na sua complexidade e oferecer possibilidades plurais de análises na sua descodificação, ou seja, devem ser totalmente compreensíveis pelos sujeitos que as geraram, os participantes dos CC (FREIRE, 2003a). Na codificação se procura re-totalizar o tema cindido, na representação de situações existenciais. As codificações são as mediações entre o “contexto concreto ou real”, em que se dão os fatos, e o “contexto teórico”, em que são analisadas. Assim, são o objeto cognoscível sobre o qual o educador-educando, como sujeitos cognoscentes, incidem sua reflexão crítica (FREIRE, 1996).

Para Freire (1992, p. 88), o processo de criação das codificações são situações que:

Funcionam como desafios aos grupos. São situações-problema codificadas, guardando em si elementos que serão descodificados pelos grupos com a colaboração do coordenador. O debate em torno delas irá, como o que se faz com as que nos dão o conceito antropológico de cultura, levando os grupos a se conscientizarem para que concomitantemente se alfabetizem.

A “**descodificação**” é a análise da situação vivida, um momento dialético em que os participantes passam a admirar, refletir sobre sua ação. Nesta fase, refazem seu poder reflexivo e se reconhecem como seres capazes de transformar o mundo. Evidencia-se a necessidade de uma ação concreta para a superação das situações-limites. Na descodificação os indivíduos, cindindo a codificação como totalidade, apreendem o tema ou os temas nela implícitos ou a ela referidos. Este processo de descodificação que, na sua dialeticidade, não morre na cisão, que realizam na codificação como totalidade temática, se completa na retotalização de totalidade cindida, com que não apenas a compreendem mais claramente, mas também vão percebendo as relações com outras situações codificadas, todas elas representações de situações existenciais. Na descodificação o conhecimento científico é disponibilizado aos participantes para ultrapassagem do “senso comum”.

O “**desvelamento crítico ou problematização**”, representa a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, descobrem-se os limites e as possibilidades da primeira etapa. Nesta fase ocorre o processo de ação-reflexão-ação que capacita as pessoas aprender e evidencia-se a necessidade de uma ação concreta, cultural, política e social visando “situações limites” e superação das contradições. O objetivo é promover a transformação dos reais problemas que estavam interferindo na vida das pessoas (FREIRE, 2003a).

Na fase de desvelamento, caberá ao educador, facilitador dentro de seu campo, buscar os seus núcleos fundamentais que se constituindo em unidades de aprendizagem e estabelecendo uma seqüência entre si, dão a visão geral de temas reduzidos, promovendo uma discussão reflexiva em torno dos temas discutidos. Nesta fase, que é a operação de “cisão” dos temas enquanto totalidades, buscam seus núcleos fundamentais, que são as suas parcialidades. Esta fase consiste da tomada de consciência da realidade vívida, que a partir de uma nova reflexão da realidade passa a ser transformada (HEIDEMANN, 2006).

O Círculo constitui um espaço de encontro e descoberta do outro como sujeito, com aspirações, sentimentos e vivências que precisam ser desveladas a partir do diálogo no grupo, da participação nas discussões, da troca de conhecimentos e experiências (MIRANDA; BARROSO, 2004). A organização das participantes em formato de círculo, mantendo uma dialogicidade no processo de construção de um saber coletivo, compartilhado e contextualizado, conduz o profissional de saúde a uma viagem interior, no encontro do pessoal, do formal, do

informal. O movimento de busca interior promove crescimento, pois possibilita descortinar a superação de limitações e dificuldades pessoais identificadas, que condicionam o indivíduo a situações de submissão e acomodação diante de sua história (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa. A pesquisa descritivo-exploratória objetiva descrever um determinado fenômeno e pode ser utilizada tanto para abordagens quantitativas, como para qualitativas, assim como para acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante (MARCONI; LAKATOS, 2006). Neste tipo de pesquisa, primeiramente é realizada uma aproximação do tema, a fim de criar maior familiaridade com o fenômeno/processo, o que é caracterizado como exploração. Após esta aproximação, é realizado um arrolamento das características que compõem o fenômeno/processo, geralmente desenvolvida por meio de levantamentos e observações sistemáticas, o que caracteriza a descrição (SANTOS, 2006).

As pesquisas descritivas são, junto das exploratórias, as habitualmente utilizadas para pesquisas sociais preocupadas com a atuação prática (GIL, 2002). A pesquisa exploratória caracteriza-se pela busca de uma aproximação sobre o tema já disponível, sobre o assunto a ser abordado. A pesquisa descritiva é utilizada para expor um fato ou fenômeno, por meio de um levantamento das características conhecidas, tendo como principal objetivo descrever as características de uma população ou fenômeno (MINAYO, 2008).

Nos estudos de natureza qualitativa os sujeitos envolvidos participam conscientemente do processo de produção do conhecimento (MINAYO, 2008). A contribuição desta metodologia pode ser vista como instrumento que ajudará na construção da nova promoção da saúde. Trata-se de uma metodologia de produção de conhecimento sobre a inter-relação entre os atores e saberes envolvidos em uma prática social, em que se priorizam os interesses e as falas dos diversos personagens (HEIDEMANN, 2006).

A partir das situações sociais, os participantes buscam uma forma coletiva de melhorar a compreensão da realidade e transformá-la. Seria uma forma de ajudar a modificar os costumes de indivíduos e populações para melhorar suas vidas e transformar a sociedade. A abordagem qualitativa é apropriada para o estudo, porque procura aprofundar a investigação e responde a questões muito específicas e particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

Para Víctora, Knauth e Hassen (2000) a pesquisa qualitativa está sempre aberta à discussão, à possibilidade de agregar novos elementos científicos. Por tratar-se de uma pesquisa de qualidade, dedica-se a revelar mais do que a atitude e o comportamento dos indivíduos frente a uma situação concreta, mas a buscar entender as causas, os discursos e origem destas ações. Apreende o que está oculto, o que não é percebido, perscruta as profundezas do jogo social, o não manifesto, o subjacente. Nesse estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa, pelo fato dela se preocupar com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela investiga a profundidade das relações, dos fenômenos e dos processos que não podem ser reduzidos apenas à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

A pesquisa qualitativa articula-se com o pensamento Freireano, quando ambos se preocupam com o desvelamento da realidade social. O sentido da razão dialógica de Freire como na pesquisa qualitativa, é justamente o de revelar o que está oculto, permitindo que a imaginação e a criatividade dos seus participantes desvendem novas propostas de ação sobre a realidade. Ambas realizam uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, envolvendo empatia e motivação, aos projetos dos participantes, aos quais as ações se tornam concretas (HEIDEMANN, 2006).

4.3 CENÁRIO E SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 26 pessoas com diabetes tipo II, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, cadastrados na ADIM. Estes indivíduos foram

convidados a participar do estudo mediante telefonema realizado pelas pesquisadoras, relatando sobre a existência da atividade, sua finalidade, bem como seus dias de realização, horário e duração. Aqueles que aceitaram participar foram orientados sobre a duração dos encontros, e que a participação poderia ser feita nos dias que preferissem e conforme sua disponibilidade e desejo. Foi utilizada para as reuniões, uma sala reservada, dentro da própria associação, que apresentava boa iluminação, ventilação e capacidade para acomodar cerca de trinta pessoas. O bebedouro e os banheiros eram instalados ao lado. A cozinha foi disponibilizada para preparar e servir o lanche ao grupo.

A ADIM não possui fins lucrativos ou vínculos com instituições de saúde de Maringá. Foi criada há onze anos, tendo como principal objetivo oferecer suporte e apoio a pessoas com diabetes. Atualmente, o serviço básico oferecido é de orientação e informações para os diabéticos e suas famílias, quanto à automonitorização da glicemia capilar, auto-aplicação de insulina e uso correto dos medicamentos prescritos. São realizados exames rápidos de glicemia, colesterol e triglicérides, totalmente gratuitos e com resultado imediato, palestras e atividades educativas desenvolvidas por profissionais voluntários da área de saúde. São também comercializados produtos específicos para diabéticos.

Atuam nessa associação, como voluntários, oito profissionais da saúde, entre eles enfermeira, nutricionista, endocrinologista, endocrinopediatras, oftalmologistas e psicólogas. Além de palestras esporádicas, eles também realizam consultas e avaliações de exames esporadicamente em seus consultórios. O cadastro dos pacientes é feito ao primeiro contato com a associação, a partir do registro das seguintes informações: nome, sexo, idade, endereço, estado civil, tipo diabetes, tempo de diagnóstico, medicamento utilizado e dose, médico que o assiste e se tem interesse em participar de atividades realizadas pela associação, como palestras. Estão cadastrados nesta associação atualmente 3.512 diabéticos; sendo em sua maioria do tipo 2, de ambos os sexos, com faixa etária indo de 2 até os 95 anos. Estes sujeitos são encaminhados à ADIM por profissionais médicos, amigos, outros diabéticos cadastrados, farmácias, Unidades e Postos de Saúde, Hospitais de Maringá e Região, etc. É importante frisar que outros grupos com duração de dois a quatro meses e encontros quinzenais ou mensais já foram desenvolvidos com participação de nutricionista, psicóloga e médico.

4.4 DESENVOLVIMENTO DOS CÍRCULOS DE CULTURA

A implementação da proposta educativa efetivou-se em 12 encontros contando com a participação de 26 pessoas com diabetes, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que foram informadas sobre o intuito dos Círculos, bem como sua duração e metodologia que seria abordada. Vale salientar que o número de participantes a cada círculo variou de cinco a 12, sendo os encontros semanais, às quartas-feiras, com duração média de 90 minutos, distribuídos ao longo do período de maio a julho de 2011, com reuniões utilizando-se a Pedagogia da Problematização, operacionalizada pelos Círculos de Cultura, que pressupõe que a atividade educativa aconteça num processo grupal e dialógico, seguindo as três etapas proposta pelo “Método Paulo Freire” (2003a),

Sendo assim, o desenvolvimento do Círculo de Cultura consiste de três momentos, conforme já citados: a) a **investigação temática**, pela qual os componentes do círculo e o animador buscam, no universo vocabular dos participantes e da sociedade onde eles(as) vivem; b) a **codificação e descodificação** dos temas geradores a tematização, onde ambos buscam o significado social destes temas, tomando assim consciência do mundo vivido; e c) a **problematização**, por meio de que eles(as) buscam superar a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido.

4.4.1 Momento da investigação temática

Nesta etapa, busca-se o universo dos temas vividos pelo educandos na sociedade, no seu meio cultural. A investigação dos principais temas, questões, assuntos da realidade vão constituir os “temas geradores” a serem problematizados. Essa investigação, ocorre através de uma metodologia conscientizadora, que nos possibilita apreensão, inserção a partir dos participantes numa forma crítica de pensamento sobre seu mundo. Quanto mais os sujeitos estejam envolvidos na investigação de sua temática, maior será o aprofundamento da reflexão a partir

destes temas, refletindo em melhor tomada de consciência em torno da realidade (FREIRE, 2003a).

Para tanto, os encontros tiveram como ponto de partida a observação da realidade por meio dos relatos das vivências e experiências dos participantes, bem como suas expectativas e necessidades relacionadas ao ser diabético. Para isso, utilizamos pequenas oficinas de sensibilização inicial através de técnicas de interação grupal, utilizando artigos manuais, como papel, lápis de cor, giz de cera, cartolinas, revistas, tinta guache, entre outros, para promover o relaxamento, a socialização e o espaço para identificação do que seriam os temas geradores do encontro. Em alguns dos encontros, foi utilizado apenas a “palavra livre”, como forma de permitir que os temas sentidos como necessários de serem discutidos, por parte dos participantes, também fossem colocados em pauta nos encontros.

4.4.2 Momento da codificação e decodificação dos temas geradores

Durante a Codificação e Descodificação, os temas geradores foram discutidos, problematizados e contextualizados à luz da dialogicidade, para uma visão crítica dos mesmos, de forma participativa e grupal. Diante do fato de todo o processo do CC ocorrer a cada encontro, era necessário às pesquisadoras um raciocínio e uma percepção dos temas geradores, de forma rápida e eficiente. Porém, de acordo com a abertura dada pela própria metodologia utilizada, estes temas eram também definidos em conjunto com os participantes, já dando início ao processo de codificação dos significados.

As codificações, na medida em que representam situações existenciais, devem ser simples na sua complexidade e oferecer possibilidades plurais de análises na sua decodificação (FREIRE, 2003a). Deve ser formulada pelos participantes, sendo assim, também possível de ser compreendida por eles, pois é a partir dela, que se processa a decodificação e a busca pela solução coletiva dos problemas. Sendo assim, nesta etapa, buscamos compreender os significados que as verbalizações tiveram para os participantes, identificando inclusive novos temas geradores durante esse processo.

É importante frisar que apesar de durante a oficina, procedermos anotações dos possíveis temas geradores identificados por nós, em diversos momentos, durante esta segunda etapa do processo, fomos surpreendidas por novos sentidos dados pelos participantes, às falas, evidenciando novos temas. Este fato só veio a validar ainda mais o referencial, pois, evidencia que nem sempre o que percebemos ser a problemática maior, é o percebido por aquele que realmente vivencia a doença.

Diante do reconhecimento dos códigos, e da discussão para decodificação, em conjunto, é possível promover a busca e obtenção de formas de solucionar ou amenizar os problemas vivenciados pelos participantes, sem esse fato ocorrer de forma impositiva, mas sim dialógica construída (FRANCIONI; SILVA, 2007). Tornou-se uma experiência extremamente proveitosa e satisfatória, pois possibilitou uma aproximação do pensamento e do diálogo entre profissional enfermeiro e doentes, permitindo uma melhor compreensão mútua.

4.4.3 Momento do desvelamento crítico/problematização

No Desvelamento Crítico, tem-se a tomada de consciência sobre a situação vivencial, em que se encontram os participantes, desvelando os limites, dificuldades e possibilidades diante da realidade. Coletivamente, foram buscadas e construídas soluções de enfrentamento dentro da realidade retratada durante os encontros, a partir dos relatos dos participantes, evidenciando a aplicação dos novos conhecimentos ao seu cotidiano. Ocorre, portanto, o processo de ação-reflexão-ação para a busca da problematização construída, e não apenas idealizada; assim melhor adequando as ações (FREIRE, 2003a).

É válido frisar que por ser um processo construído totalmente em grupo, este momento foi caracterizado por um compartilhamento de opiniões, no qual cada um evidenciava formas de resolver seus problemas e os do outro, de forma que não houve maior relevância ou ainda rotulados os que possuíam maior conhecimento, maior experiência, maior tempo de convivência com a doença ou melhor processo de adaptação; sendo todo e qualquer relato ou discussão feitos pelos participantes, tido como válido na construção de conhecimento.

4.5 TRATAMENTO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os encontros foram gravados em sua integralidade, em aparelho MP3, para posterior transcrição das falas e assim melhor compreensão. Durante os encontros, uma auxiliar de pesquisa registrava por escrito, em um diário de campo, todas as colocações feitas, sendo de grande importância para que a pesquisadora pudesse participar do grupo e se envolver de forma atenta e com concentração nas falas e expressões e posteriormente poder analisá-las com maior consistência. Também procurei documentar por escrito as percepções das pessoas sobre aquela realidade para posterior análise dos dados. O diário significou um momento de reflexão e análise, das percepções e vivências ocorridas.

Os dados foram transcritos, sendo também repassados para o papel, as impressões da pesquisadora, e assim tornando-se possível leituras que se iniciaram como primárias e posteriormente atingindo um nível mais profundo das verbalizações e de minhas percepções. Realizou-se uma exploração intensa do material, identificando os sentimentos e revelações mais importantes em todos os relatos. Este tipo de análise deve ser objetiva, com regras preestabelecidas e obedecendo a diretrizes suficientemente claras permitindo a replicação por qualquer investigador de maneira a atingir os mesmos resultados (MINAYO, 2008).

Os resultados foram então organizados, a fim de operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais, conduzindo a um agrupamento por semelhança das inferências. Os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto. Nessa etapa, os dados são trabalhados de forma a serem significativos e válidos. O analista, “tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (MINAYO, 2008).

Foi então realizada uma categorização definida como o processo de redução do texto às palavras e expressões significativas ou ditas como uma classe, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse realizado por meio das características comuns entre esses elementos, ou seja, o que cada um desses elementos tem em comum entre si (MINAYO, 2008). A codificação das

informações corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto que, por meio de recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista sobre as características do texto (MINAYO, 2008).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, o desenvolvimento do estudo atendeu as exigências da Res. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá (COPEP) com o parecer no. 148/11 (ANEXO A).

Para a pesquisa de campo a Associação de Diabéticos de Maringá (ANEXO B), na figura de sua presidente autorizou o acesso aos dados dos diabéticos cadastrados, bem como a realização dos encontros dentro da própria associação. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNCIDE A) em duas vias, sendo que uma destas ficou de posse dos entrevistados. Quando o entrevistado era analfabeto, foi solicitado que algum familiar assinasse o termo de consentimento.

Os entrevistados também foram esclarecidos de seus direitos, do modo como os dados seriam coletados, bem como dos eventuais benefícios oriundos desta participação; além da sua livre opção em participar ou não da pesquisa e a sua recusa em qualquer momento do processo, assim como da garantia de não sofrer qualquer ônus ou gratificação pela participação ou não do estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados no formato de quatro artigos científicos construídos a partir da análise das gravações realizadas com os 26 participantes do estudo. Entre os artigos, está também um estudo descritivo, que buscou retratar como se deu o processo dos Círculos de Cultura.

Artigo 1. Ensinando e Aprendendo: educação para a saúde de diabéticos através dos Círculos de Cultura de Freire. Trata-se de um relato de experiência, pelo qual, buscamos revelar a vivência de uma experiência de educação para a saúde de diabéticos, a partir dos Círculos de Cultura.

Artigo 2. Viver e conviver com diabetes: experiência revelada através dos círculos de cultura de Freire. Teve como objetivo conhecer como o indivíduo diabético convive com a doença, bem como identificar quais as dificuldades e facilidades percebidas em relação a esse convívio.

Artigo 3. Participação familiar na adesão a práticas saudáveis sob a ótica de diabéticos. Seu objetivo foi conhecer como os indivíduos com diabetes percebem a participação familiar em seu processo de cuidado à saúde.

Artigo 4. Grupo de educação para a saúde de diabéticos: a experiência de participantes. Teve como objetivo conhecer como indivíduos com diabetes percebem os reflexos de sua participação em atividade de Educação para a saúde de diabéticos tipo II, através das percepções e sentimentos de participantes evidenciados em seus relatos. Encontra-se apresentado nas normas da Revista ACTA Paulista de Enfermagem.

5.1 ARTIGO 1

**ENSINANDO E APRENDENDO: EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DE DIABÉTICOS
ATRAVÉS DOS CÍRCULOS DE CULTURA DE FREIRE***

**TEACHING AND LEARNING: HEALTH EDUCATION OF DIABETES
THROUGH THE CIRCLES OF FREIRE**

**LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE: EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE
DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LOS CÍRCULOS DE FREIRE**

Aliny de Lima Santos¹
Sonia Silva Marcon²

RESUMO: Trata-se de um relato de experiência de um processo de educação para a saúde de diabéticos, baseada na Pedagogia Problematizadora Libertadora, através dos Círculos de Cultura idealizados pelo educador Paulo Freire. O grupo de educação foi desenvolvido na Associação de Diabéticos de Maringá-PR, contando com a participação de 26 diabéticos tipo II, de ambos os sexos, maiores de 18 anos. Foram realizados 12 encontros, no período de maio a julho de 2011, sendo todos gravados e transcritos para posterior análise. Percebe-se que indo contra o formato usual de educação em saúde, esta metodologia oferece maior aproximação entre profissionais de saúde e doentes, além de possibilitar maior adequação nos cuidados de saúde que são ofertados mediante o reconhecimento das reais necessidades daqueles envolvidos no processo. Por dar-se em grupo, apresenta-se também como rede de apoio e suporte. Consideramos como uma experiência válida não para profissionais e pacientes.

Descritores: *Diabetes mellitus*. Promoção da saúde. Educação em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT: It is an experience report of a process of education for the health of diabetics, based on Liberating Pedagogy through Circles of Culture designed by the educator Paulo Freire. The education group was developed in the Diabetic Association of Maringa-PR, with the participation of 26 type II diabetics of both sexes, older than 18 years. 12 meetings were held during the period May to July 2011 and all recorded and transcribed for later analysis. It can be seen as going against the usual format of health education, this methodology offers closer ties between health professionals and patients, and providing more adequate health care that are offered through the recognition of real needs of those involved. By giving as a group, presents herself as a support network and support. We consider a worthwhile experience for professionals and not patients.

Descriptors: *Diabetes mellitus*. Health promotion. Health education. Nursing.

RESUMEN: Es un relato de experiencia de un proceso de educación para la salud de los diabéticos, sobre la base de problemas a través de la pedagogía liberadora Círculos de Cultura diseñado por el educador Paulo Freire. El grupo de educación se desarrolló en la Asociación de Diabéticos de Maringá-PR, con la participación de 26 diabéticos tipo II de ambos sexos, mayores de 18 años. 12 reuniones se llevaron a cabo durante el período mayo-julio de 2011 y todas grabadas y transcritas para su posterior análisis. Se puede ver como va en contra del formato habitual de educación para la salud, esta metodología ofrece un acercamiento entre los profesionales sanitarios y pacientes, y la atención sanitaria más adecuada que se ofrecen a través del reconocimiento de las necesidades reales de los involucrados. Dando como grupo, se presenta como una red de apoyo y apoyo. Consideramos que una experiencia valiosa para los profesionales y no los pacientes.

Descriptor: *Diabetes mellitus*. Promoción de la salud. Educación en salud. Enfermería.

* Artigo originado da Dissertação: Grupo de educação para a saúde de diabéticos: uma estratégia de intervenção em enfermagem. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR, 2011.

¹ Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Bolsista Capes. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Apoio e Assistência às Famílias (NEPAAF).

² Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM e do NEPAAF.

INTRODUÇÃO

Doença crônica degenerativa, o Diabetes *Mellitus* (DM) está atrelado a graves complicações, como neuropatias, retinopatias, nefropatias, úlceras crônicas que podem levar a amputações, entre outras. Estas complicações são condicionadas à necessidade de mudanças nos hábitos de vida e saúde, dentre eles mudança nos hábitos alimentares, adoção de hábitos saudáveis, como a prática de exercício físico, redução/abandono do uso de álcool e cigarros, e uso correto da medicação prescrita⁽¹⁾. O diagnóstico da doença, associado à necessidade de tantas mudanças, pode representar um desafio tanto para a pessoa quanto para aqueles que estão próximos a ela, pois afeta sua vida como um todo, alterando seu cotidiano, fato que pode culminar no não cumprimento das orientações para redução dos agravos⁽²⁾.

Partindo do princípio, acreditamos que se faz importante capacitar o indivíduo para melhor aceitação da doença e manutenção da saúde, podendo então promover seu bem estar e um melhor convívio com a mesma, a partir da autonomia e do autocuidado. Algumas ações e condutas em especial, foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde⁽¹⁾, para fazerem parte do plano de cuidados ofertado pela equipe de saúde que assiste o indivíduo diabético, garantindo a oferta de subsídios para sua autonomia, além da efetividade do cuidado e o fortalecimento do vínculo. Frente aos interesses desse estudo, vislumbramos como mais importantes as voltadas para capacitação do autocuidado e autonomia, bem como a melhoria da relação profissional/paciente. Estas seriam:

- Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu autocuidado. Lembrar que educar não é só informar.
- Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.

Porém, se observa que no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária, que as atividades educativas são realizadas por meio de práticas coletivas com a finalidade de trabalhar informações sobre a doença; porém com reduzida expressão educativa e participativa⁽⁴⁾. É ainda na atenção primária, especialmente no campo da enfermagem, que denomina-se como atividades educativas, as desenvolvidas por meio de palestras, que mais se assemelham a aulas, em que o enfermeiro repassa todo o seu conhecimento científico, ignorando toda a experiência, vivência, cultura, percepções e conceitos sobre a doença e

formas de adaptações criadas pelo paciente mediante o surgimento daquela patologia crônica em sua vida e de sua família⁽⁵⁾.

Todos esses aspectos tornam a estratégia educativa inadequada, inespecífica e insuficiente, além de aumentar ainda mais o espaço entre a práxis do enfermeiro e realidade do paciente⁽⁶⁾. Nesse sentido, acreditamos que este modelo de educação em saúde seja em geral, constituído de ações focadas no modelo biológico, e na relação vertical profissional-paciente. Estas atividades passam a ter como função prescrever comportamentos desejados pelos profissionais de saúde, para os participantes/pacientes, sem, contudo, ouvir suas experiências, desejos e expectativas diante da situação de adoecimento⁽⁶⁾.

Desta forma, acreditamos que a educação para saúde no DM deve estar voltada para a construção de conhecimentos que favoreçam a aceitação da doença e, conseqüentemente, o autocuidado e a autonomia das pessoas, na perspectiva de que possam ter um viver mais saudável. Sendo assim, vislumbramos a educação para a saúde como um alicerce para a construção do autocuidado consciente, prevenção do surgimento de complicações e, principalmente, para a melhoria do bem estar⁽²⁾.

Diante disso, suscitou-se em nós o desejo de realizar uma atividade de educação em saúde, de forma diferenciada, voltada para as necessidades e especificidades dos participantes, ou seja, sob suas perspectivas e atendendo às necessidades observadas no decorrer da atividade, e não previamente definidas pelos seus coordenadores. Idealizamos então um grupo de educação para a saúde de diabéticos, partindo do princípio de que a educação em saúde deve oferecer aos seus participantes (profissional e paciente) a oportunidade de pensar e refletir sobre sua situação, buscando a solução para os problemas de forma específica, bem como vivenciar a rede de apoio que o “estar em grupo” pode proporcionar⁽⁷⁾.

Vislumbramos na Pedagogia Problematizadora Libertadora do educador Paulo Freire a ferramenta ideal na realização desse grupo. Para tanto, utilizamos a abordagem de ensino do Círculo de Cultura (CC) de Paulo Freire, também conhecido como Itinerário de Pesquisa de Freire, que constitui uma idéia que substitui a de ‘turma de alunos’ ou de ‘sala de aula’⁽⁸⁾. A escolha por desenvolver os CC, visa ensejar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, promovendo a reflexão-ação durante a elaboração coletiva de uma proposta sistematizada para uma educação em saúde emancipatória, em que todos se ensinam e aprendem, ao mesmo tempo⁽⁹⁾.

APRESENTANDO O “ITNERÁRIO DE PESQUISA DE FREIRE”

A educação em saúde vem há vários séculos, sendo efetivada seguindo os pressupostos do modelo tradicional, transmitindo verdades desatreladas da realidade social e da experiência de vida dos educandos, utilizando como estratégias didáticas a narração e a prescrição de ordens. Essa nova concepção de Promoção da Saúde, que visa capacitar o indivíduo para o autocuidado, traz como raiz o conceito encontrado nos trabalhos do educador Paulo Freire, especialmente partindo de sua mais importante obra, *Pedagogia do Oprimido*, lançada em 1986⁽⁸⁾.

A pedagogia de Freire faz uma crítica à relação opressores(educadores)-oprimidos(educandos). No âmbito da saúde, vai contra a prescrição de modos de vida. Entendemos aqui como prescrição o processo de imposição da opção de uma consciência a outra, ignorando os fatores inerentes a essa segunda⁽⁸⁾. Para implementação deste referencial, utilizamos o Itinerário de Pesquisa, também conhecido como *Círculo de Cultura*. Este referencial requer que o educador esteja aberto para novos conceitos, e atento para tudo aquilo o que se fala, pois as falas e discussões dentro ou fora do círculo, estão carregados dos temas da comunidade, seus assuntos, sua vida⁽⁹⁾.

O desenvolvimento do CC consiste em três momentos: a) *Investigação Temática*, pela qual os componentes do círculo e o animador buscam, no universo vocabular dos participantes e da sociedade onde vivem, identificando os chamados *Temas Geradores*; b) *Codificação e Decodificação* dos temas geradores, buscando o seu significado social, tomando assim consciência do mundo e das experiências vividas; e c) *Desvelamento Crítico*, também chamado de *Problematização*, por meio do qual se busca superar os problemas, a partir de uma visão crítica, construída em conjunto, em busca da transformação do contexto vivido. Constituindo uma estratégia da educação libertadora, o *Círculo de Cultura* é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos lêem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento⁽⁸⁾.

A realização dos *Círculos de Cultura* visa promover uma proposta de intervenção educativa que valorize a experiência do grupo e promova sua participação na construção do conhecimento coletivo. A partir dessa vivência, espera-se contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais, especialmente da enfermagem, por serem os mais próximos e mais ativos nessa abordagem; como educadores em saúde, numa perspectiva crítico-reflexiva. Por tanto o objetivo desta comunicação é relatar a vivencia de uma

experiência de educação para a saúde de diabéticos utilizando o CC, como instrumento promotor de autonomia, em busca uma nova técnica para a solução de problemas vitais aos indivíduos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, oriundo da dissertação de mestrado intitulada: Grupo de educação para a saúde de diabéticos: uma estratégia de intervenção em enfermagem. A produção do conhecimento nesse caso ocorre por meio do método do diálogo. O dado que aparece é produto do processo de discussão e construção em consórcio, utilizando os CC na perspectiva de atender três aspectos de forma simultâneos: transformar a abordagem da educação tradicional em uma educação emancipadora; favorecer a mudança de consciência dos diabéticos para uma consciência crítica e produzir conhecimentos que sejam úteis aos participantes e susceptíveis às generalizações e às aplicações pela enfermagem⁽⁵⁾.

Os CC foram realizados na Associação de Diabéticos de Maringá e Região (ADIM). Instituição que não possui fins lucrativos, nem qualquer vínculo, com a Secretaria de Saúde de Maringá-PR, oferecendo serviços de aferição de pressão arterial, verificação de taxas de glicemia e colesterol, e comercialização de produtos específicos para diabéticos; além de palestras sobre temas variados, proferidas por profissionais voluntários. Foram realizados telefonemas convidando os diabéticos cadastrados nesta associação, convidando-os a participarem dos encontros.

Foram incluídos como sujeitos 26 diabéticos tipo II, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que se dispuseram a participar. Realizamos então 12 CC, tendo variado o número de participantes em cada um deles. O local de realização dos CC foi a própria ADIM, sendo utilizada uma sala reservada, que apresentava boa iluminação, ventilação e capacidade para acomodar cerca de trinta pessoas. O bebedouro e os banheiros eram instalados ao lado. A cozinha foi disponibilizada para preparar e servir o lanche ao grupo.

A implementação da proposta educativa efetivou-se em 12 encontros, distribuídos ao longo do período de maio a julho de 2011, utilizando-se a Pedagogia da Problematização, operacionalizada pelos Círculos de Cultura, que pressupõe que a atividade educativa aconteça num processo grupal e dialógico. Os encontros foram gravados em sua integralidade, em aparelho MP3, para posterior transcrição das falas e assim melhor compreensão, além de registro em diário de campo, para melhor interpretação. Alguns depoimentos serão

apresentados nos resultados, para ilustração das nossas percepções mediante a prática educativa. As falas foram modificadas ortograficamente, no entanto, não interferimos em seu conteúdo, conservando, assim, os termos peculiares da linguagem dos sujeitos.

O estudo seguiu os preceitos éticos disciplinados pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e teve seu projeto apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (148/2011). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e estão identificados através da letra P, de participante, seguido pelo número de sequência, letra M e F, referindo-se ao sexo masculino e feminino respectivamente e a idade (ex: P1F43).

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA A PARTIR DAS VOZES DOS SUJEITOS

O método Paulo Freire parte sempre das fontes culturais, vivenciais e históricas dos indivíduos. O profissional/educador que o aplica, deve sempre ser um inventor e reinventor constante de formas para assim desvelar os temas geradores e a partir deles, juntos dos outros, construir um conhecimento válido e utilizável. Deve ter uma atitude crítica em torno do objeto e não um discurso profissional sobre ele⁽⁸⁾. Diante disso, e para a aplicação do método por meio dos Círculos de Cultura, utilizando a cada encontro, os três momentos específicos deste referencial: Investigação Temática, Codificação e Decodificação dos temas geradores, e Problematização.

Momento da Investigação Temática

Nesta etapa, busca-se o universo dos temas vividos pelos educandos na sociedade, no seu meio cultural. A investigação dos principais temas, questões, assuntos da realidade vão constituir os “temas geradores” a serem problematizados. Essa investigação ocorre a partir de uma metodologia conscientizadora, que nos possibilita apreensão, inserção a partir dos participantes numa forma crítica de pensamento sobre seu mundo. Quanto mais os sujeitos estejam envolvidos na investigação de sua temática, maior será o aprofundamento da reflexão a partir destes temas, refletindo em melhor tomada de consciência em torno da realidade, se apropriam dela⁽⁸⁾.

Para tanto, os encontros tiveram como ponto de partida a observação da realidade por meio dos relatos das vivências e experiências dos participantes, bem como suas expectativas e necessidades relacionadas ao ser diabético. Para isso, utilizamos de pequenas oficinas de sensibilização inicial com o uso de técnicas de interação grupal, utilizando artigos manuais, como papel, lápis de cor, giz de cera, cartolinas, revistas, tinta guache, entre outros, para promover o relaxamento, a socialização e o espaço para identificação do que seriam os temas geradores do encontro. Observamos que este método foi válido, frente aos momentos em que, nós como educadoras, idealizamos oficinas, cogitando alguns temas resultantes previamente supostos, porém, no decorrer da mesma, outros temas emergiam, evidenciando que nem sempre a necessidade dos participantes, é a oferta planejada pelo educador.

Trazemos no quadro 1, três oficinas que fizeram parte dos encontros para exemplificar como o itinerário foi desenvolvido:

1. Revelando o diabetes em meu corpo:		
Descrição	Resultados	Temas Geradores
Foi apresentado um desenho de um corpo, em uma folha de papel craft de 100x60cm, e solicitado aos participantes que, após uma breve reflexão, anotassem no desenho em que parte do seu corpo ele visualizava que a doença estava mais presente. Aqueles que não estavam aptos a participar oferecemo-nos para ajudá-los.	<p>Boca</p> <p><i>Para mim a doença está mais na minha boca, porque é muito difícil ficar sem comer o que a gente gosta. É um pesadelo ver todo mundo da família comendo e você não poder [...] eu me sinto excluído, separado dos outros, daí vou lá e como mesmo (P4M54)</i></p> <p>Cabeça</p> <p><i>Tá na minha cabeça, porque fico tão preocupada com isso, com tomar os remédios, com o que vai ser dos meus filhos se eu morrer [...] quando penso muito, até choro viu. É uma sentença na minha vida (P1F68)</i></p> <p>Coração</p> <p><i>É triste viu! Deixei até de sair junto da família, por que sempre que tem festa, eu fico lá sem poder comer o que eu gosto, com todo mundo me vigiando. Prefiro ficar em casa, assim evito isso (P5M63)</i></p> <p>Pés</p> <p><i>Pra mim está no meu pé, porque eu adorava dançar, ir nos bailes com a minha esposa, e com essa dor que sinto direto, nem posso mais ir. Até a caminhadinha que eu fazia, ficava batendo papo com os outros velhos no parque, agora tá difícil com esse pé (P23M83).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de isolamento e diferenciação, frente ao fato de ter que se alimentar de forma diferente do resto da família; - Insegurança com relação ao prognóstico da doença e com a família, frente à possibilidade da finitude da vida; - Isolamento, devido restrição alimentar e imposição de novos hábitos por parte da família e pessoas do convívio. - Perda da vida social, mediante as limitações causadas pelo agravamento da doença.

2. Linha do dia com diabetes		
Descrição	Resultados	Temas Geradores
Um barbante foi colocado na sala, sendo separado em três partes, que simbolizavam períodos do dia (manhã, tarde e noite). Foi então solicitado que os participantes refletissem sobre em que momento do seu dia, o diabetes estava mais presente. Para isso, utilizaram uma plaquinha com o nome diabetes e um pregador de roupa, sendo solicitado também que explicassem o motivo da escolha.	<p>Manhã</p> <p><i>Pela manhã é mais difícil pra mim, por causa do pãozinho com queijo não é? (risos) Daí tem o remédio também, que é dureza [...] as vezes esqueço mesmo. (P21F62)</i></p> <p>Tarde</p> <p><i>Ultimamente tem sido pior à tarde, porque o pessoal do serviço sempre faz lanchinho sabe? Daí ou eu fico excluído, sem comer junto com eles, ou eu esqueço essa maldita diabetes e mando ver [...] qual opção você acha que é a minha? (risos) vou lá e como (P7M52)</i></p> <p>Noite</p> <p><i>É bem nesse horário que pra mim é pior. Bate aquela vontade de comer macarrão, pão, lanche e tudo mais [...] estou indo dormir mais cedo para evitar comer, mas vou dormir com ódio (P8M64)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades em adaptação à mudança na rotina alimentar e necessidade de uso de medicamento; - Ausência de apoio e adaptação por parte dos que convive e com quem trabalha, para facilitar às mudanças necessárias. - Revolta em não poder alimentar-se como antes da doença.
3. Olhando e revelando sobre mim e sobre o outro com diabetes		
Descrição	Resultados	Temas Geradores
Esta foi dividida em duas etapas. 1. Utilizando revistas diversas e livros didáticos, solicitamos que cada participante de posse de um revista ou um livro, conforme sua escolha, identificasse uma imagem que lhe representasse, e em seguida revelasse o motivo da escolha. 2. Solicitamos que, a partir do que foi falado pelo outro, escolhessem um dos membros revelasse o que achou da sua escolha e da justificativa.	<p>Escolha da imagem</p> <p><i>Eu escolhi esse peixinho aqui no aquário. É assim que me sinto com a minha doença. Vivo sozinho e não tenho ninguém para me cuidar, para me ajudar. Então eu sou o peixe e a doença é meu aquário. Estou preso a ela e pra piorar sozinho. (P24M58)</i></p> <p><i>Eu escolhi esse homem aqui subindo essa montanha, por que é assim mesmo ter diabetes. É encarar uma montanha todo dia, que é a vontade de comer, a raiva de ter que usar essa tal de insulina. Olha, não é fácil! (P6M71)</i></p> <p><i>Essa mulher sorrindo sou eu. Minha doença não me incomoda tanto assim não. Faço exercício, danço, como certinho e vivo bem viu? Estou sempre sorrindo (P2F47)</i></p> <p>Discutindo a escolha dos participantes</p> <p><i>Fiquei emocionado com o que P24 falou. Não deve ser fácil mesmo ter doença e ficar sozinho. Agradeço a Deus por ter minha família ao meu lado. Mas você tem que pensar que deve viver para você, estar bem para você. E se precisar de um amigo, conte comigo viu. Sempre saio para caminhar, se quiser, combinamos de ir juntos ((P8M64)</i></p> <p><i>Eu queria parabenizar a P2. Que bacana ela falar que mesmo com a doença vive bem e é</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza por enfrentar a doença sozinho. Reconhecendo que ao estar junto de outras pessoas, torna-se mais fácil a convivência e adaptação às mudanças; - Doença como um obstáculo difícil a ser superado; - Dificuldade em conviver com a utilização da medicação, em especial a insulina; - Boa convivência com a doença, mediante boa adaptação aos hábitos saudáveis; - Estar em grupo, tornou-se uma forma de melhor discutir e de se inspirar nos outros para perceber vantagens em seu quadro, ou ainda para visualizar uma possibilidade de melhora.

	<i>feliz. Até fiquei com vergonha de ter reclamado (risos). O certo é ser assim mesmo viu? Pensar que estamos vivos e isso é o que importa. Quem sabe logo vou estar falando a mesma coisa? (risos) (P6M71)</i>	
--	---	--

Quadro 1. Oficinas realizadas no Grupo de Educação para a Saúde.

Muitos outros temas geradores foram identificados nas oficinas, sendo que a partir deles, dávamos sequência ao encontro, realizando a codificação e descodificação dos temas, promovendo a discussão e a reflexão em grupo sobre os assuntos levantados. Vale salientar que alguns encontros não necessitaram de oficinas, pois foram iniciados por discussões de temas que eram do desejo dos participantes, de forma livre a temática era desenvolvida.

Momento da Codificação e Decodificação dos Temas Geradores

Durante a Codificação e Descodificação, os temas geradores foram discutidos, problematizados e contextualizados à luz da dialogicidade, para uma visão crítica dos mesmos, de forma participativa e grupal. Diante do fato de todo o processo do CC ocorrer a cada encontro, era necessário às pesquisadoras um raciocínio e uma percepção dos temas geradores, de forma rápida e eficiente. Porém, de acordo com a abertura dada pela própria metodologia, esses temas eram também definidos em conjunto com os participantes, já dando início ao processo de codificação dos significados.

As codificações, na medida em que representam situações existenciais, devem ser simples na sua complexidade e oferecer possibilidades plurais de análises na sua descodificação⁽⁸⁾. Deve ser formulada pelos participantes, sendo assim, também possível de ser compreendida por eles, pois é a partir dela, que se processa a decodificação e a busca pela solução coletiva dos problemas. Sendo assim, nesta etapa, buscamos compreender os significados que as verbalizações tiveram para os participantes, identificando inclusive novos temas geradores, durante esse processo.

É importante frisar que apesar de, durante a oficina, procedermos anotações dos possíveis temas geradores identificados por nós, em diversos momentos, durante esta segunda etapa do processo, fomos surpreendidas por novos sentidos dados pelos participantes, às falas, evidenciando novos temas. Este fato só veio a validar ainda mais o referencial, pois, evidencia que nem sempre o que percebemos ser a problemática maior, é o percebido por aquele que realmente vivencia a doença.

Por exemplo, ao iniciarmos a oficina 1, apresentada no quadro 1, tínhamos nitidamente que os temas geradores, frente aos locais marcados na imagem, estariam relacionados à mudança

nos hábitos alimentares e a alguma complicação inerente à doença. No entanto, vislumbramos situações como o sentimento de diferenciação da família, isolamento, afastamento, solidão e insegurança. Foi durante este momento, em que solicitamos para que cada participante revelasse o que entendeu sobre a oficina, sua opinião sobre o que havia sido verbalizado pelos outros e o que podia acrescentar, frente a esta temática. Demonstramos no quadro 2 algumas codificações e decodificações percebidas por nós e pelos participantes dos CC.

Codificação	Decodificação
Dificuldade em participar dos encontros, diante da verbalização e discussão em grupo, diferenciando-se do modelo que utiliza palestras.	<ul style="list-style-type: none"> - As pessoas sentem-se inibidas em falar diante dos outros, com medo de falar coisas erradas; - Estavam habituados a apenas ouvir, sem ter que falar sobre como convivem com a doença; - No decorrer dos encontros, falar para os outros começou a se tornar algo satisfatório, pois era momento de compartilhar as dificuldades e exaltar as conquistas; - Algumas pessoas apreciam mais o modelo em que só escutam os “ensinamentos dos profissionais” e não falam nada.
Abandono ao grupo, frente “a sala de espelhos”	<ul style="list-style-type: none"> - Algumas pessoas não se sentiram a vontade em ouvir que outras conviviam bem com a doença, e acabaram por abandonar a participação no grupo; - Algumas pessoas, ao ouvir os problemas dos outros, as dificuldades, passaram a considerar que já estavam tão bem, que não precisavam mais participar dos encontros.
Transferência de culpa para a família, pela não adesão às práticas saudáveis e reconhecimento dela como fonte de apoio para a convivência com a doença	<ul style="list-style-type: none"> - A família tem a função de ajudar não comprando alimentos que não são adequados; - Todos na casa deveriam comer iguais, com pouco açúcar e pouca massa; - Quando a família ajuda, tudo fica mais fácil .
Negação da doença, como recurso para não ter que mudar hábitos de vida;	<ul style="list-style-type: none"> - Quando se esquece da doença e fingimos que ela não existe, não passamos nervoso, e daí ela realmente melhora; - Não adianta fingir que a doença não está lá, pois se fizermos isso, quando menos esperar, uma complicação terá aparecido.
Dificuldades em aderir ao uso correto de medicamentos (orais/insulina) e aos hábitos saudáveis;	<ul style="list-style-type: none"> - O uso do medicamento não é a parte mais difícil, mas é algo que incomoda muito; - O uso do medicamento, é uma forma de liberdade para comer tudo o que quer, imaginando que apenas ele já é suficiente. - Ter que mudar a alimentação e praticar exercício físico, é algo necessário, porém, é extremamente difícil, e poucos conseguem seguir criteriosamente.
Grupo como rede social de apoio para os diabéticos; Reconhecimento do grupo como motivador para as mudanças.	<ul style="list-style-type: none"> - Participando dos encontros, em grupo, torna-se mais fácil, diante da presença de várias pessoas que conhecem os problemas e até já encontraram como conviver com eles; - Durante os encontros, não apenas se entende melhor a doença, mas também se faz amizade e pessoas com quem contar. - Quando um participante consegue promover uma mudança em sua vida, sente-se feliz em contar para os outros membros do grupo.

Quadro 2. Codificação e decodificação dos encontros, segundo pesquisadoras e participantes.

Diante do reconhecimento dos códigos, e da discussão para descodificação, e grupo, é possível promover a busca e obtenção de formas de solucionar ou amenizar os problemas vivenciados pelos participantes, sem esse fato ocorrer de forma impositiva, mas sim dialogicamente construída⁽¹²⁾. Tornou-se uma experiência extremamente proveitosa e satisfatória, pois possibilitou uma aproximação do pensamento e do diálogo entre profissional enfermeiro e doentes, permitindo uma melhor compreensão mútua.

Momento do Desvelamento Crítico/Problematização

No Desvelamento Crítico, tem-se a tomada de consciência sobre a situação vivencial, em que se encontram os participantes, desvelando os limites, dificuldades e possibilidades diante da realidade. Coletivamente, foram buscadas e construídas soluções de enfrentamento dentro da realidade retratada durante os encontros, a partir dos relatos dos participantes, evidenciando a aplicação dos novos conhecimentos ao seu cotidiano. Ocorre por tanto o processo de ação-reflexão-ação para a busca da problematização construída, e não apenas idealizada; assim melhor adequando às ações⁽⁹⁾.

É válido frisar que por ser um processo construído totalmente em grupo, este momento foi caracterizado por um compartilhamento de opiniões, onde cada um evidenciava formas de resolver seus problemas e os do outro, de forma que não ocorreu aquele que tinha maior conhecimento, maior experiência, maior tempo de convivência com a doença, ou melhor, processo de adaptação; sendo todo e qualquer acréscimo feito pelos participantes, tido como válido na construção de conhecimento.

Revelando dificuldades percebidas

A partir dessa experiência, identificamos que para a educação efetiva em diabetes é necessário treinamento, conhecimento, habilidades pedagógicas, capacidade de comunicação e de escuta, compreensão e capacidade de negociação pelo profissional que a oferece. A educação para a saúde não deve ocorrer de forma impositiva, verticalizada, mas sim de forma construída, a partir das experiências e vivências de todos os envolvidos. Como enfermeiras, vislumbramos nesta prática uma extrema dificuldade, pois incutimos em nossa cabeça, que nós somos os indivíduos com o conhecimento válido, o científico, e que o paciente, trata-se tão somente de um sujeito passivo, apto a apenas receber o que temos a repassar.

Caracterizamos também como dificuldade, o fato de não falar, não repassar, mas sim ouvir, conhecer, compreender, e a partir do que foi escutado, em conjunto, respeitando a individualidade do outro, construir o conhecimento. Compreender que nem sempre o que achamos que é correto para o doente, é realmente satisfatório para ele, necessitando antes de formular conceitos de prescrições de atitudes, ouvir os maiores interessados nesta prescrição, para a partir daí, formular um plano terapêutico em conjunto com o doente, adequado às suas necessidades, realidades, crenças, cultura e vivência.

Porém, diante da prática arraigada de educação em saúde nas Unidades de Saúde, promovida a partir de palestras no formato aula, também conhecido como modelo bancário⁽⁸⁾, percebemos a evasão por parte de alguns participantes, que consideravam o formato problematizador dialógico, como algo ineficiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção pelo referencial teórico do educador Paulo Freire, por meio dos CC, articulado à abordagem qualitativa oportunizou não só a oferta de um cuidado de enfermagem voltado para as reais necessidades daqueles que o recebem, mas também refletir sobre como a educação em saúde vem sendo inserida, enquanto estratégia de promoção da saúde no processo de trabalho das equipes de saúde. Além disso, essa metodologia permitiu que a coleta e análise dos dados fossem resultantes de um processo de ação e reflexão, em torno das experiências concretas dos sujeitos envolvidos: educador e educando.

Vislumbramos que esse referencial encaixa-se perfeitamente nas necessidades das práticas de saúde, no nível primário, pois vai além de apenas repassar conhecimento, oferecendo a oportunidade de percepção e reflexão da situação vivenciada pelos indivíduos. Contribui ainda para a aproximação entre profissional e doente, por meio da construção de relações dialógicas entre os diversos atores do cenário de cuidado. As atividades, especialmente de promoção, direcionam para os indivíduos especialmente com doenças crônicas, necessitam de ações que visem, assim como neste estudo, buscar não apenas a saúde simplesmente, mas especialmente o melhor convívio com a doença, aceitação das mudanças necessárias e o bem estar daqueles que as possuem.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Coelho MS, Silva DMGV. Grupo educação-apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes mellitus. *Ciência Cuidado e Saúde*. 2006 jan-abr; 5(1):11-5.
3. Guerra CA, Evies A, Rivas A, Garcia L. Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. *Texto & Contexto Enferm*. 2005; 14(2):159-66.
4. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(2):307-14.
5. Rêgo MAB, Nakatani AYK, Bachion MM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006; 27(1):60-70.
6. Oliveira NF, Munari DB, Bachion MM, Santos WS, Santos QR. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):558-65.
7. Dias VD, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev APS*. 2009; 12(2):221-7.
8. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 36ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.
9. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(3): 397-403.
10. Heidmann IBS, Boehs AE, Wosny AM, Stulp KP. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(3):416-20.
11. Freire P. *Educação como prática de liberdade*. 22ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
12. Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(1): 105-11.

5.2 ARTIGO 2

**VIVER E CONVIVER COM DIABETES: EXPERIENCIA REVELADA ATRAVÉS
DOS CÍRCULOS DE CULTURA DE FREIRE***

*LIVING AND LIVING WITH DIABETES: REVEALED THROUGH THE EXPERIENCE
CULT CIRCLES OF FREIRE*

*VIDA Y VIVIR CON DIABETES: REVELA A TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA DE LOS
CÍRCULOS DE FREIRE*

Aliny de Lima Santos¹
Sonia Silva Marcon²

Endereço para correspondência: Aliny de Lima Santos. Rua Mário Clapier Urbinatti, 724,
bloco N apto 36. Jardim Universitário. Maringá-PR. CEP 87020-260. Email:
aliny.lima.santos@gmail.com

* Aliny de Lima Santos. Grupo de educação para a saúde de diabéticos: uma estratégia de intervenção em enfermagem. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR, 2011.

¹ Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Bolsista Capes. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Apoio e Assistência às Famílias (NEPAAF).

² Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM e do NEPAAF.

RESUMO: O objetivo do estudo foi conhecer como o indivíduo diabético convive com a doença, assim vislumbrar dificuldades/facilidades. Estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido junto a indivíduos com diabetes tipo II cadastrados na Associação de Diabéticos de Maringá-PR, utilizando como estratégia de coleta de dados os Círculos de Cultura. Foram realizados 12 encontros, no período de maio a julho de 2011, todos gravados e posteriormente transcritos e submetidos à análise de conteúdo do tipo temática. Emergiram três categorias: Diagnóstico ou sentença? Os significados da doença na vida dos diabéticos; Vivenciando o controle da doença e seu tratamento; Reconhecendo dificuldades ocultas no viver diabético. As dificuldades envolvidas na convivência com o diabetes prejudicam o controle da doença e a prevenção dos seus agravos, devendo ser mais bem conhecidas e trabalhadas, para melhor adequar a assistência prestada, respeitando as realidades, conceitos, práticas e saberes de cada indivíduo.

Descritores: *Diabetes mellitus*. Autocuidado. Educação em saúde. Enfermagem

ABSTRACT: The aim was to study how the individual lives with the diabetes, and envision difficulties / facilities. Exploratory descriptive study, qualitative in nature, developed from individuals with type II diabetes enrolled in the Diabetic Association of Maringa-PR, using as a strategy for data collection, the Culture Circles. 12 meetings were held during the period May to July 2011, all recorded and later transcribed and subjected to content analysis type theme. Three categories emerged: Diagnosis or sentence? The meanings of the illness on the lives of diabetics, Experiencing control the disease and its treatment; Recognizing hidden difficulties in living diabetic. The difficulties involved in living with diabetes impair disease control and prevention of their complications, should be more widely known and worked to better tailor its assistance, respecting the realities, concepts, practices and knowledge of each individual.

Keywords: *Diabetes mellitus*. Self care. Health education. Nursing

RESUMEN: El objetivo fue estudiar cómo la vida de las personas con la enfermedad de la diabetes, y conocer las dificultades / instalaciones. Pesquisa exploratorio descriptivo, de carácter cualitativo, desarrollado a partir de las personas con diabetes tipo II inscritos en la Asociación de Diabéticos de Maringá-PR, utilizando como estrategia para la recopilación de datos, los Círculos de Cultura. 12 reuniones se llevaron a cabo durante el período mayo-julio de 2011, todas grabadas y posteriormente transcritas y sometidas al tema de tipo de análisis de contenido. Tres categorías surgieron: el diagnóstico o sentencia? Los significados de la enfermedad en la vida de los diabéticos, experimentando control de la enfermedad y su tratamiento; Reconociendo las dificultades que viven escondidos en la diabetes. Las dificultades que implica vivir con diabetes afectar el control y prevención de enfermedades de sus complicaciones, debería ser más ampliamente conocido y trabajado para adaptar mejor la asistencia, respetando las realidades, conceptos, prácticas y conocimientos de cada individuo.

Palabras Clave: *Diabetes mellitus*. Autocuidado. Educación em salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é classificado como uma doença crônica degenerativa não transmissível, que quando não monitorada e acompanhada adequadamente resulta em complicações que podem reduzir a capacidade do indivíduo para realização de atividades cotidianas, além de contribuir para uma diminuição de sua autoestima e, conseqüentemente, afetar seu bem estar⁽¹⁾. Essa doença figura entre as quatro principais causas de morte no país, além de ser a principal causa de cegueira adquirida e de estar fortemente associada às doenças coronarianas, renais e amputações de membros inferiores⁽²⁾.

Na prática assistencial deparamo-nos com o impacto que o DM tem sobre a saúde da população e com a dificuldade de adesão a comportamentos saudáveis como uso correto da medicação, mudanças de hábitos alimentares e de vida, além de conscientização sobre sua situação de saúde⁽³⁾. O maior desafio para o controle da síndrome é manter a glicemia dentro de parâmetros adequados, independente do tempo de diagnóstico. A necessidade de adaptação a um novo estilo de vida é o que mais aflige os diabéticos, e dificulta adesão aos mesmos; visto que é marcado pela necessidade de reeducação alimentar⁽⁴⁾.

A dificuldade de se adaptar a uma rotina de freqüentes idas a médicos e postos de saúde para exames, perda da liberdade de escolha quanto à alimentação, dificuldade de se manter uma dieta estando em companhia de amigos e familiares não diabéticos, entre outros, são fatores que tem feito da adesão dos diabéticos ao tratamento medicamentoso e comportamental um grande desafio⁽⁵⁾. Ao não aderirem corretamente às mudanças, terminam por sofrer com todas as complicações decorrentes da doença, como úlceras neuropáticas, perda da acuidade visual, redução do funcionamento renal, além da dificuldade na cicatrização de ferimentos⁽⁶⁾.

A doença, portanto, acarreta mudanças significativas na relação que o diabético estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca. É, sobretudo, por meio das restrições no comportamento alimentar que o diabético toma consciência de suas limitações⁽³⁾. Por essa razão, o conflito entre o desejo alimentar e a necessidade imperiosa de contê-lo está sempre presente na vida cotidiana do paciente diabético, o que pode gerar traumas, insatisfação, e negação, resultando muitas vezes na não adesão ao autocuidado e tratamento proposto⁽⁷⁾.

No entanto, acreditamos que o cuidado em diabetes, vai muito além de cumprir determinações dos profissionais de saúde, pois do contrário é como se o paciente não tivesse autonomia e controle sobre seu estado de saúde/doença, cabendo esse papel exclusivamente

ao profissional⁽⁴⁾. Supõe também que o indivíduo não sofre influência ou interferência de familiares, amigos ou vizinhos, nem das representações de saúde/doença que possui. A realidade é que, no processo de adesão, os pacientes têm autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos do processo de cura⁽⁸⁾. Partindo do princípio que devemos, enquanto profissionais de enfermagem, capacitar o indivíduo para melhor aceitação da doença e manutenção de seu controle, podemos então promover seu bem estar e um melhor convívio com a mesma, a partir da autonomia e do autocuidado⁽⁵⁾. Porém, para isso, necessitamos deixar os conceitos de certo e errado, vistos apenas por nós, e buscar realmente, a partir das vivências e dificuldades experienciadas pelos sujeitos, quais suas verdadeiras necessidades; para a partir delas, oferecer um cuidado autêntico e adequado. Assim, o objetivo deste estudo é conhecer como o indivíduo diabético convive com a doença, e identificar quais as dificuldades e facilidades percebidas em relação a este convívio.

METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, oriundo da dissertação intitulada: Grupo de educação para a saúde de diabéticos: uma estratégia de intervenção em enfermagem, fundamentado nos pressupostos do Itinerário de Pesquisa do educador Paulo Freire, que possui como pano de fundo a Proposta Pedagógica Problematizadora Libertadora. Esta ocorre em três momentos (Investigação Temática e levantamento dos Temas Geradores; Codificação e Descodificação destes Temas Geradores e Desvelamento Crítico)⁽⁹⁾. Para tanto, foi desenvolvida uma atividade de educação para a saúde, fundamentada nos pressupostos da proposta, buscando não apenas oferecer conhecimentos e conceitos, mas construí-los por meio da dialogicidade nos Círculos de Cultura (CC) também conhecido como “Itinerário de Pesquisa de Freire”.

De acordo com o itinerário, cada pessoa tem seus próprios conceitos, cultura, e história que influenciam diretamente na formação de seu caráter, personalidade e na forma como enfrenta situações de sua vida. No CC, promove-se a reunião de pessoas com culturas diferentes, porém com algum aspecto em comum, no caso do estudo, o diabetes tipo II, onde todos ensinam, dialogam, refletem e aprendem ao mesmo tempo, sem distinção⁽¹⁵⁾.

Por dar-se em grupo, valoriza as atividades de recreação e socialização, como estratégia de promoção de auto-estima, aprendizado, estabelecimento de relações sociais e oportunidade de compartilhar dificuldades, favorecendo a promoção da saúde. Para tanto,

necessita da participação de todos os seus integrantes, desde a etapa de planejamento, até sua avaliação, evidenciando um compromisso mútuo entre todos, na construção do conhecimento e conceitos. Representa uma situação-problema, a partir de situações reais colocada para reflexão, e assim na sequência, decodificá-la e reconhecê-la⁽¹⁰⁾.

Participaram dos CC 26 indivíduos com diabetes tipo II, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, cadastrados na Associação de Diabéticos de Maringá e Região (ADIM). Trata-se de uma instituição sem fins lucrativos, ou qualquer vínculo com a Secretaria de Saúde de Maringá, e que oferece serviços de aferição de pressão arterial, venda de produtos diets, verificação de taxas de glicemia e colesterol, cobrando uma pequena taxa; comercialização de produtos específicos para diabéticos, e palestras sobre temas variados, proferidas por profissionais voluntários.

Os CC foram realizados na própria ADIM, no período de maio a julho de 2011, semanalmente, totalizando 12 encontros, com duração média de 90 minutos cada. Variou de 3 a 12 o número de participantes a cada encontro, sendo a adesão voluntária. As reuniões consistiam em utilização de pequenas oficinas para sensibilização inicial através de técnicas de interação grupal, utilizando artigos manuais, como papel, lápis de cor, giz de cera, cartolinas, revistas, tinta guache, entre outros, para promover o relaxamento, a socialização, além de dar vazão aos temas propostos para cada encontro. A partir daí, realizava-se a discussão e reflexão, oferecendo aos participantes e a pesquisadora, a oportunidade pensar a temática e assim buscar formas de solucionar as problemáticas alencadas, ao fim de cada CC.

Os encontros foram gravados em sua integralidade, em aparelho MP3, para posterior transcrição das falas e assim melhor compreensão, além de registro em diário de campo. O procedimento de análise dos dados deu-se mediante leituras cuidadosas e persistentes do material, agrupamento segundo semelhança e categorização dos resultados, segundo análise temática de conteúdo⁽¹¹⁾.

O estudo seguiu os preceitos éticos disciplinados pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e teve seu projeto apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (148/2011). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e estão identificados através da letra P, de participante, seguido pelo número de sequência, letra M e F, referindo-se ao sexo masculino e feminino respectivamente e a idade (ex: P1F43).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram dos CC 26 diabético tipo II, sendo nove mulheres, com participação de 1 a 7 encontros; e 17 homens, que participaram de 1 a 9 encontros. Suas idades variaram de 38 a 64 anos, para as mulheres; e 42 a 83 anos, para os homens. Quanto à renda mensal, identificamos uma variação de 2 a 4 salários mínimos, sendo a constituição familiar de 2 a 5 membros. Ao investigar a situação conjugal, identificamos 3 viúvos, 2 solteiros, 6 divorciados e 15 casados.

Quanto ao tempo de convivência/diagnóstico da doença, este variou de 4 meses a 19 anos, sendo que 19 participantes fazem tratamento apenas com hipoglicemiantes orais, e 7, fazem uso associado de hipoglicemiantes e insulina. Outras doenças foram relatadas pelos participantes, como: obesidade (3), doenças cardiovasculares (5), hipertensão arterial (14) e disfunção da tireóide (1). Foram também relatadas algumas seqüelas do DM, como: neuropatias em membros inferiores (6), redução da acuidade visual (15), câibras constantes (3), fraqueza (3), impotência sexual (2) e infecções vaginais recorrentes (3).

Através dos CC, foi possível junto dos participantes, elencar os subtemas que mediarão os encontros, e assim promover a codificação e decodificação dos significados, para posterior desvelamento crítico grupal. Diante disso, de posse dos resultados, destacamos as seguintes categorias emergentes: Diagnóstico ou sentença? Desvelando os significados da doença na vida dos diabéticos; Convivência com a necessidade de mudança nos hábitos de vida; Vivenciando o controle da doença e seu tratamento; Reconhecendo dificuldades ocultas no viver diabético.

Diabetes *mellitus*, diagnóstico ou sentença? Desvelando os significados da doença na vida dos diabéticos

Através da realização dos CC, conseguimos observar que a aceitação da doença é algo difícil, e que esta interfere diretamente no autocuidado e no controle da doença:

[...] eu prefiro nem pensar que tenho isso, assim vivo normal. Acho que se botar na cabeça que tenho essa doença, vou piorar. Sobre comida, essas coisas assim, eu sou igual quem não tem diabetes, eu como de tudo. Faço de conta que ela nem existe [...] é assim, se a gente segue direitinho, a gente passa ruim, fica na vontade das coisas e estressado, e eu vou morrer do mesmo jeito. Se é pra morrer, vou morrer feliz, tendo comido tudo o que eu queria, fazendo o que eu queria. Se me perguntam se eu tenho diabetes, falo

que não (risos) [...] (P4M54) [...] nunca contei para a minha família que tenho diabetes. Se contar, eles ficam me enchendo, reclamando das coisas que como, de eu ficar em casa sem fazer nada, essas coisas. Daí nem gosto de lembrar. Assim posso seguir minha vida normal, já tenho tantas dificuldades na vida, ainda vou ficar “pirando” com isso de diabetes? Claro que não! [...] (P8F48).

Ao iniciarmos os encontros, buscamos conhecer quais os significados que o diabetes tinha na vida dos participantes e nos deparamos com os depoimentos demonstrados acima, percebendo que o diabetes é tido como algo a ser esquecido, e não mencionado dentro do convívio familiar; e assim deixado de lado na vida destes sujeitos. Acreditamos ser esta uma forma de fuga encontrada, pois ao não reconhecerem o diabetes como parte de suas vidas, podem continuar mantendo seus antigos hábitos, com uma falsa sensação de tranquilidade. Este tipo de relação além de extremamente danosa para os sujeitos, uma vez que dificulta o tratamento da doença, ainda configura-se como uma dificuldade para os profissionais que o acompanham, pois não conseguem incentivar o autocuidado, de alguém que sequer dá significado à doença.

Configurando hoje como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, o DM vem aumentando sua incidência consideravelmente nos últimos anos, sendo significativo o número de incapacitações/complicações, bem como os custos envolvidos no seu controle e tratamento⁽⁶⁾. É ainda considerada como uma condição crônica de saúde, que pode causar inúmeras complicações, e por isso a adesão do paciente ao seu tratamento torna-se fundamental. Este tratamento inclui a necessidade de mudanças de hábitos de vida, o que depende muito da motivação pessoal, percepção da doença, apoio familiar e especialmente aceitação da doença⁽⁴⁾.

Viver com o diabetes pode representar um desafio, tanto para a pessoa quanto para aqueles que estão próximos a ela, pois a condição afeta sua vida como um todo, necessitando de alterações radicais em seu cotidiano, muitas vezes não tão bem aceitas⁽¹⁶⁾. Apesar dos esforços dos profissionais de saúde, no cuidado do diabetes, são os próprios diabéticos que julgam se a ação de autocuidado é necessária e benéfica para eles, e esse julgamento ocorre de acordo com as orientações internas e/ou externas, que, por sua vez são moldadas pela cultura em que os indivíduos vivem. A concepção de saúde e o modo como cada pessoa enfrenta a doença são concebidos a partir das experiências pessoais e, essas, guardam uma relação direta com suas crenças e valores os quais são formados ao longo da vida⁽⁴⁾.

Os sentimentos desses diabéticos com relação à sua condição nos levam a inferir que a doença significa mais do que um conjunto de sintomas, possui muitas representações

simbólicas e culturais. Ao deparar-se com todas as mudanças que a doença promove em suas vidas, os diabéticos enfrentam inúmeras dúvidas, medos e anseios. Porém um dos conceitos mais citados durante os encontros foi o fato de a doença ser referida como algo que causa a morte, independente de cuidado ou não, e que diante disso, deve ser compensada comendo o que se tem vontade:

Eu tava tomando os comprimidos certinho e até insulina, e o diabete não baixava, daí falei: Sabe de uma coisa? Acho que vou acabar morrendo. Então, se eu to com vontade de comer doce, vou comer um pouco de doce [...] Já faz tempo que eu não to medindo o diabete mais, eu nem sei como que ta. Nem quero medir. Acho que quando a gente mede, fica mais assustado e ela faz é aumentar. Se for pra morrer, vai ser de surpresa (risos) (P5M63).

Observa-se novamente o processo de fuga, porém associado à revolta pela não resolução da hiperglicemia, através do uso de insulina. Percebemos então o processo de permuta, pois, já que o medicamento não faz efeito, e a morte é tida como certa na concepção do doente, este adota a postura de não dar continuidade ao tratamento, bem como abandonar o monitoramento. Atrela-se ainda o fato de acreditar que ao não tomar conhecimento dos valores glicêmicos, é uma forma de impedir a elevação dos mesmos. A forma pela qual os sujeitos entendem a realidade da patologia vai determinar a sua maneira de conduzi-la em sua vida. Assim, de acordo com o que o cliente sabe de sua doença, seu real significado, seus riscos e controle de suas atitudes e estilo de vida se encaminharão para a prática no seu cotidiano⁽¹⁾.

Diante da sua cronicidade, e da necessidade de buscar formas de conviver de forma saudável com a doença, modificando aspectos tão arraigados em sua cultura e hábitos, a doença pode ser vista como algo terrível, sem solução, um mal irremediável, ou seja, uma maldição:

Diabete é uma doença muito traiçoeira, eu preferia morrer que viver com diabetes. Difícil não é pra gente conviver com ela? Fazer dieta [...] É uma doença que se a gente não cuida ela mata mesmo. O terror da doença porque é silenciosa e pode causar muitos problemas. Quem sofre dessa maldição está sempre preocupado com ela, não é fácil viver assim, controlando o que come, o que faz, preocupada com a saúde e sabendo que não tem jeito, que ela vai estar lá pra sempre. É uma sentença de morte mesmo [...] muitas vezes já me revoltei, chorei, mas não tem jeito (P17M58).

Mais uma vez identificamos os significados negativos que o DM podem representar na vida de uma pessoa. O fato de ter que estar sempre monitorando, cuidando, mudando aspectos em suas vidas, associado ao fato de que estas mudanças necessitam fazer parte das suas rotinas para sempre, faz da doença um fardo. Quando percebida dessa forma, torna-se ainda mais difícil a adesão ao tratamento.

Porém, também foi evidenciado como tema gerador, a boa convivência com o diabetes:

Tem como levar a vida normal, mas tem que saber o que pode ou não pode fazer. Por exemplo, eu fumava bastante cigarro, e hoje não fumo mais. Eu gostava de beber bastante, aí me falaram o que tá te fazendo mal é a bebida, então parei de beber também. Se eu tomo alguma cerveja, tomo sem álcool. Lá em casa todo final de semana tem bolo, minha mulher até oferece, mas eu não como porque sei que não posso comer. Às vezes me dá muita vontade, pego um pedacinho na colher, só pra experimentar. Fazer isso não me faz tão mal, afinal é pro meu bem. Eu quero viver, e se é com diabetes que tenho que viver, preciso aprender a conviver com ela. (P8M64). Eu tenho diabete há muito tempo, e saio, viajo, passeio para todo lugar. Então o diabetes não me matou ainda. Ela é como uma amante, que a gente tenta se livrar, mas ela não vai (risos), então preciso me cuidar. Eu sou uma pessoa feliz, mesmo com diabetes (P23M83).

Indo de encontro com os temas geradores anteriores, observamos aqui a boa convivência com a doença, além de depoimentos emocionados de superação. Tanto no discurso de P23, quanto no do P8, observamos o desejo de viver, mesmo que com a doença, reconhecendo que é possível adaptar-se às mudanças e conviver bem com a mesma. Descobrir as potencialidades e encontrar forças para superar os limites, constituem elementos fundamentais para o viver saudável com DM. De fato, conviver com o *diabetes*, aceitando que as mudanças são necessárias, mas, que nem sempre significa perder o bem estar, configura-se como a possibilidade de manter a qualidade de vida tornando-se essencial no processo de viver humano⁽¹³⁾.

Vivenciando o controle da doença e a necessidade de mudança nos hábitos de vida

A convivência com a necessidade de mudanças não é fácil, pois requer força de vontade por parte dos doentes. A partir dos diálogos, pode-se observar que a mudança de hábitos alimentares, foi caracterizada como a maior dificuldade do diabético, por não poder alimentar-se como habitualmente:

[...] não adianta um médico ou a nutricionista chegar pra uma pessoa que comeu de um jeito a vida inteira, e dizer: Acabou! Você não pode comer nunca mais doce, nem pão, nem macarrão. A única coisa que vai conseguir é deixar a pessoa revoltada. Não é fácil largar tantos anos comendo as coisas que a gente gosta, e só por causa de um exame, por causa de um medico, mesmo sem sentir nada grave, a gente ver aquela lasanha, aquele doce de leite, e deixar de comer (P21M62). [...] minha vida é um doce! Eu troco um prato de comida por um doce. Comia uma lata de leite condensado por dia, e aquilo me faz uma falta que você nem imagina. Bolo de chocolate, torta doce... Sei que tem os diet, mas não é a mesma coisa. É difícil viu!(P3M66). Difícil mesmo é não comer as coisas. É fazer para a família e não comer, ficar olhando, sabe? A gente se sente mal, em ver aquilo e não poder pegar (P12F63).

O depoimento de P21 nos leva a refletir sobre os significados que a alimentação tem na vida das pessoas, e também no modo como os profissionais de saúde atuam junto a eles, realizando orientações de forma impositiva, esquecendo todos os significados culturais, sociais e preferenciais que a alimentação possui na vida das pessoas. Os profissionais de saúde nem sempre têm correspondido às expectativas de envolvimento, pois as pessoas com DM desejam estabelecer diálogo e criar possibilidades para concretizar suas escolhas, as quais nem sempre correspondem àquelas que os profissionais indicam, mas àquelas que as pessoas consideram adequadas ao seu viver e que poderão contribuir de algum modo para um viver mais saudável⁽¹³⁾.

Vale a pena frisar também que, dentre os participantes, as mulheres sentiram mais dificuldade no quesito alimentação. Os depoimentos nos Círculos permitiram identificar que isso está relacionado ao fato de elas terem que controlar o desejo de comer aquilo que mais lhe agrada, elas também precisam preparar os alimentos para os outros membros familiares. Neste caso elas precisam escolher entre fazer uma comida diferenciada para si, ou comer o mesmo que eles. Já quando o diabético é o homem, ele recebe os cuidados da esposa, oferecendo o alimento mais adequado.

A fala de P12 demonstra sua frustração e ressentimento por não poder comer aquilo que gosta, como e quando ela quiser e nem desfrutar do prazer da alimentação produzida por ela mesma. Nesse contexto, a doença surge como uma ameaça à autonomia individual, além de representar um fator limitante para a qualidade de vida desses pacientes⁽³⁾.

Quando a alimentação passa a ser percebida como agente fundamental para o controle da glicemia, esta passa a ser mais compreendida, e deixa de ser um peso:

[...] comecei a comer muita salada. Ai de tanto comer rúcula e mais um monte de salada, foi abaixando. Me animei e fui cortando as coisas. Agora não como mais fritura, reduzi a massa, os doces [...] Nossa, minha

alimentação é outra, e até a minha pele melhorou. E não adianta. Mesmo se tomar o remédio que for, se não cuidar da alimentação de nada adianta (P2F47).

Percebe-se que para P2 a alimentação adequada, voltada para as necessidades de um diabético, não foi tida como uma dificuldade, sendo inclusive reconhecida como algo válido e satisfatório, oferecendo benefícios além do controle da glicemia. Na sociedade ocidental, a comida não é apenas uma fonte de nutrição, mas tem papéis que estão relacionados com os aspectos sociais, religiosos e econômicos. Alimento é uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo⁽¹⁾.

A prática de exercícios físicos também foi citada como necessária para o controle da glicemia, além de ser percebida como forma de lazer:

Vou na hidroginástica pra me divertir mesmo, conversar com outras pessoas [...] Pra mim é um lazer, é uma coisa que faço porque gosto e não só por causa do diabetes. Sei que faz bem pra doença, que diminui, mas também faz bem pra mim, me sinto mais vivo quando vou lá. (P5M63) Eu faço caminhada umas 6 horas da tarde, mais de uma hora. Eu vou do aeroporto à cidade alta a pé. Caminho aqui no estádio e é muito bom! Faço amizade, converso com os outros velhos, até joga um xadrezinho, pra distrair (P20M56).

Perceber as mudanças como positivas além do diabetes, facilita sua aceitação, além de melhorar o bem estar, prevenir complicações e oferecer melhorias relacionadas a outras patologias, como a hipertensão arterial, nível de colesterol e triglicérides, obesidade e doenças cardiovasculares⁽⁴⁾. Os sentimentos dos diabéticos com relação à sua condição nos levam a inferir que a doença significa mais do que um conjunto de sintomas, possui muitas representações simbólicas e culturais. A forma pela qual os sujeitos entendem a realidade vai determinar a sua maneira de conduzir a vida⁽¹⁾.

O tratamento do DM compreende basicamente dois conjuntos de medidas: as não-medicamentosas, também conhecidas como comportamentais, e as medicamentosas (anti-hipoglicemiantes orais e insulina), sendo que ambas podem ser aplicadas de forma isolada ou em conjunto, levando em consideração as características individuais do paciente e da enfermidade⁽¹²⁾. Porém, a adesão ao tratamento em diabetes geralmente se refere ao grau de seguimento dos pacientes à orientação médica e uso correto dos medicamentos prescritos, o que inclui formas e horários, ao invés de relacioná-la à maneira como o indivíduo vivencia e enfrenta o adoecimento, como este o percebe em sua vida, pois, fatores como estes, podem contribuir ou interferir no grau da adesão desse sujeito⁽¹⁴⁾.

As mudanças no estilo de vida são consideradas armas poderosas no controle glicêmico. Porém, na grande maioria das vezes, necessita de associação com o tratamento medicamentoso, além de ser importante a monitorização das taxas glicêmicas, para assim manter um controle adequado e eficiente da doença. Assim como acontece com as mudanças de hábitos de vida, o uso de medicamentos pode também trazer desconforto e insatisfação para os diabéticos, podendo caracterizar inclusive, um agente motivador para a não adesão à alimentação adequada:

[...] tomar esse remédio todo dia é muito ruim. Vivo esquecendo [...] (P11M73) *[...] odeio usar essa insulina. Mas como uso certinha, junto com o comprimido, daí nem ligo, como o que quero, depois é só aplicar [...]* (P3M66). *E naquilo que eu comi aquele pouquinho de doce, e tomando aquela insulina, eu fui fazer o exame o diabete começou a baixar. Ai eu pensei, tomo insulina pra tirar o açúcar, mas acho que todo mundo tem que ter esse açúcar no sangue, porque eu comi doce e o diabete começou a baixar. Então depois eu continuei tomando a insulina e comendo doce* (P4M54).

Adotar a medicação, bem como a monitorização da glicemia, de forma correta e constante, foi considerado difícil pelos participantes, sendo muitas vezes até esquecido. Outro aspecto que pôde ser evidenciado foi o fato de eles se permitirem comer tudo aquilo que lhes dá prazer e em seguida utilizar a insulina para reduzir o nível glicêmico.

Quando nos aproximamos mais das pessoas que cuidamos, buscando apreender a maneira como tratam e cuidam de seus problemas de saúde, percebemos que a prescrição do profissional de saúde sobre o que podem ou devem fazer, como um único caminho adequado ao tratamento e cuidado em saúde, é compreendido por essas pessoas como mais uma opção, e não a única, pois após um período de convivência com a doença, eles mesmos buscam seus recursos e formas de melhor enfrentá-la, de manuseá-la⁽¹⁷⁾. Costumamos apontar tratamentos e cuidados como absolutamente certos ou errados, sem reconhecer que os doentes desenvolvem seus próprios meios para manter a doença sob controle. Este reconhecimento é importante para uma aproximação entre o profissional e o doente, e também para que ele tenha confiança e liberdade para relatar o modo como realmente conduz o tratamento.

Esta falta de confiança no profissional é algo que também pode afetar diretamente a forma como o individuo realiza seu tratamento. As oscilações da glicemia, mesmo que fazendo o tratamento correto, foram citadas e relacionadas aos médicos que os assistiam também, sendo inclusive associado ao fato do médico estar prescrevendo um tratamento

inadequado. Além disso, configurou-se como um fator desagradável e perigoso, que levou a vertigens em público, quedas, acidentes e medo de sair de casa:

Ontem eu nem tomei, porque eu ia sair e daí passa da hora e já abaixa, acontece como da outra vez, que fiquei tonta e caí no meio da rua. Além da vergonha, um perigo. O dia que eu vou andar na rua bastante eu nem tomo a insulina. Ou as vezes nem saio mesmo, pra evitar não é? (P5M63). Já faz 10 anos que eu tomo insulina, e quando tá alta ele (médico) manda eu tomar a noite também. Mas eu não gosto de tomar, fico com medo dela abaixar muito. Ele nem sabe de nada viu! Às vezes ele pede pra tomar 20 ou 10 unidades a noite e 30 antes do almoço, aí eu já passo mal. Eu tenho muito medo dela abaixar muito eu não conseguir pedir socorro, eu já passei apurado com ela (o diabetes) baixo por causa de remédio forte. (P6M71) Eu não gosto de ir lá pra ouvi médico, porque eles só sabem fala se eu to tomando remédio direitinho, porque a diabetes ta controlada, daí ele manda eu esperar um mês pra saber se a dose do remédio vai mudar ou não. Então eu acho que como eu meço a minha diabete eu sei controlar muito mais que ele, que só me vê a cada dois meses (P8M64).

O profissional de saúde é a pessoa mais indicada para orientar a respeito das práticas de autocuidado que possam garantir a eficácia da adesão ao tratamento, porém é importante que ele respeite as crenças dos clientes, e não faça prescrições com base somente no conhecimento científico. O indivíduo com diabetes está apto a aprender a cuidar de si, mas o modo como se ensina tem sido insuficiente porque não se associa as ações o cuidado às crenças e o contexto. Estudiosos atestaram que um elevado grau de motivação em relação à melhoria e manutenção da saúde, associado a uma relação de intimidade e confiança com o profissional que o cuida, promove uma adesão consideravelmente maior⁽¹²⁾.

Quando consciente de seu poder como agente de mudança, o diabético vivencia o chamado “*empowerment*”, ou seja, passa a ter o sentimento de maior controle sobre a própria vida, tornando-se não apenas alguém que cumpre orientações médicas; mas alguém que as adapta às suas necessidades, lida com elas de uma forma autônoma, responsável, sem que essa relação prejudique seu tratamento ou sua vida.

Eu tava tomando 3 (comprimidos hipoglicemiantes). Tirei um e minha diabete ta controlada. Eu como doce sim, mais de vez em quando, não acho que temos que excluir totalmente. Basta ter consciência de até onde pode ir, medir sempre o diabetes e tomar os remédios certinhos. É o que eu tenho feito todos esses anos, vou mantendo, sendo que antes ele (médico) mandava eu tomar um remédio, aí daqui 30 ou 40 dias o senhor volta aqui pra saber se esse vai dar certo. [...] antes eu passava dois dias sem comer as coisas erradas, daí ia lá e dava tudo bem. Eu me boicotava. Agora vejo que isso é burrice. Eu é que tenho que me cuidar, e não tentar mostrar pra um médico

que nem sabe quem sou eu, que sou obediente, que sigo certinho [...] E assim tenho vivido muito melhor! (P8M64)

Observa-se nesse depoimento, além da autoconfiança, boa convivência com a doença, de uma boa adesão a práticas de saúde, adequadas à vida do participante e o mais importante: o reconhecimento de seu poder em controlar a doença. A situação de barganha, onde antes do dia da consulta médica, da realização de exames, reduzir os alimentos inadequados, realizar algumas mudanças na alimentação, em prol de um resultado mais adequado aos olhos do profissional de saúde, voltando ao “normal” tão logo volte para casa, foi confirmado por outros participantes. Acredito que se abre um espaço para refletirmos qual o nosso papel como profissional de saúde, em doenças crônicas, já que visto dessa forma, visualizo-o como o de um impositor, que deve ser temido e agradado, para evitar expressões de reprovação e sermões.

Reconhecendo dificuldades ocultas no viver diabético

Algumas outras dificuldades inerentes ao diabetes, mesmo não explicitas, foram observadas nos depoimentos, como a inadequação do meio social em que os diabéticos vivem, além de falta de recursos físicos e financeiros:

Ai é difícil né? Além de trabalhar em um lugar que não tem adoçante, se eu quiser preciso levar, ainda tem os amigos que só chamam para comer coisas que não posso (P3M66) [...] eu morava perto da ATI (Academia da Terceira Idade) e ia fazer exercício, saía para dançar, agora eu parei com tudo, porque eu mudei e onde eu moro é novo e não tem ATI e para eu ir dançar tenho que pegar 2 ônibus. (P24M58) O que eu acho que é um nervoso que eu passo às vezes com a família não é? Já aconteceu de eu ir parar no hospital, com ela (o diabetes) altíssima, tudo por causa de nervoso (P17M58).

Negação da doença e da necessidade de mudança de hábitos, como forma de fuga, chegando até a não expô-la para a família, a fim de evitar cobranças de mudanças:

Eu sei tudo que pode comer e o que não pode. Mais eu uso uma máscara sabe [...] ao invés de comer o arroz integral eu como inhoque, talharine... Eu tenho muita compulsão! Acho que é ansiedade. A maioria das vezes eu almoço arroz integral e uma saladinha. Ai à tarde e a noite, eu falo só hoje que eu vou comer. Ai no outro dia me dá vontade de comer bolinho de chuva, ai eu faço e falo de novo só hoje que vou comer. Então por isso que eu falo que é uma máscara, uma coisa que não faz sentido... Eu tenho tudo em casa certinho o que é para diabético, e sabendo que tem penso, amanhã

eu como, se eu precisar tenho em casa. Eu sei que ta errado mais me boicoto. Eu não conto pra ninguém que tenho diabetes, acho que tento esconder até de mim também. [...] até tento parar de comer as coisas, mas quando bate a depressão, nem ligo, como tudo mesmo, e como muito. Depois me arrependo, e até choro[...] (P8M64).

Aspectos psicológicos, como depressão, ansiedade e não aceitação de si mesmo, de seu corpo, influencia a forma como a pessoa visualiza o cuidado com a doença como prioridade em sua vida. Além da ausência de apoio familiar, que também pode levar ao processo de descaso com a doença e seu autocuidado:

Eu não vou parar de comer o que eu quero! Meu marido me chama de gorda feia, meu filho sente vergonha de mim por eu ser gorda... [...] meu único prazer é comer, é assim que esqueço a desgraça que é minha vida. Você acha que vou deixar de comer o que eu gosto, por que um médico ou nutricionista está dizendo pra eu fazer? Claro que não!(P13F60)

Estes aspectos caracterizam-se como de intensa influencia na adesão às mudanças, ao autocuidado e o empoderamento sobre sua saúde. Porém acreditamos que reconhecê-los como tal, especialmente em grupo, diante de seus pares, já se caracteriza como uma forma de expressar que conhece sua existência, e por isso, torna-se mais fácil a busca pela solução. Apesar de não tratar-se de um grupo de convivência, os encontros serviram como tal, pois a partir dos Círculos de Cultura, os participantes puderam compartilhar saberes e experiências, dúvidas e medos, na construção de um viver mais saudável, buscando formar uma rede de suporte social, promover a autonomia, além de oportunizar a livre expressão dos participantes sobre suas emoções e seus conhecimentos e estabelecer articulações com os outros participantes⁽¹³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades envolvidas na convivência com o diabetes são fatores que prejudicam o controle da patologia e a prevenção dos seus agravos, devendo então ser investigadas, para assim adequar a assistência prestada por nós, enfermeiros, respeitando as realidades, conceitos, práticas e saberes de cada indivíduo. Neste estudo foi possível compreender melhor o universo das pessoas com *diabetes*, diante de todos estes parâmetros, nos dando uma visão muito mais abrangente do que é “ser diabético”, com todas as suas dificuldades, limitações, dúvidas, medos e experiências.

Apesar das limitações do estudo, por tratar-se de um grupo pequeno de participantes, e do pouco tempo de duração do estudo para tratamento de um tema tão amplo, reconheço aqui a importância da construção do conhecimento a partir da dialógica, a partir dos círculos, pois, nos faz capaz de observar aspectos, que em atividades tradicionais de educação em saúde, não teriam sido percebidos e ouvidos. Foi através do se sentir “fazendo parte” e não oferecedora do conhecimento, que pude despir-me de conceitos científicos, e assim sem essa venda, enxergar aspectos inerentes à convivência com a doença que outrora não eram percebidas.

Faz-se necessário ter esse conhecimento, pois é a partir dele, que podemos propor alternativas de promoção da assistência. Compete aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, unirem esforços para aperfeiçoarem as formas de tratamento e autocuidado, considerando os aspectos culturais e individuais de seus clientes. Esses profissionais de saúde nem sempre têm correspondido às expectativas de envolvimento. Percebe-se que o desejo das pessoas com DM é de diálogo e de que sejam criadas possibilidades para que possam efetuar suas escolhas.

Essas escolhas nem sempre são aquelas que os profissionais gostariam, mas são aquelas que as pessoas consideram adequadas ao seu viver e que poderão contribuir de algum modo para um viver mais saudável. Além disso, foi possível perceber no estudo, que não há uma linearidade na maneira de viver com DM. Assim, de acordo com o que o doente sabe de sua doença, seu real significado, seus riscos e controle de suas atitudes e estilo de vida se encaminharão para a prática no seu cotidiano.

REFERENCIAS

1. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(1):124-30.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2 [online]. 2000 [acesso em 2010 jun]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/>
3. Santos ECB dos, Zanetti ML, Sotero M. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Rev Latino-Americana Enfermagem.* 2005; 13(3):87-95.
4. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010, 15(1):151-60.
5. Imoniana BBS. Crise de identidade em adolescentes portadores do Diabetes Mellitus tipo 1. *Psicologia para América Latina.* 2008; [Acesso em 2010 jun]. Disponível em <http://psicolatina.org/Siete/diabetes.html>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 16. Diabetes Mellitus. Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
7. Moreira RC, Sales CA. O cuidado autêntico ao ser com pé diabético sob o enfoque heideggeriano. *Cienc Cuid Saude.* 2009; 8(4):515-22

8. Araujo MFM, Gonçalves TC, Damasceno MMC, Caetano JA. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. Rev Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14 (2): 361-7.
9. Freire P. Educação como prática de liberdade. 22ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra;1996.
10. Heidmann IBS, Boehs AE, Wosny AM, Stulp KP. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. Rev Bras Enferm. 2010; 63(3):416-20.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
12. Rêgo MAB, Nakatani AYK, Bachion MM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(1):60-70.
13. Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(1):105-11.
14. Araújo MFM, Gonçalves TC, Damasceno MMC, Caetano JA. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14 (2): 361-7.
15. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. Rev Bras Enferm. 2010; 63(3): 397-403.
16. Coelho MS, Silva DMGV. Grupo educação-apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com *diabetes mellitus*. Ciên Cuid Saúde. 2006; 5(1):11-5.
17. Silva DGV, Souza SS, Francioni FF, Mattosinho MMS, Coelho MS, Sandoval RCB, ET al. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. Rev Bras Enferm. 2006; 59(3): 297-302.
18. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de promoção à saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20(4):1088-95.

5.3 ARTIGO 3

**PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NA ADESÃO A PRÁTICAS SAUDÁVEIS SOB A
ÓTICA DE DIABÉTICOS***

*FAMILY PARTICIPATION PRACTICE A HEALTHY ACCESSION FROM THE
PERSPECTIVE OF DIABETES*

*PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA A LA ADHESIÓN SANA DESDE LA
PERSPECTIVA DE LA DIABETES*

Aliny de Lima Santos¹

Sonia Silva Marcon²

Departamento de Pós-graduação em Enfermagem. Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio a Família (NEPAAF). Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR.

* Artigo originado da dissertação: Grupo de educação para a saúde de diabéticos: uma estratégia de intervenção em enfermagem. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

¹ Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá(UEM). Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Apoio e Assistência às Famílias (NEPAAF).

² Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Livre Docente. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM e do NEPAAF.

Endereço para correspondência: Aliny de Lima Santos. Rua Mário Clapier Urbinatti, 724, bloco N apto 36. Jardim Universitário. Maringá-PR. CEP 87020-260. Email: aliny.lima.santos@gmail.com

RESUMO: Tivemos como objetivo conhecer como diabéticos percebem a participação familiar em seu processo de cuidado à saúde. Estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido através dos Círculos de Cultura, com participação de 26 diabéticos tipo II, cadastrados na Associação de Diabéticos de Maringá-PR. Realizamos 12 encontros, no período de maio a julho de 2011, sendo todos gravados e transcritos para posterior análise temática de conteúdo. Participaram nove mulheres e 17 homens, com idades entre 38 a 64, e 42 a 83 anos, respectivamente. Através dos depoimentos, emergiram três categorias: Reconhecendo a importância da família nos cuidados com o *Diabetes mellitus*; Responsabilizando a família pela não adesão a práticas saudáveis; Desvelando ganho secundário da doença: o cuidado familiar no controle do diabetes. Conclui-se que a família é reconhecida como fonte de apoio e suporte, favorecendo o controle da doença, sendo necessária a sua inserção no cuidado.

Descritores: *Diabetes mellitus*. Saúde da família. Relações familiares. Educação em saúde. Enfermagem

ABSTRACT: We aim to know family participation in the process of self-care and change in lifestyle and health from the perspective of diabetics. Exploratory descriptive study, qualitative, develop through the Culture Circles, which involved 26 type II diabetics, registered in the Association of Diabetics of Maringá – PR. Total of 12 meetings during the period May to July 2011, all being recorded and later transcribed for thematic content analysis. Participated nine women and 17 men, aged between 38 to 64, and 42 to 83, respectively. Through the interviews, three categories emerged: Recognizing the importance of family in the care of diabetes mellitus; Responsible the family for non-adherence to healthy behaviors; Unveiling secondary gain of illness: family care in diabetes management. We conclude that the family is recognized as a source of help and support, favoring the control of disease, necessitating its inclusion in care.

Descriptors: *Diabetes mellitus*. Family health. Family relations. Health education. Nursing

RESUMEN: Nuestro objetivo era comprender cómo el diabeticos perciben la participación familiar en el proceso de atención de la salud. Estudio exploratorio descriptivo, de naturaleza cualitativa, desarrollada a través de los Círculos de Cultura, con la participación de 26 diabéticos tipo II, diabetes asociación registrada en Maringá-PR. Hemos llevado a cabo 12 reuniones durante el período mayo-julio de 2011, todos los que se está grabando y posteriormente transcritas para el análisis de contenido temático. Los participantes a 17 hombres y nueve mujeres, con edades comprendidas entre 38 y 64, y 42 años a 83, respectivamente. A través de las entrevistas revelaron tres categorías: Reconociendo la importancia de la familia en el cuidado de la diabetes; Culpar a la familia por la falta de adherencia a las conductas saludables; Descubriendo ganancia secundaria de la enfermedad: el cuidado de la familia en el control de la diabetes. Llegamos a la conclusión de que la familia es reconocida como una fuente de ayuda y apoyo, y el control de la enfermedad, lo que exige su inclusión en la atención.

Descritores: *Diabetes mellitus*. Salud de la Familia. Relaciones familiares. Educación em salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus (DM) pode ser definido como uma doença crônica degenerativa de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina de exercer adequadamente sua função. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica decorrente de distúrbio no metabolismo de lipídios e proteínas. Entre os seus tipos, destaca-se o DM tipo 2, que representa 90% dos casos da síndrome, aparecendo geralmente na idade adulta.¹ O acometimento por complicações, está diretamente associado ao não acompanhamento e tratamento adequado, podendo muitas vezes, tornar o indivíduo incapaz de realizar suas atividades cotidianas.²

Possui tratamento relativamente simples, constituído pelo uso de hipoglicemiantes e mudanças no estilo de vida, relacionadas especialmente aos hábitos alimentares e adesão a praticas de exercícios físicos, o que requer conscientização, desejo e comprometimento.³ Diante disso, considera-se que viver com o diabetes pode representar um desafio, tanto para a pessoa doente quanto para aqueles que estão próximos a ela, pois a condição afeta sua vida como um todo, alterando consideravelmente seu cotidiano.⁴

Diante disso, observa-se que a necessidade de mudanças de hábitos, conseqüentemente no cotidiano, atinge não apenas o indivíduo diabético, mas também sua família; pois gera impacto considerável na redução da qualidade de vida além de ônus econômico que repercute na renda mensal de toda a família.¹ Neste contexto, a família tem uma importante participação em todo o processo de tratamento e cuidado do DM, ao passo que esta compartilha da maioria dos momentos, do cotidiano e dos hábitos de vida do diabético, podendo por tanto, colaborar na re-orientação e re-planejamento de conceitos e vivências.⁵

O apoio da família no processo do cuidado à pessoa com diabetes é um excelente recurso no controle da patologia. Constitui rede de apoio ou suporte social considerada de grande valia na mudança de hábitos de vida e adoção de práticas saudáveis para controle do diabetes. A rede de apoio é consolidada pelos laços sociais entre as pessoas, especialmente entre os membros da família da pessoa com uma doença crônica, visto a importância do apoio para a melhor aceitação e adaptação à doença.⁶ Uma maior participação familiar no tratamento da pessoa com diabetes tende a facilitar a adaptação à doença e cuidados e, deste modo, pode prevenir e/ou retardar o início e/ou agravamento das complicações agudas e crônicas.⁷

O suporte da família, como parte do contexto familiar, é apontado como significativamente associado aos comportamentos relacionados ao autocuidado no diabetes,

bem como na melhora da autonomia frente aos cuidados necessários à doença.⁵ Quando a família apóia seus membros em situação de doença, compreende as modificações relacionadas à condição e torna-se permeável aos ajustamentos necessários para garantir o suporte necessário ao seu familiar doente, facilita a adesão ao tratamento, recuperação e/ou melhora de sua saúde.⁷

O cuidado familiar, portanto, tem importância ímpar nas condições de saúde da família e, em especial, naquelas que convivem com doentes crônicos, pois elas assumem uma grande parcela na responsabilidade pelo cuidado à saúde de seus membros. Vista por esse vértice, a família representa uma unidade de cuidado ao paciente acometido por uma condição crônica de saúde, em especial o DM, diante a necessidade de mudanças que esta patologia demanda.⁸ Esse cuidado é influenciado pelo meio cultural na qual ela está inserida, pelo sistema de crenças, valores e significados compartilhados, e pelas condições sócio-econômicas e educacionais.

A família pode oferecer apoio emocional, prático, material e/ou financeiro e o aconselhamento. Porém, o apoio e suporte também podem ocorrer por parte dos profissionais de saúde, especialmente a partir dos processos de educação para saúde, voltada para a construção de conhecimentos que favoreçam o autocuidado e a autonomia das pessoas, na perspectiva de que possam ter um viver mais saudável.⁴ A educação em diabetes é considerada como alicerce para a construção do autocuidado consciente, prevenção do surgimento de complicações e, principalmente, dando ao indivíduo subsídios para melhor conviver com sua doença.⁹

Tendo em vista que a educação para a saúde promove um momento de compartilhamento de conhecimentos e experiências; que a organização familiar influencia fortemente o comportamento de saúde de seus membros e que o estado de saúde de cada indivíduo também influencia o modo como a unidade familiar funciona, o objetivo desse estudo foi conhecer como os indivíduos com diabetes percebem a participação familiar em seu processo de cuidado à saúde.

METODOLÓGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido junto a indivíduos diabéticos tipo II, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, cadastrados na Associação de Diabéticos de Maringá e Região (ADIM). Esta instituição não possui fins lucrativos, nem qualquer vínculo com a Secretaria de Saúde de Maringá, oferecendo serviços

de aferição de pressão arterial, venda de produtos *diet*, verificação de taxas de glicemia e colesterol, cobrando uma pequena taxa; além de palestras sobre temas variados, proferidas por profissionais voluntários.

Para a realização do estudo, fundamentamo-nos nos pressupostos do Itinerário de Pesquisa do educador Paulo Freire, que possui como pano de fundo a proposta Pedagógica Problematizadora Libertadora, ocorrendo em três momentos: 1. Investigação Temática e levantamento dos Temas Geradores, 2. Codificação, Descodificação destes Temas Geradores e 3. Desvelamento Crítico, sendo este processo desenvolvido integralmente durante e através de Círculos de Cultura (CC).¹⁰

Na etapa de investigação temática, os temas geradores foram extraídos do cotidiano dos diabéticos participantes dos CC, mediante seus depoimentos. Durante a Codificação e Descodificação, os temas geradores foram discutidos, problematizados e contextualizados à luz da dialogicidade, para uma visão crítica dos mesmos. No Desvelamento Crítico, tem-se a tomada de consciência sobre a situação vivencial, em que se encontram os participantes, desvelando os limites, dificuldades e possibilidades diante da realidade. Ocorre por tanto o processo de ação-reflexão-ação para a busca da problematização construída, e não apenas idealizada; assim melhor adequando às ações.¹⁰

Este método valoriza os conceitos culturais e históricos dos indivíduos, que são então desvelados durante os CC, sendo estes um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimentos entre educador e educando. Neste, os sujeitos se reúnem no processo de educação, investigando assim temas que são de interesse de todo o grupo, buscando problemas reais, através da reflexão coletiva, para assim decodificá-la, reconhecê-la e buscar então soluções adequadas as mesmas, sempre diante da construção grupal.¹¹

A escolha deste referencial teórico metodológico de Freire, ocorreu na perspectiva de implementar uma proposta educativa direcionada aos diabéticos tipo II, capaz de superar as abordagens convencionais de educação. Os pressupostos pedagógicos de Paulo Freire compreendem a educação em saúde como uma atividade mediadora entre a teoria e a prática construídas à luz da dialogicidade, através do conhecimento adquirido ao longo do tempo, não apenas a partir do educador, mas também a partir do educando.¹¹

Os CC ocorreram na própria ADIM, no período de maio a julho de 2011, semanalmente, totalizando 12, com duração média de 90 minutos cada. Tivemos durante estes encontros, a participação de 26 diabéticos, tendo variado de 3 a 11o numero de participantes a cada encontro, sem numero limitado e sendo a adesão voluntária. As reuniões consistiam em utilização de pequenas oficinas, dando vazão a dialógica e a reflexão, oferecendo aos

participantes e a educadora, a oportunidade de refletir sobre a temática, com discussões sobre os sentimentos e reflexões e formas de solucionar as problemáticas elencadas, ao fim de cada Círculo.

Os Círculos foram gravados em sua integralidade, em aparelho MP3, para posterior transcrição das falas e assim melhor compreensão. Foi também utilizado um diário de campo, para registro das atividades, bem como dados relevantes, que não eram captados pelo gravador, tendo para tal uma colaboradora de pesquisa. O procedimento de análise dos dados deu-se mediante leituras cuidadosas e persistentes do material, agrupamento segundo semelhança e categorização dos resultados, de acordo com o preconizado pela análise temática de conteúdo.¹²

O estudo seguiu os preceitos éticos disciplinados pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e teve seu projeto apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (148/2011). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e estão identificados pela letra P, de participante, seguido pelo número de sequência, letra M para o sexo masculino e F para o sexo feminino, e idade do participante (ex: P1F58).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram dos CC 26 diabético tipo II, sendo nove mulheres, com participação de 1 a 7 encontros; e 17 homens, que participaram de 1 a 9 encontros. Suas idades variaram de 38 a 64 anos, para as mulheres; e 42 a 83 anos, para os homens. Quanto à renda mensal, identificamos uma variação de 2 a 4 salários mínimos, sendo a constituição familiar de 2 a 5 membros. Ao investigar a situação conjugal, identificamos 3 viúvos, 2 solteiros, 6 divorciados e 15 casados.

Quanto ao tempo de convivência/diagnóstico da doença, este variou de 4 meses a 19 anos, sendo que 19 participantes fazem tratamento apenas com hipoglicemiantes orais, e 7, fazem uso associado de hipoglicemiantes e insulina. Outras doenças foram relatadas pelos participantes, como: obesidade (3), doenças cardiovasculares (5), hipertensão arterial (14) e disfunção da tireóide (1). Foram também relatadas algumas seqüelas do DM, como: neuropatias em membros inferiores (6), redução da acuidade visual (15), câibras constantes (3), fraqueza (3), impotência sexual (2) e infecções vaginais recorrentes (3).

Reconhecendo a importância da família nos cuidados com o *Diabetes mellitus*

Tendo como principal foco as mudanças no estilo de vida, o tratamento e cuidado com o DM requer que o indivíduo seja continuamente estimulado e conscientizado para tal, visto que hábitos alimentares e de vida são rodeados de aspectos culturais, sociais e econômicos, que podem influenciar positiva ou negativamente na aceitação e adesão às mudanças.² Um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas constituem o referencial cultural que guia a forma como o indivíduo trata a doença, como a percebe em sua vida e como a vivencia, sendo construído ao longo da vida, por meio do convívio familiar e a partir das interações com as pessoas que lhes são significantes e também com os profissionais de saúde.⁸ Diante disso, quando existe apoio da família para melhor adaptação a doença e às mudanças, torna-se mais fácil para o indivíduo adaptar-se a elas.⁶

[...]realmente quando a família ajuda, fica mais fácil conviver com a doença, a gente se sente cuidado, sente que se preocupam com a gente [...] (P1F68) [...] eu só consigo melhorar por que tenho ela (esposa) do meu lado. Ela cuida da minha alimentação, me ajuda com os remédios, e briga comigo quando dou umas escapadinhas (risos). Eu vejo que quando temos alguém pra ficar com a gente, do nosso lado, fica mais fácil conviver com essa doença. Não é tão estimulante fazer caminhada sozinho (P10M67).

Durante os CC, identificamos a partir dos temas geradores, o reconhecimento do cuidado familiar, bem como de sua participação enquanto rede de apoio e suporte na convivência com a doença e na adaptação às mudanças dos hábitos de vida, tão necessários aos diabéticos para controle da patologia e redução das complicações. Este reconhecimento faz-se importante, pois ao ver-se assistido por aqueles do seu convívio, o doente crônico pode se fortalecer encontrando bases sólidas para a mudança, especialmente quando a família aceita a presença da doença crônica, compreende seu processo de morbidade e adere aos cuidados.⁶

Sendo assim, entendemos que a família constitui um sistema de saúde para seus membros, repleto de significados, crenças, conhecimentos e práticas que guiam suas ações na promoção da saúde daqueles que a compõe. O sistema de saúde familiar inclui um processo de cuidar no qual a família supervisiona e participa do estado de saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento das doenças, buscando subsídios para cuidar e se fortalecendo através do suporte e da rede de apoio oferecida pelo próprio meio familiar.¹³

A presença de apoio e suporte prestados pela família abre enormes possibilidades para que se consiga um resultado abrangente e efetivo, no que diz respeito aos cuidados com o

diabetes. Os familiares, exceto os próprios diabéticos, são os que mais convivem com as dificuldades causadas pela doença, pois enfrentam junto ao seu ente querido, todo o processo de diagnóstico, necessidade de adaptação dos hábitos alimentares e de vida, necessidade de idas e vindas a consultórios médicos, rotina de uso de medicamentos, além do ônus financeiro causado pela doença, na renda familiar.¹⁵ Além disso, são responsáveis muitas vezes, por uma grande parcela do cuidado, como a preparação de refeições, monitoramento e administração de medicação, orientações e ainda nos cuidados diários diversos.⁷

Sendo assim, ao relacionar a doença crônica e a família, deve-se considerar todos os impactos que a doença crônica pode causar dentro de uma família, por tratar-se de um quadro de longa duração de tratamento e conseqüentes limitações associadas ao estilo de vida.⁵ Portanto, é fundamental compreender o processo de viver da família como dinâmico e sujeito a modificações ao longo dos diferentes estágios de seu ciclo de vida. Porém, quando uma boa adaptação à doença ocorre em todo o seio familiar, e as mudanças são adotadas não apenas pelo diabético, mas também por outros membros da família, acreditamos tornar-se mais fácil.

[...]se quem está em casa colabora (se referindo ao fato de a família alimentar-se igualmente a ele), até dá para controlar bem a doença, a gente não se sente excluído, tendo que comer diferente, viver diferente deles. É muito ruim ter que comer outras coisas, parece que somos diferentes deles[...] (P5M63 [...] muitas vezes as pessoas na casa não aceitam que tem que mudar. Você come uma coisa e eles comem outra. Só eu vou comer diferente? É difícil desse jeito. Eu continuei comendo de tudo (P4M54) Eu até tento mudar as coisas que como, mas a mulher não ajuda, faz as comidas todas erradas. Daí ela me vem com um prato de arroz branco, salada e frango grelhado e quer que eu fique contente vendo ela comer macarronada com carne. Assim complica né? (P9M63) É muito fácil mandar os outros fazerem caminhada, fazerem exercícios físicos e ficar em casa vendo novela e comendo o que quer (P10M67).

Observa-se nessas passagens alguns temas geradores que foram desvelados durante os CC, como a necessidade de sentir-se integrado à família por meio da igualdade alimentar e a dificuldade de aderir a práticas saudáveis mediante a não adesão as mesmas, por outros membros da família. A necessidade de receber apoio representado por uma igualdade na alimentação, os doentes demonstram o desejo de se sentirem acolhidos, de ser compreendido dentro de seu universo restrito de diabético. Perceber a alimentação diferenciada como algo que o faz diferente e excluído dos outros membros da família, pode causar um processo de não aceitação da doença e revolta com a mesma, dificultando consideravelmente a aceitação das mudanças e aumentando a probabilidade de aparecimento de complicações.⁷

Compreendemos, por tanto, que o diabetes não é somente uma alteração do organismo, mas de toda uma realidade social cotidiana. Nesta realidade, a família exerce influência expressiva para um viver mais saudável, sendo esta influência recíproca, uma vez que a organização familiar também é influenciada pela nova doença, pois as mudanças não se restringem, por exemplo, à necessidade de mudança na dieta do sujeito diabético, mas é importante que toda a família repense sua alimentação de um modo a torná-la mais saudável. A família atua como pilar forte para continuar na luta de enfrentamento de uma doença que traz limites.¹⁴

Quando, na ausência do suporte familiar, observou-se uma convivência mais conflituosa com a doença, pois esta passa a ser um fardo que é carregado sozinho. Percebe-se que nestes casos, além de não contar com o apoio e estímulo por parte da família, ocorre também à falta de motivação para promoção do autocuidado, o que se caracteriza como um aspecto preocupante não somente para o agravo do diabetes, mas também para o aparecimento de outras patologias do campo psicológico.

Não sei, mas acho que por isso que não consigo controlar minha diabetes. Vivo sozinho em casa, não tenho ninguém pra me ajudar, pra cuidar de mim; ninguém pra quem me cuidar. É muito difícil viver sozinho, e ainda por cima com uma doença destas, sem ter ninguém pra dividir os problemas[...] (choro) (P3H66)

Como aspecto essencial ao processo de viver com DM, o apoio dos familiares, de pessoas próximas, de instituições e entidades, favorece a assimilação e a acomodação das mudanças na rotina de vida diária, facilitando esse processo. Esse suporte inclui o apoio emocional, prático, material e/ou financeiro, além de aconselhamento. Assim, diferentes formas de apoio estabelecem formas variadas de conexão ou interconexão, formando verdadeiras redes sociais que ajudam as pessoas a conviverem melhor com sua doença.¹⁴ Porém essa necessidade de suporte não pode nem deve tirar a responsabilidade que o próprio indivíduo tem sobre sua saúde e os cuidados com sua patologia.

Responsabilizando a família pela não adesão a práticas saudáveis

A doença acarreta mudanças significativas na relação que o diabético estabelece com seu corpo e com o mundo que o cerca, necessita que ele aprenda a manipular seus desejos alimentares, pra assim manter seu convívio social. É devido às restrições no comportamento alimentar que ele toma consciência de suas limitações, podendo ser bem ou mal aceitas por

ele. Por essa razão, o conflito entre o desejo alimentar e a necessidade imperiosa de contê-lo está sempre presente na vida cotidiana do paciente diabético.⁷ Este conflito o faz sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa ou colocar essa culpa em outrem.¹⁵

[...]é difícil controlar, já que meu filho sempre compra chocolates e traz para casa[...] (P6M61) [...]minha esposa não pensa em mim! Sempre faz bolo, macarrão. Como ela quer que eu fique bom desse jeito? [...] (P12M63) [...]até tento viu, mas sempre compram coisas doces aqui em casa, daí não consigo, termino comendo o que vejo dentro do armário, que geralmente é doce. Eles não me ajudam[...] (P11M72); [...] É difícil né? Você tenta comer certinho, mas aí vem uma pessoa com um sorvete, com um doce, com um bolo, aí eu termino comendo [...] as pessoas de casa deviam saber que é difícil se controlar, e parar de comer essas coisas em nossa frente (PIF68).

Novamente identificamos a dificuldade na adesão a práticas saudáveis, quando estas não ocorrem no seio familiar. Porém, um novo tema gerador nos surgiu mediante a reflexão ante as verbalizações, que seria a transferência de culpa pela não adesão. Percebe-se que quando a adesão e mudanças ocorrem concomitantemente entre diabético e família, estas são consideradas facilitadoras, porém não podemos nos esquecer do princípio de que o doente é autônomo, consciente e responsável por sua saúde e doença, e que esta relação de responsabilidade pode sim ser fortalecida pela família, mas não deve tê-la como única fonte de motivação e usada como justificativa para a não adoção à práticas saudáveis.

As influências interpessoais existem, e correspondem às condutas, crenças ou atitudes de outros que são transmitidas através dos anos e do convívio familiar de um a outro, tendo como fontes principais: a família (filhos, pais, casal), os iguais (vizinhos, amigos) e os provedores da atenção à saúde.⁷ No entanto, esta deve agir de forma a reforçar o autocuidado, e não como agente condicional para que o mesmo exista. É essencial que as pessoas com diabetes sejam vistas como participantes ativas em seu cuidado, além de autônomas e responsáveis pela sua alimentação.⁶

Esta relação de transferência de culpa para a família, por não aderir corretamente aos hábitos corretos, torna-se mais acentuada quando por parte da mulher dona de casa e responsável pela alimentação da família.

Lá em casa a gente é de fazer muito doce, porque meu marido e minha filha não são diabéticos e gostam muito de doce e massa, então tenho que fazer pra eles, daí bolo, doce, massa, refrigerante que eles comem, eu termino comendo também (P5M63).

Nestes casos, P5 sente-se ainda mais desafiada pelo fato de “ter que fazer” determinados alimentos para a família, e dificultando a mudança alimentar. Em seu depoimento, a participante demonstra uma sensação de frustração, pois ela se ressentia de não poder desfrutar do prazer da alimentação produzida por ela mesma, tanto, que termina “não conseguindo” resistir. Não lhe ocorre, que exatamente por ser ela a produtora do alimento, torna-se ainda mais fácil modificar não apenas a sua dieta, mas também de toda a família, melhorando seu quadro glicêmico e prevenindo o aparecimento desta e de outras patologias em sua família. Reconhece-se então um quadro de comodidade, no qual se acredita ser vítima dos hábitos alimentares da família.

Percebendo ganho secundário da doença: o cuidado familiar no controle do diabetes

É sabido que o adoecer provoca muitos transtornos à pessoa, especialmente quando se trata de uma enfermidade crônica. Porém, considera-se que cada pessoa reage de forma diferente com sua doença e com o adoecimento, tanto pela representação que esta patologia terá em sua vida, quanto pela forma psicológica que lida com essa situação. A doença crônica provoca a necessidade de cuidados e, na maioria das vezes, o cuidado ofertado é trazido pelo outro. Dessa forma, a doença permite ao doente uma isenção de responsabilidade, permitindo dependência e regressão, o que pode levar a uma maior aproximação entre familiares, sendo este um aspecto positivo da doença.¹⁶

[...] agora meu filho sempre liga para mim, ele tem muito cuidado comigo [...]Penso que depois que fiquei diabético, ele ficou mais próximo de mim, ele me cuida, se preocupa comigo, sempre que to comendo ele vem me perguntar: o que é? Quando chega a noite vem direto me perguntar como foi o dia, se tomei os remédios, se comi direitinho [...] até a namorada dele me liga perguntando as coisas da doença. Essa doença nos aproximou viu.(P8M64) Minha filha parece um sargento (risos). Às vezes faço de propósito, e pego um pedaço de queijo com pão e presunto, e como bem na frente dela. Ela fica louquinha, fica brigando comigo... é gostoso se sentir cuidado, sentir que ela se preocupa comigo, dá até vontade de se cuidar mesmo, por ela. (P2F47) [...] sempre que eu to meio ruim, meu marido vem ficar do meu lado. É bom se sentir cuidada [...] Acho que a doença também aproximou a gente(P21F61).

A partir de uma atividade desenvolvida durante o CC, buscamos conhecer quais as principais dificuldades evidenciadas pelos diabéticos e através da descodificação dos temas geradores vislumbramos que, dificuldades reais foram citadas pelos participantes, relacionadas às mudanças alimentares, uso de medicamentos e idas ao médico; porém alguns

aspectos evidenciam ganhos positivos referentes à doença. Inicialmente acreditávamos serem estas cobranças e imposições referentes às mudanças; fatos que seriam citados como dificuldades, diante da troca de papéis “cuidador que passa a necessitar de cuidado”. Porém, nas passagens citadas anteriormente, identificamos a satisfação dos participantes em serem monitorados pelos familiares, sendo esta inclusive, percebida como uma forma de aproximação.

A este tipo de relação doente/doença/grupo social, é dado o nome de ganho secundário,¹⁷ e caracteriza-se como todo e qualquer benefício que uma determinada situação de adoecimento possa proporcionar aquele que possui o agravo. Estes podem ser constituídos desde um afastamento do trabalho, benefícios financeiros, prevenção de situações sociais conflitivas, etc; até aproximação entre membros familiares, relação de dependência vista como positiva, imposição de mudanças e atitudes percebida como forma de cuidado e atenção,¹⁷ conforme identificado neste estudo.

O conceito de ganho secundário do adoecimento origina-se dos conceitos psicanalíticos freudianos, relacionados às neuroses e doenças psicossomáticas; porém pode-se perceber que estes conceitos são totalmente aplicáveis na doença e na hospitalização. No conceito psicanalítico, em muitas ocasiões, comprova-se que a doença torna-se útil e adequada, e adquire, por assim dizer, uma função secundária que reforça novamente sua estabilidade, deixando esta de ser um problema, tornando-se uma solução para algum problema existente.¹⁸ Estes ganhos podem, além daquele que os manifesta, beneficiar também outros que estão a sua volta:

Agora, por causa do diabetes, vivo fazendo caminhada, como frutas e verduras, que antes não comia nem amarrado (risos) acho que a doença melhorou minha alimentação, e vou falar bem a verdade pra vocês, até meu intestino melhorou, pensando bem, nem foi de um todo ruim ficar diabético [risos]. (P20M56) Eu também to fazendo caminhada, comendo melhor, e fazendo umas comidas mais saudáveis pra minha família também. Ah, se eu tenho que comer direitinho, eles também têm, ou vão terminar diabéticos iguais a mim (P1F68). Vou fazer caminhada e aproveito e levo a mulher (esposa) junto. Ela vai meio que por minha causa, mas vai. Daí além de passearmos, ainda fazemos exercício não é?(P12M63).

Identificamos que, sob a ótica do ganho secundário, o DM além de proporcionar melhoria das relações familiares, também proporcionou melhoria no bem estar, e em outros quadros de doença, bem como ofereceu mudanças positivas nos hábitos de vida da família como um todo, com intuito de prevenir um novo quadro de diabetes. Percebeu-se, nesses

casos, que ao vislumbrar aspectos positivos relativos à presença da doença e a forma de tratá-la, não a vendo como um carma, como um peso; tende a facilitar a convivência com a mesma.

Desvelamento Crítico dos Círculos de Cultura

Mediante os temas geradores identificados durante os CC, percebemos a importância da família nos cuidados com o diabetes. A família reconhecida pelos participantes como a maior fonte de apoio emocional e suporte social, constituindo-se como importante alicerce na adesão de práticas de saúde, seja pelo incentivo, ou como motivadora, para a busca pela melhora no quadro. Os padrões familiares são modificados para sempre e os papéis e tarefas familiares são habitualmente alterados, onde quem outrora era o mantenedor do cuidado dos membros familiares, passa a requerer cuidados, mesmo que discretos.¹⁹

Percebeu-se que há a transferência de culpa pela não adesão às práticas de saúde, como forma de eximir-se do fato de não alimentar-se de forma adequada, e de não realizar as atividades físicas como recomendado. Este aspecto foi reconhecido pelos participantes, ao fim dos últimos encontros, sendo discutido pelos mesmos, até onde vai a responsabilidade da família e a de cada indivíduo, enquanto ser autônomo e capaz de cuidar-se sozinho. A partir de uma reflexão em grupo, identificamos que o cuidado com o diabetes deve vir de dentro para fora e não de fora para dentro, ou seja, deve partir do reconhecimento e desejo de seu portador, e não da imposição dos que estão ao seu redor.

Refletiu-se ainda que quando de posse desta conscientização, torna-se capaz de modificar não apenas a sua situação de saúde, mas também melhorar a de todo o meio familiar, promovendo qualidade na alimentação, lazer e práticas de exercícios físicos. Porém, observamos que, em alguns casos, as imposições e troca de papéis, foram tidas como forma de compartilhar a doença com outros membros da família, além de oferecer maior aproximação entre doente e família, melhorando as relações.

Trata-se a família, do primeiro pilar formador de conceitos, mitos e aspectos culturais, influenciando diretamente na forma como os indivíduos vivenciam sua saúde e sua doença.¹³ Quando em situação de saúde, a família atua na prevenção, através de ações de higiene, hábitos alimentares e de vida que dificultem o aparecimento de patologias. Quando na ausência dessa saúde, a família torna-se a principal cuidadora de seu ente, oferecendo suporte físico, psicológico e financeiro. Se vislumbrada com tamanho potencial, a família pode e deve ser utilizada como recurso para cuidado das doenças e prevenção de agravos, através da capacitação para tal e conscientização por parte dos profissionais de saúde.

O doente, a família e o profissional de saúde são corresponsáveis pelos processos assistenciais, desde a prevenção contra as doenças, seu tratamento e prevenção de complicações. Se percebermos desta forma, podemos dizer que se faz necessário substituir a díade do cuidado (profissional-doente) pela tríade (profissional-doente-família), onde a família passa a ser total e completamente envolvida no processo de cuidado, desde ele propriamente dito, até o reforço na relação entre profissional e doente, constituindo importante recurso colaborativo.¹⁹

Este tipo de conceito trás vários benéficos para sistema de saúde/clientes, pois pode proporcionar melhor bem estar para o doente, que passa a reconhecer-se cuidado pelo profissional de saúde e pela família; para a família, que se sente membro integrante do cuidado, orientada, instrumentalizada e reconhecida pelo profissional de saúde como tal, e para o profissional, que pode reduzir a relação de dependência gerada pelo modelo atual, demandando à família parte da responsabilidade com os cuidados, contando com sua valiosa colaboração no cuidado, e ir além do que as consultas lhe mostram, visualizando o contexto em que o doente vive, melhor adequando suas ações e, conseqüentemente, obtendo maior êxito.

CONCLUSÃO

Apesar da relação de transferência de culpa evidenciada, entendemos que a família constitui maior fonte de suporte e de cuidados para o indivíduo diabético, e que quando consciente disso, favorecendo o controle da doença. Por essa razão, concluímos que se faz necessária a inserção da família nos modelos de cuidado, oferecendo apoio, acompanhamento, esclarecimento e suporte para que melhor possa desempenhar o cuidado familiar. Ressaltamos, portanto, a importância da adoção de novas abordagens pautadas na integração entre o cuidado familiar e profissional e no reconhecimento do cuidado prestado pela família, tanto em situações de saúde como de doença, como meio de transformação de nossa realidade de saúde.

É possível um bom controle glicêmico a partir de adoção de práticas saudáveis. Neste sentido, o apoio da família é fundamental na adaptação a estas mudanças, com menos sofrimento, em especial no que se refere à alimentação, sendo normalmente a parte mais infringida pelas pessoas. Neste estudo, as pessoas relacionaram a adesão da família ao plano terapêutico como fator positivo e estimulante, podendo evidenciar a importância que dão a esse envolvimento.

Vislumbramos ainda, por meio dos Círculos de Cultura, que estratégias de educação para a saúde devem atender não apenas aos conceitos científicos de certo e errado; mas que estes devem considerar aspectos emocionais, sociais e culturais, isto é, o sistema de valores e crenças e conceitos que orientam as atitudes e ações dessas pessoas e suas famílias em relação à própria saúde. O processo educativo deve resgatar as experiências e os conhecimentos que o diabético já possui, colaborando na construção de seu próprio conhecimento, aliado aos educadores.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006a. Cadernos de Atenção Básica, n. 16.
2. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm.* 2009 jan-mar; 18(1):124-30.
3. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2008 dez; 28(Supl): 543-8.
4. Coelho MS, Silva DMGV. Grupo educação-apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes mellitus. *Ciênc Cuid Saúde.* 2006 jan-abr; 5(1):11-5.
5. Zanetti ML, Biagg MV, Santos MA, Péres DS, Teixeira CRS. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Rev Bras Enferm.* 2008 mar-abr; 61(2): 186-92.
6. Rossi VEC; Pace AE; Hayashida M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciência et Praxis.* 2009 maio-ago; 2(3):41-6.
7. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e seu principal cuidador. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005 maio-jun; 13(3): 397-406.
8. Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(esp.):116-24.
9. Guerra CA, Evies A, Rivas A, Garcia L. Educación para el autocuidado de Pacientes diabéticas embarazadas. *Texto Contexto Enferm.* 2005 abr-jun; 14(2):159-66.
10. Freire P. Educação como prática de liberdade. 22ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
11. Heidmann IBS, Boehs AE, Wosny AM, Stulp KP. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. *Rev Bras Enferm.* 2010 maio-jun; 63(3):416-20.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
13. Elsen I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In Elsen I, Marcon SS, Silva MRS (organizadoras). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004. p. 19-28.
14. Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm.* 2007 jan-mar; 16(1): 105-11.
15. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007 nov-dez; 15(6): 1105-12.
16. Moriel G, Roscani MG, Matsubara LS, Cerqueira ATA, Ramos MBB. Calidad de vida en pacientes con enfermedad aterosclerótica coronaria severa y estable. *Arq Bras Cardiol.* 2010 dez; 95(6): 691-7.

17. Zimmerman DE. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Porto Alegre: Artmed; 2001.
18. Freud S. Fragmento da Análise de um Caso de Histeria. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago; 1970.
19. Fráguas G, Soares SM, Silva PAB. A família no cuidado ao portador de nefropatia diabética. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 abr-jun; 12(2): 271-7.

5.4 ARTIGO 4

GRUPO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DE DIABÉTICOS: REVELANDO EXPERIÊNCIA DE PARTICIPANTES*

Aliny de Lima Santos¹
Hellen Poliana Mantello Cecílio²
Sonia Silva Marcon³

RESUMO: O objetivo do estudo foi conhecer como diabéticos percebem os reflexos de sua participação em um grupo de educação para a saúde. Estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido através dos Círculo de Cultura, com participação de 26 diabéticos tipo II, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, cadastrados na Associação de Diabéticos de Maringá-PR. Realizamos 12 encontros, no período de maio a julho de 2011, sendo todos gravados e transcritos para posterior análise temática de conteúdo. Mediante os depoimentos, emergiram duas categorias: Círculos de Cultura como espaço de acolhimento e construção de conhecimento; e Revelando as mudanças após participação no grupo de educação para a saúde. Conclui-se esse formato de educação para a saúde em grupo, além de ser uma rede de apoio, configurou-se como uma forma eficaz de oferecer cuidado em enfermagem, proporcionando melhor aproximação entre profissionais e pacientes, é ainda satisfatória para aquele que participa.

Descritores: *Diabetes mellitus*. Promoção da saúde. Educação em saúde. Enfermagem

GROUP HEALTH EDUCATION OF DIABETES: EXPERIENCE OF PARTICIPANTS

ABSTRACT: The aim was to study as diabetics realize the reflections of its participation in a group of health education. Exploratory descriptive study, qualitative in nature, developed through the Culture Circle, with participation of 26 type II diabetics of both sexes, older than 18 years, enrolled in the Diabetic Association of Maringá-PR. We conducted 12 meetings during the period May to July 2011, all being recorded and later transcribed for thematic content analysis. Through the interviews, two categories emerged: Circles of Culture as a venue for shelter and construction of knowledge, and revealing the changes after participation in group de health education. It follows the format of health education group, in addition to being a support network, configured as an effective way to provide nursing care, providing a closer relationship between professionals and patients is still satisfactory for those who participate.

Descriptors: *Diabetes mellitus*. Health promotion. Health education. Nursing

GRUPO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA DIABETES: EL EXPERIENCIA DEL LOS PARTICIPANTES

RESUMEN: El objetivo era estudiar los diabéticos se dan cuenta de las reflexiones de su participación en un grupo de educación para la salud. Estudio exploratorio descriptivo, de naturaleza cualitativa, desarrollada a través del Círculo de Cultura, con la participación de 26 diabéticos tipo II de ambos sexos, mayores de 18 años, inscritos en la Asociación de Diabéticos de Maringá-PR. Hemos llevado a cabo 12 reuniones durante el período mayo-julio de 2011, todos los que se está grabando y posteriormente transcritas para el análisis de contenido temático. A través de las entrevistas, surgieron dos categorías: Círculos de Cultura como un lugar de refugio y construcción del conocimiento, y que revela los cambios después de su participación en el grupo de educación para la salud. Se sigue el formato de grupo de educación para la salud, además de ser una red de apoyo, se configura como una forma eficaz de proporcionar cuidados de enfermería, proporcionando una relación más estrecha entre los profesionales y los pacientes sigue siendo satisfactoria para quienes participan.

Descritores: *Diabetes mellitus*. Promoción de la salud. Educación en salud. Enfermería.

* Artigo originado da dissertação: Grupo de educação para a saúde de diabéticos: uma estratégia de intervenção em enfermagem. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

¹ Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá(UEM). Bolsista CAPES. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Apoio e Assistência às Famílias(NEPAAF). Rua Mário Clapier Urbinatti, 724, bloco N apto 36. Jardim Universitário. Maringá-PR. CEP 87020-260. Email: aliny.lima.santos@gmail.com

² Enfermeira. Bolsista de Apoio Técnico da Fundação Araucária. Membro do NEPAAF.

³ Livre Docente. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. Líder do NEPAAF. Bolsista produtividade Cnpq.

INTRODUÇÃO

Considerando a elevada carga de morbi-mortalidade associada ao Diabetes *mellitus* (DM), a promoção da saúde e bem estar, e a prevenção das complicações relacionadas à patologia, são hoje prioridades na saúde pública. Sendo assim, na atenção primária tem-se efetuado estratégias de promoção da saúde voltadas para um viver melhor, entre elas, a educação em saúde⁽¹⁾. O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente ao tentar ajudar o doente a mudar hábitos de vida. Tem como intuito maior oferecer subsídios para que o doente esteja apto a gerenciar sua vida com diabetes, em um processo que vise bem estar, autonomia e boa convivência com a doença⁽²⁾.

Contudo, observa-se que no cotidiano da atenção primária, as atividades educativas são realizadas por meio de práticas coletivas com a finalidade de oferecer informações sobre a doença; porém com reduzida expressão participativa⁽²⁾. As atividades educativas são desenvolvidas por meio de palestras, que mais se assemelham a aulas, em que o enfermeiro repassa todo o seu conhecimento científico, ignorando a experiência, vivência, percepções e conceitos sobre a doença e formas de adaptações criadas pelo paciente mediante o surgimento daquela patologia crônica em sua vida e na sua família⁽³⁾.

Este fato revela o equívoco de alguns profissionais sobre o que realmente significa promover grupos de educação em saúde, pois, estes nem sempre respeitam o interesse/necessidade do grupo, e conseqüentemente, não são bem aceitos; tendo sua efetividade extremamente reduzida⁽⁴⁾. Sob este modelo considerado como bancário, o profissional reconhece-se como agente repleto de conhecimentos, que deposita seus conceitos científicos de certo e errado no doente, que é tido como um recipiente vazio de experiências e saberes inerentes a sua situação de saúde/doença, necessitando ser preenchido⁽⁵⁾. Este conceito torna a estratégia educativa inadequada, inespecífica e insuficiente, além de aumentar ainda mais a distância entre a práxis do enfermeiro e realidade do paciente⁽⁶⁾.

Existe ainda uma concepção, na qual o termo educação em saúde está relacionado a esse modelo tradicional de transmissão de conhecimentos, enquanto a terminologia educação para a saúde se identifica com as ações problematizadoras dos profissionais de saúde, que incentivam a participação ativa do educando no processo educativo⁽⁷⁾.

Assim, o modelo de educação para a saúde utilizado no presente estudo, não se destina apenas ao controle do diabetes, visa preparar o indivíduo para lutar por uma vida mais saudável e melhor bem estar. Sob esse enfoque, o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre a sua própria vida, mediante subsídios próprios, que podem sim ser

estimulados pelos profissionais de saúde, mas nunca a sua única fonte⁽⁸⁾. Busca capacitar o indivíduo para o autocuidado e empoderamento, inspiradas no conceito encontrado nos trabalhos do educador Paulo Freire, especialmente através de sua mais importante obra, *Pedagogia do Oprimido*, lançada em 1986, onde ele cita os Círculos de Cultura (CC), também chamados de “itinerário de pesquisa”, como meio para identificação dos temas relevantes e de interesse dos participantes, para assim iniciar o processo de construção dialógica do conhecimento⁽⁹⁾.

Bons resultados nesse campo podem contribuir para diminuir a procura dos usuários pela unidade de saúde, proporcionando-lhe maior autonomia e autocuidado e, conseqüentemente melhor convivência com a doença, reflexo de uma melhor adesão às mudanças de hábitos de vida e controle dos agravos⁽¹⁰⁾. É importante que o profissional de saúde saiba identificar quais problemas realmente necessitam de um trabalho de educação para a saúde, bem como enxergar o doente como um ser biológico, social e subjetivo, repleto de crenças, conceitos e experiências⁽⁷⁾.

O cuidado de enfermagem a diabéticos, oferecido por meio de grupos de educação para a saúde justifica-se, pois é considerado como uma alternativa para as práticas assistenciais, voltadas para a construção não apenas do melhor quadro de saúde individual. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa⁽⁶⁾. Sendo assim, o objetivo do estudo foi conhecer como indivíduos com diabetes percebem os reflexos de sua participação em atividade de Educação para a saúde de diabéticos tipo II, através das percepções e sentimentos de participantes evidenciados em seus relatos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, que utilizou os pressupostos da Proposta Pedagógica Problematizadora que valoriza a cultura, a palavra e o diálogo na construção do conhecimento criando um ambiente de liberdade e acolhimento, instituindo uma vivência solidária, com relações sociais e humanas entre educando e educador, promovendo a consciência crítica a partir de um processo prático, ético e multifocal⁽¹¹⁾.

De acordo com esta proposta a educação como uma atividade mediadora entre o indivíduo e a sociedade, entre a teoria e a prática construídas à luz da dialogicidade⁽⁵⁾. A educação problematizadora através dos círculos de cultura, é capaz de proporcionar ao

educador e aos educandos a oportunidade de se tornarem agentes ativos, participantes da transformação, possibilitando a ambos desenvolverem a capacidade de observar a realidade, refletir sobre ela e buscar os meios possíveis para modificá-la⁽³⁾. Sua operacionalização ocorre através de três momentos: Investigação Temática e levantamento dos Temas Geradores; Codificação e Descodificação destes Temas Geradores e Desvelamento Crítico das problemáticas⁽⁵⁾.

Realizamos então uma atividade de educação para a saúde, através de 12 CC's, buscando não apenas oferecer conhecimentos e conceitos, mas formá-los a partir da construção do conhecimento, em conjunto com os participantes. Participaram 26 indivíduos com diabetes tipo II, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, cadastrados na Associação de Diabéticos de Maringá e Região (ADIM). Trata-se de uma instituição sem fins lucrativos, ou qualquer vínculo com a Secretaria de Saúde de Maringá, e que oferece serviços de aferição de pressão arterial, venda de produtos *diet*, verificação de taxas de glicemia e colesterol, cobrando uma pequena taxa; comercialização de produtos específicos para diabéticos, além de palestras sobre temas variados, proferidas por profissionais voluntários.

Os 12 encontros ocorreram na própria ADIM, no período de maio a julho de 2011, semanalmente, com duração média de 90 minutos cada. Utilizamos para tanto, uma sala reservada especialmente para eles, contanto com bebedouro, ventilador, cadeiras confortáveis, materiais para as oficinas temáticas (lápiz de cor, giz de cera, cartolinas, canetas, cola, revistas e objetos diversos) e banheiro. Por tratar-se de adesão voluntária, não foi estabelecido número de participantes. As reuniões consistiam em utilização de pequenas oficinas, para discussão e reflexão, oferecendo aos participantes e a educadora, a oportunidade de refletir sobre a temática, com discussões sobre os sentimentos e reflexões e formas de solucionar as problemáticas elencadas, ao fim de cada Círculo.

Os Círculos foram gravados em sua integralidade, em aparelho MP3, para posterior transcrição das falas e assim melhor compreensão, além de registro em diário de campo. O procedimento de análise dos dados deu-se mediante leituras cuidadosas e persistentes do material, agrupamento segundo semelhança e categorização dos resultados, segundo análise temática de conteúdo⁽¹¹⁾.

O desenvolvimento do estudo seguiu os preceitos éticos disciplinados pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e teve seu projeto apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (148/2011). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido em duas vias e estão identificados através da letra P, de participante, seguido pelo número de sequência (ex: P1).

RESULTADOS

No decorrer dos 12 encontros, os relatos dos participantes traduziram, as percepções relacionadas à participação no grupo de educação para a saúde, permitindo classificá-los em duas categorias: Círculos de Cultura como espaço de acolhimento e construção de conhecimento; Percebendo as mudanças após participação no grupo de educação para a saúde

Círculos de Cultura como espaço de acolhimento e construção de conhecimento

Indo além do que sugere o modelo de educação em saúde vigente, os CC's constituem um espaço de ensino-aprendizagem, acolhimento, respeito e de suporte para aqueles que participam:

E eu gosto quando tem palestra, nunca falto [...] gosto quando ficam explicando várias coisas sobre o diabetes. Mas do jeito que a gente faz aqui na reunião, acho que fica ainda melhor. Porque é diferente não é? A gente não fica só ouvindo, como é o que acontece nas palestras. A gente fala também, discute junto, pensa junto, não recebe pronto, cada um tem seu espaço pra falar o que acha sobre os assuntos. Fica um ouvindo sobre os problemas do outro e ficamos pensando: Meu problema nem é tão grande assim! Eu posso superar essa doença(P4). A gente vai na palestra, mas eu não gosto de ir lá por que é só pra ouvir o médico ou a enfermeira, porque eles só sabem falar pra gente tomar o remédio direitinho, que é pra controlar bem o diabetes [...] daí ele manda eu espera dois meses para voltar novamente. Ele nem sabe nada de mim, nem me escuta [...] Eu quem vivo com o meu diabetes, que conheço os problemas e sei que não é tão fácil como eles falam não. Falar é fácil não é? (P22)

P4, revela ter se sentido acolhido e compreendido dentro de seu universo de diabético, e não apenas direcionado para um comportamento pré-ditado; além de reconhecer que os conhecimentos não foram repassados, mas sim construídos, a partir do diálogo, da participação de todos. Outro fato importante revelado: a validade de estar em grupo, e do mesmo como rede de apoio, ao deparar-se com pessoas que vivenciam problemas semelhantes aos seus, ou ainda maiores.

Contudo, apesar dos benéficos agregados a este modelo de educação para a saúde, reconhecemos que não se trata de um método bem difundido e adotado entre os profissionais

de saúde, sendo vigente ainda o modelo baseado, restritamente, nas dimensões biológicas dos problemas de saúde, ocorrendo ainda no formato verticalizado, o que nem sempre é bem aceito por aqueles que o recebem.

Quanto mais a gente vai ao médico, mais ruim a gente vai ficando, porque ele vem com um monte de conversa, mandando o que é pra gente fazer. A gente se sente mal tendo que fazer só o que ele manda. O meu médico passou um remédio para o diabetes e uma dieta, mas não resolveu, daí ele foi mudando e mudando de remédio e nada de funcionar, o que ele acabou falando? Que era eu quem não estava fazendo o que ele mandava. Eu fazendo tudo certinho e ele não acreditava em mim. Por isso gosto de vir aqui. Aqui sou ouvido, me sinto bem, posso conversar, contar meus problemas, me sinto bem recebido e sempre saio com vontade de melhorar e voltar semana que vem contando as mudanças. É isso que vale: Respeito pelo paciente! Se bem que aqui nem me sinto paciente, me sinto no meio de amigos que me entendem(P6).

Eu comecei a ir na nutricionista que passou a dieta [...] mas cada vez que eu ia lá, pesava mais e ela falava que não podia! Que eu só podia estar fazendo algo de errado. Daí além disso, era muito longe, e não tava dando resultado mesmo, eu parei de ir. Comecei a seguir a minha do jeito que eu achava que devia ser [...] Então, comecei a vir nas reuniões, e me sinto bem melhor. Sei que apenas vir aqui não vai mudar minha doença, mas vindo, converso, escuto vocês, e isso me ajuda a ter vontade de mudar, a ter força (P13).

Constatamos de P6 e P13 que a relação de imposição mantida por alguns profissionais de saúde, além de desagradável para o doente, é ainda mais facilmente ignorada, por gerar insatisfação. É provável que devido a isso, apesar da adesão às orientações, não ocorreu redução nas taxas glicêmicas, o que pode ser decorrente de vários fatores, como emocional, má adaptação à medicação, ou ainda uso de uma medicação inadequada. No entanto, o fato foi percebido pelo profissional como “desobediência” do doente. Em contra partida, revela em seu diálogo considerar-se acolhido, compreendido, estimulado e respeitado, quando participando dos encontros do CC.

Sentir-se acolhido é importante, pois, ao descobrir-se diabético, o indivíduo se depara com sentimentos como surpresa, medo e ainda indagações relacionadas à convivência com essa doença e sobre sua evolução:

Quando eu descobri que tava com diabetes, não sabia nada sobre a doença, daí fui ao médico e ele me explicou, falou tudo que eu podia e não podia comer, me deu uma listinha [...], mandou eu fazer os exames de vez em quando e me passou remédio. Voltei pra casa desesperada! E agora? Eu vou morrer? Vou amputar minha perna? Isso não tem muito tempo, faz três anos. Ainda hoje não sei direito como é que essa doença funciona, mas vindo aqui, aprendi bastante coisa, sobre como conviver melhor com ela [...] olha, agora entendo muito melhor do que entendia antes, só com as

informações do médico. Sei que posso, eu mesma cuidar da minha saúde, me cuidar(P25).

P25, por exemplo, relata que mesmo tendo recebido orientações sobre a patologia e como deveria ser sua dieta, sentiu-se insegura e temerosa com relação ao prognóstico da doença, pois a associava à necessidade de amputação e à morte e que participar dos CC's trouxe-lhe conhecimento, segurança em melhor conviver com a doença e autoconfiança para assumir os cuidados necessários.

O grupo é um espaço livre, onde cada participante consegue compartilhar tanto seus “fracassos” sem medo de ser julgado e taxado de desobediente, pelo contrário encontrar apoio, compreensão e reconhecimento; quanto suas vitórias, e inclusive servir de exemplo para outras pessoas e ao mesmo tempo se sentir fortalecido para continuar com atitudes corretas:

Isso que acho legal aqui, como no caso dela (se referindo a P8) que veio aqui e disse para gente, que se negava a reconhecer que tinha diabetes, que não contava para ninguém, pra não ter ninguém cobrando a alimentação, e que ela mesma, por si só, se traia por que ia lá na cozinha comia tudo e dizia é só hoje, é o ultimo dia. As pessoas chegam aqui e parece que se sentem livres para falar, para desabafar, sem medo de ser recriminado [...] acho que desse jeito, quando a gente fala, quando reconhece mesmo, fica mais fácil de chegar a mudança (P12). Um dia vou chegar aqui contanto que consegui ficar igual ao P5, que consegue se controlar na comida sem problemas, que sai pra dançar [...] venho aqui e vejo ele falando e parece tão fácil [...] se ele pode, se ele consegue, eu também vou conseguir (risos) (P19).

Revelando as mudanças após participação no grupo de educação para a saúde

Alguns indivíduos mostraram mudança na forma de se relacionar com a doença à medida que participavam dos CC.

Não é fácil ser diabético, não comer o que eu gosto, viver regrado as coisas, as comidas. Isso não é vida (relato na primeira participação). [...] Antes me irritava muito com essa doença, parece que nem aceitava direito sabe? Parece que agora eu não vejo mais dessa forma. Passei a ver que tenho muito o que fazer ainda, mas que essa doença não é o fim do mundo. Me sinto bem melhor agora, até a relação com a minha família melhorou, não estou mais ranzinza (risos) (diálogo na sétima participação)(P16).

De acordo com P16 ver a doença como uma punição, como um fardo, a transforma em algo muito mais difícil de conviver. Porém, se ela é aceita reflete em melhor bem estar e adesão às práticas necessárias para seu controle da mesma.

Nunca contei para a minha família que tenho diabetes [...] essa doença é minha, não sinto vontade de contar para ninguém, até por que se contar, vão vir todos me chateando, falando o que eu tenho ou não que comer e fazer. Não tenho idade mais para receber ordem e mandado de filho viu, sem falar que meu marido nem se importa mesmo (diálogo na primeira participação) [...] Depois que contei para o meu marido e meus filhos que tenho diabetes, eles brigam sempre pela minha alimentação (risos) mas foi bom, por que passei a me alimentar melhor, sem falar que meu marido me surpreendeu, ficando todo atencioso e preocupado comigo. Não posso espirrar que ele vem todo cheio de cuidados (diálogo na quarta participação) (P12).

Manter a doença em segredo foi uma forma encontrada por P12 para fugir das mudanças necessárias ao controle da doença e para evitar o monitoramento dos familiares. Contudo, a partir da participação nos CC's, se sentiu estimulada em revelar sua condição crônica para a família.

Mudanças em alguns aspectos foram percebidas pelos participantes do grupo, como por exemplo as nos aspectos alimentares também foram percebidas, mediante a participação nos CC's:

A hora que eu lembro do doce fico doido, macarrão então... aquilo pra mim é uma tortura, vou lá e como mesmo, nem me importo. Se morrer, ao menos morro feliz por ter comido o que queria (diálogo na primeira participação) [...] Queria contar uma coisa para vocês: Hoje passei no mercado, mas antes passei naquela parte de doces, aquela mesma que antes eu não resistia [...] nossa eu olhava, cada doce um mais delicioso que o outro. Mas eu não comprei gente (risos) lembrei de vocês e não comprei. Sei que posso comer tudo, mas com moderação, isso nem me incomoda mais (diálogo na quinta participação) (P4).

Antes quando falava: Tem que segurar a boca! Eu ficava brava, porque pra mim, não ia mais poder comer nada, tinha que cortar tudo que eu gosto, tipo: Jogue tudo fora e comece a passar fome [...] agora sei que não é isso, que um dia ou outro, pelo menos uma vez por semana eu posso ir lá comer um macarrãozinho. Não posso comer a panela inteira, ponho um pouquinho e vou lá e como. Não posso comer aquele "pratão" de arroz. Eu vou lá e vou dando aquela equilibrada, como arroz, ponho salada, ponho uma carne, e aí eu vou equilibrando (P14).

Outro aspecto modificado a partir da participação no CC foi a relação com o ao monitoramento da doença:

Não gosto de medir sabe (se referindo à glicemia capilar), acho que quando a gente mede, começa a ficar paranóico, revoltado com o açúcar no sangue que nunca baixa. Deixa sem medir mesmo, se tiver de morrer, morre sem preocupação. Não dói, não sinto nada, então pra mim tá tudo bem. Eu sei que vai dar alterada mesmo, isso não vai mudar (primeiro dia de participação) [...] Eu to medindo três a quatro vezes por semana, pra ver se está alterado. Como as coisinhas com mais cuidado, e sempre de olho. É muito bom ver que mesmo comendo as coisinhas que gosto, com moderação, certinho sabe? Quando faço o exame, vejo que está indo bem. Me sinto recompensado, estimulado a continuar. Esse negócio de ficar fazendo o exame é uma boa mesmo (sexto dia de participação) (P26).

Além disso, foi possível ainda perceber o reconhecimento de si mesmo, como agente controlador de sua patologia, onde o sujeito se percebe agente de sua mudança e de sua saúde.

Tenho duas amigas que tem diabetes. Uma tá quase cega e fazendo hemodiálise e a outra amputou uma perna [...] antes eu falava que tinha sido a desgraçada da diabetes que tinha feito isso com elas. E aí a gente foi conversando aqui sobre essas coisas de complicação, e eu comecei a ver que não foi o diabetes que fez isso tudo, foram elas mesmas, não se cuidando direito (P3).

Neste relato, identificamos o reconhecimento, que apesar de tratar-se de uma patologia crônica, repleta de complicações e dificuldades relacionadas a seu controle, é totalmente passível de uma boa convivência e manutenção, onde o aparecimento de seus agravos, está mais relacionado a forma como o doente administra a doença, do que a ela própria.

DISCUSSÃO

Historicamente, as atividades de educação em saúde ocorrem de forma a oferecerem informações, muitas vezes necessárias para os diabéticos, porém muitas vezes consideradas insuficiente e inespecíficas. Os profissionais que a aplicam, utilizam em sua prática educativa, abordagens que se assemelham à metodologia pedagógica autoritária em que a transmissão de conhecimentos ocorre de forma unilateral, ignorando a existência de importantes fatores sociais, culturais, conceituais, considerados intervenientes e que dificultam o exercício da autonomia individual⁽¹²⁾.

Segundo o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, a educação para a saúde, deve ser voltada para a realidade, não fragmentada, impositiva ou pré-estabelecida, estando apta a remodelar-se mediante às necessidades daqueles com ela envolvidos⁽¹³⁾. Este referencial valoriza as fontes culturais e históricas dos indivíduos, reconhecendo-o como sujeitos repletos

de conhecimentos em saúde e cuidado. Este conteúdo se desvela no Círculo de Cultura, através de um espaço dinâmico de aprendizagem, construção e troca de conhecimento utilizando o diálogo. Os sujeitos se reúnem no processo de educação para investigar temas de interesse do próprio grupo. Representa uma situação-problema de situações reais, que leva à reflexão da própria realidade, para, na sequência, decodificá-la e reconhecê-la⁽⁵⁾.

Independente do tempo de diagnóstico e convivência com a doença, no Círculo de Cultura todos, devem ser percebidos como sujeitos autônomos, repletos de conhecimentos a serem compartilhados, sejam estes relacionados ou não à patologia; sujeitos com potencialidades para a mudança e para inspirar a mudança nos outros com quem compartilha sua cultura, sem jamais serem considerados como submissos, inferiores ou incapazes⁽¹⁴⁾. Cabe por tanto ao profissional responsável coordenação do grupo propiciar o espaço do diálogo e da escuta com a participação espontânea de todos, respeitando as individualidades e possibilitando a troca de experiências, de modo que este profissional, também possa ensinar e aprender junto com o grupo.

A partir dos depoimentos, percebemos três aspectos válidos no processo de educação dialógica: o reconhecimento por parte daqueles que escutam os diálogos das dificuldades, mas também da possibilidade de superação, e com isso a inspiração para segui-los; reconhecimento do grupo como espaço para liberdade de expressão e de compartilhar dificuldades; e a inspiração nas conquistas dos outros, para assim buscar suas próprias conquistas. Além de favorecer a construção do conhecimento, por meio do diálogo e da participação de todos.

A partir da educação para a saúde, baseada na ação libertadora problematizadora, é possível subsidiar os sujeitos para que reconheçam sua potencialidade para o autocuidado, aceitem a doença e convivam de forma saudável com ela, por meio de recursos próprios, como a reflexão, o diálogo e a construção do seu próprio bem estar.

Além disso, o advindo do “estar em grupo” oferece além diversos benefícios, que abrangem a socialização, espaço de comunicação e compartilhamento de problemas e soluções encontradas, construção de conhecimento, e especialmente como sala de espelhos, pois além de refletir para o outro sua vivência, e assim repensá-la, pode-se reconhecer no espelho do outro, problemáticas maiores que as próprias e observar que foram passíveis de solução, conforme identificamos no relato⁽¹⁵⁾. Compreende-se então, que estar em grupo, através dos CC's, pode além de construir o conhecimento, funcionar como incentivo, e estímulo para as mudanças.

Percebemos também, casos de ocultamento da doença, numa tentativa de se evitar privações e imposições alimentares. No estudo, visualizamos que este processo apenas dificultou o controle da doença, adesão ao tratamento e adaptação a um novo estilo de vida. Nestes casos faz-se então necessária a intervenção de um profissional de saúde, com o intuito de colaborar na construção de uma nova significação e conseqüente aceitação da condição enquanto uma doença controlável. Esta intervenção favorece a desmistificação da doença, possibilitando a busca por estratégias de enfrentamento necessárias à sua emancipação, entendendo esta última como proposição maior da pedagogia libertadora⁽⁷⁾.

Não monitorar os valores glicêmicos, também foi evidenciada como uma outra forma de fugir do problema, de negar a possibilidade de avanço e agravamento da doença e também de mascarar a falta de adesão aos cuidados em saúde. Com a participação no CC's, foi observado uma mudança de atitude, associado à conscientização sobre a importância de uma alimentação racional e adequada, a compreensão do quão importante é o exame para identificação do controle das taxas. É válido ainda reconhecer que neste relato, o monitoramento oferece ainda uma forma de recompensa pelo esforço em melhor controlar sua alimentação.

Para que haja melhor compreensão de todos estes fatores, é necessária uma maior aproximação entre profissional e paciente, porém, mesmo frente aos avanços da biomedicina no que diz respeito ao conhecimento da patologia e dos tratamentos cada vez mais precisos, nem sempre a relação profissional/paciente tem correspondido satisfatoriamente aos problemas de quem vive com diabetes. Muitas vezes, a falta de uma comunicação mais efetiva entre profissionais de saúde e pessoas com DM interfere numa melhor qualificação da assistência. Parece que há dois mundos diferentes que não conseguem se comunicar, que seriam, o das pessoas com DM que não compreendem a complexidade do tratamento e o dos profissionais que não se envolvem na complexidade do viver com DM⁽¹⁶⁾.

Um exemplo desta realidade pode ser constatado em um estudo⁽¹⁷⁾ que foi realizado com o objetivo de conhecer as concepções dos profissionais de saúde a respeito do termo “educação em saúde”, envolvendo 52 profissionais, entre enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e dentistas e que constatou que apesar de em alguns momentos, estes sujeitos reconhecerem que o usuário deveria ser partícipe do processo educativo, de forma geral prevaleceu o entendimento de que se deveria simplesmente repassar informações ao mesmo, pois se correria menos riscos de que o usuário “não entendesse” a abordagem e o conteúdo necessário ao cuidado de sua saúde⁽¹⁷⁾.

Os profissionais entrevistados também compreendem a “palestra” como metodologia mais adequada e que melhor simboliza a educação em saúde, mencionando inclusive que os

usuários geralmente mantêm estilos de vida inadequados e que precisavam ser corrigidos⁽¹⁷⁾. Por meio da educação problematizadora implementada neste estudo, foi possível minimizar essa lacuna, pois esta, fundamenta-se na reflexão da realidade do educando, retornando posteriormente a esta mesma realidade, decifrando-a e transformando-a. Valoriza a ligação de cada sujeito ao seu mundo, seus valores, saberes e problemas.

Tratando-se destes problemas, vislumbramos como uma das principais dificuldades para o sujeito que se descobre diabético, a adaptação a uma nova rotina alimentar faz da doença algo ainda mais difícil, conforme identificamos no diálogo. Esta relação desenvolve um processo de compensação, onde o doente considera que mesmo diante do risco de morte com agravamento da doença, o ato de alimentar-se do que lhe é mais prazeroso, compensa o risco. Porém, através dos encontros, onde tantas vezes discutimos as complicações inerentes a doença, bem como à possibilidade de equilibrar o consumo de alimentos, de forma consciente e organizada, sem que fossem necessários sacrifícios alimentares, mas sim, um consumo inteligente; foi possível promover uma melhor aceitação/adaptação.

Reforçando este conceito, um estudo, desenvolvido na cidade de Nova Aurora-GO⁽⁸⁾, que também utilizou os pressupostos da pedagogia libertadora de Freire e os Círculos de cultura, buscou conhecer as experiências de diabéticos na convivência com a doença, revelando que o sentimento mais citado por eles remete, em primeiro lugar, ao sofrimento desencadeado pelas restrições e proibições alimentares. Observa-se que isto acontece de forma mais acentuada quando elas são construídas de forma autoritária e vertical, reproduzindo o modelo educacional bancário, que frequentemente ocorre entre os profissionais de saúde que dão as ordens e os usuários que passivamente as recebem.

Um dos elementos básicos na mediação opressores-oprimidos é a prescrição. Toda prescrição é a imposição da opção de uma consciência a outra. Daí o sentido alienador das prescrições que transformam a consciência recebedora no que vimos chamando de consciência 'hospedeira' da consciência opressora. Por isso, o comportamento dos oprimidos é um comportamento prescrito. Faz-se à base de pautas estranhas a eles – as pautas dos opressores^(5:34).

Apesar de limitadas, acreditamos que a mudança de atitudes descritas pelos diabéticos participantes do estudo, estejam estreitamente relacionadas ao alcance da autonomia gerada lado a lado com o conhecimento e que a prática educacional exercida dentro de um processo de ação-reflexão-ação, diálogo, respeito, solidariedade e cooperação, capaz de produzir resultados construtivos e emancipatórios do processo⁽⁷⁾.

Em todos os relatos apresentados, observa-se nitidamente as mudanças em alguns comportamentos dos participantes. Através do referencial adotado por nós neste estudo, podemos perceber as potencialidades das pessoas com diabetes e o poder que estas têm sobre suas ações na transformação consciente de sua situação saúde-doença e de seu ambiente. A educação em saúde de forma participativa apresentou-se como válida, satisfatória e como uma estratégia fundamental para a reflexão e discussão das situações de saúde, levando à tomada de consciência, o que conduziu a um melhor enfrentamento das situações vivenciadas⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo, identifica-se que diversas lacunas e inadequações estão presentes no modelo de educação em saúde vigente, sendo a educação problematizadora baseada na dialogicidade, um caminho eficaz para facilitar ao doente crônico, a possibilidade de adesão a novos hábitos de vida e para o desenvolvimento e aquisição de atitudes de autocuidado e corresponsabilidade com a sua saúde e doença. Este tipo de atividade de educação para a saúde aparece ainda como forma de reduzir a relação verticalizada entre doente/profissional de saúde, promovendo uma aproximação entre conceitos e conhecimentos de ambos.

Verificamos que o Círculos de Cultura são uma forma eficaz de oferecer suporte, apoio e orientações aos diabéticos, de forma adaptada às suas necessidades, construindo as informações e conceitos, a partir daquilo que faz parte da sua experiência e rotina. Ainda, por tratar-se de um trabalho em grupo, mostra-se como uma estratégia possível e adequada para desenvolver a participação ativa dos sujeitos, que se sentem acolhidos e compreendidos por aqueles que vivenciam as mesmas experiências.

Para nós, profissionais de enfermagem, o estudo foi válido, pois identificamos que o repasse de conceitos e informações é algo que apesar de necessário, não deve ocorrer de forma impositiva e vertical, mas sim a partir de troca, de construção conjunta, e na elaboração e construção de novos conhecimentos, ultrapassando o simples fato de ensinar e aprender. Este fato nos impõe a necessidade de refletir a respeito de nossa prática educacional e criar mecanismos capazes de superar este modelo, e o pensamento restrito que vincula o diabetes à restrição alimentar e ao sofrimento, abandonando a conduta de prescrever o que pode ou não comer.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Dias VD, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. Rev APS. 2009; 12(2):221-7.
3. Rego MAB. Educação para saúde como estratégia de intervenção de enfermagem junto às pessoas portadoras de diabetes. Revista Eletrônica de Enfermagem [online]. 2008 [acessado em 2011 23 jun]; 10(1):263-5. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a30.pdf>
4. Munari DB, Furegato ARF. Enfermagem e grupos. Goiânia: AB Editora; 2003.
5. Freire P. Pedagogia do oprimido. 36ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.
6. Oliveira NF, Munari DB, Bachion MM, Santos WS, Santos QR. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):558-65.
7. Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, Interface - Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16):39-52.
8. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria *empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20(4):1088-95.
9. Munari DB, Lucchese R, Medeiros M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. Cienc Cuid Saude. 2009; 8(suplem.):148-54.
10. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. Rev Latino-am Enfermagem. 2008; 16(2):256-62.
11. Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
12. Souza AC, Colime ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2005; 26(2):147-53.
13. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2): 307-14.
14. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. Rev Bras Enferm. 2010; 63(3): 397-403.
15. Zimmerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre: Artmed; 2000.
16. Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(1): 105-11.
17. Wendhausen AL, Saupe R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2005; 12(1): 17-25.
18. Coelho MS, Silva DMGV. Grupo educação-apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes mellitus. Cienc Cuid Saúde. 2006; 5(1):11-15.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, podemos analisar uma proposta de educação para a saúde, na perspectiva libertadora, enquanto estratégia de intervenção de enfermagem para indivíduos com diabetes. Aplicando os princípios teórico-filosóficos da educação problematizadora, percebemos que os participantes ainda possuem resquícios da educação bancária, frente a desistência de alguns dos participantes, bem como os relatos de alguns que se referiram ao repasse de informações, por meio de palestras, como o que esperavam encontrar nos encontros. No entanto, no percurso da proposta educativa, demonstraram avanço crescente na capacidade de ver além de seus limites e da situação na qual se encontram.

Os indivíduos mostraram-se capazes de realizar reflexões relacionadas aos seus próprios atos e discussões, procurando as causas dos mesmos e começando a ver soluções antes não percebidas. A dialogicidade apresentou-se como um caminho eficaz para facilitar ao portador de DM a possibilidade de adesão a novos hábitos de vida e para o desenvolvimento e aquisição de atitudes de autocuidado e co-responsabilidade com sua saúde e bem estar. Este passou a sentir-se capaz de cuidar-se e de promover ações que buscassem melhorar sua saúde.

Verificamos que o trabalho em grupo mostra-se como uma estratégia possível e adequada para desenvolver propostas educativas, na perspectiva emancipadora, possibilitando a participação ativa dos sujeitos e do enfermeiro na elaboração e construção de novos conhecimentos, ultrapassando o simples ato de ensinar e aprender, eliminando o conceito de que apenas o profissional possui o saber, percebendo nos pacientes um conhecimento rico e repleto de individualidades.

Destacamos que antes de iniciar o processo educativo é necessário conhecer, observar, olhar e questionar a realidade concreta, conhecer os sujeitos para quem esta ação está sendo oferecida, despis-se de conceitos científicos e de verdades absolutas e abrir a mente e os olhos para as inúmeras verdades e conhecimentos trazidos por aqueles que participam do processo educativo, deixando esse de ser uma via de mão única, para ser de mão dupla, onde ambos, educador e educando, trocam e compartilham de seus conhecimentos.

É preciso que se abram espaços participativos, dando tempo para as pessoas pensarem, discutirem e tentar resolver os problemas conjuntamente, pois o mais

importante neste processo é aprender uns com os outros e não dar respostas prontas. Acreditamos que este estudo contribuiu com os sujeitos ao mediar o processo de construção do conhecimento, na perspectiva emancipadora, possibilitando-lhes o movimento em direção à autonomia e à independência para o enfrentamento de seu problema de saúde.

Realizando esta aproximação, profissional-doente, conseguimos reconhecer não apenas as dificuldades do “ser diabético”, mas também, nos inserimos nela. Identificamos além das dificuldades e ônus inerentes a doença, também os bônus, como uma doença que também evidencia alguns benefícios intrínsecos para aqueles que as possuem. Foi também possível perceberem a importância que a família e aqueles que estão próximos, representam na vida do diabético, seja como sinônimo de apoio moral, social ou simplesmente para melhorar a adesão às práticas de saúde necessárias aqueles que enfrentam essa doença crônica.

A educação para a saúde planejada e desenvolvida, dentro da concepção dialógica e libertadora, se apresenta como uma importante estratégia de intervenção do enfermeiro que busca contribuir para o processo de emancipação dos usuários do serviço de saúde. A opção pelo referencial teórico do educador Paulo Freire, através dos CC, articulado à abordagem qualitativa oportunizou além de oferecer um cuidado de enfermagem voltado para as reais necessidades daqueles que o recebem, mas também refletir sobre como a educação em saúde vem sendo inserida, como estratégia de promoção da saúde no processo de trabalho das equipes de saúde. Além disso, esta metodologia permitiu que a coleta e análise dos dados fossem resultantes de um processo de ação e reflexão, em torno das experiências concretas dos sujeitos envolvidos: educador e educando.

Vislumbramos que este referencial encaixa-se perfeitamente nas necessidades das práticas de saúde, no nível primário, pois vai além de apenas repassar conhecimento, oferecendo a oportunidade de percepção e reflexão da situação vivenciada pelos indivíduos. Contribui ainda para a aproximação entre profissional e doente, através da construção de relações dialógicas entre os diversos atores do cenário de cuidado. As atividades, especialmente de promoção, direcionam para os indivíduos especialmente com doenças crônicas, necessitam de ações que visem, assim como neste estudo, buscar não apenas a saúde simplesmente, mas especialmente o melhor convívio com a doença, aceitação das mudanças necessárias e o bem estar daqueles que as possuem.

REFERENCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, n. 61, v. 1, p. 117-121, jan./fev. 2008.

AFONSO, M. L. M.; VIEIRA-SILVA, M.; ABADE, F. L. O processo grupal e a educação de jovens e adultos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 4, p. 707-715, out./dez. 2009.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 8, n.15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

ALONSO, I. L. K. *Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar*. a intervenção profissional na Saúde da Família em âmbito domiciliar. 2003. 265 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 9, n.16, p. 39-52, set. 2004/ fev. 2005.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical practice recommendations 2009. *Diabetes Care*, New York; v. 32, p. S1-S2, Jan. 2009. Supplement 1.

ARAÚJO, M. F. M.; GONÇALVES, T. C.; DAMASCENO, M. M. C.; CAETANO, J. A. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. *Revista da Escola Anna Nery de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 361-367, 2010.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 249-254, abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. *Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)*. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Diabetes Mellitus*. Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Cadernos de Atenção Básica, n. 16.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Normas e Manuais Técnicos*. Brasília, DF, 2006b. Caderno de Atenção Básica n.16, Série A.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF, 2008.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 249-254, abr. 2005.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 7-30, jan./mar. 1996.

BUSS, P. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, jan./mar. 2000.

CAMPOS-NAVARRO, R.; TORREZ, D.; ARGANIS-JUAREZ, E. N. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crônicas: un estudio en la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1271-1279, out. 2002.

CARDOSO, C. P.; COCCO, M. I. M. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 778-785, nov./dez. 2003.

CARVALHO, N. V.; NETA, D. S. R.; SILVA, G. R. F.; ARAÚJO, T. M. E. O processo Clínico Caritas de Jean Watson na assistência de enfermagem brasileira: uma revisão sistemática. *Revista Cultura de los Cuidados*, Valencia, v. 15, n. 29, p. 82-88, 2009.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 23-34, jul./set. 2004.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio Janeiro, n. 13, p. 2029-2040, dez. 2008. Suplemento 2.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. *A educação em saúde na prática do PSF*. Manual de enfermagem. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 17 fev. 2011.

COELHO, M. S.; SILVA, D. M. G. V. Grupo educação-apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com *diabetes mellitus*. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 5, n. 1, p. 11-15, jan./abr. 2006.

COSTA, K. S.; MUNARI, D. B. O grupo de controle de peso no processo de educação em saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 54-59. 2004.

COSTA, M. L.; LINDOLPHO, M. C.; SÁ, S. P. C.; ERBAS, D.; MARQUES, D. L.; PUPPIN, M.; DELATORRE, P. O idoso em terapêutica purimedamentosa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 3, n. 3, p. 261-266, jul./set. 2004.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 1-7.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF, 2002.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, jan./mar. 2007.

FRANZ, M. J.; WARSHAW, H.; DALY, A. E.; GREEN-PASTORS, J.; ARNOLD, M. S.; BANTLE, J. Evolution of diabetes medical nutrition therapy. *Postgraduate Medical Journal*, New York, v. 927, no. 79, p. 30-35, 2003.

FREIRE, A. M. A voz da esposa. A trajetória de Paulo Freire. In: GADOTTI, M. (Org.). *Paulo Freire uma Biobibliografia*. 3. ed. Brasília, DF: UNESCO, 2001. p. 27-67.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

_____. *Pedagogia da esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 36. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003a.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2003b.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: análise do manejo terapêutico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p.191-199, 2001.

GUERRA, C. A.; EVIES, A.; ALEIDA, R.; GARCÍA, L. Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 112-117, abr./jun. 2005.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HEIDEMANN, I. B. S.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; STULP, K. P. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 3, p. 416-420, maio/jun. 2010.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família*. 2006. 296 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida: uma alternativa*. 1994. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

IMONIANA, B. B. S. Crise de identidade em adolescentes portadores do Diabetes Mellitus tipo 1. *Psicologia para América Latina*, São Paulo, 2008. Disponível em <<http://psicolatina.org/Siete/diabetes.html>>. Acesso em: 14 jun. 2011.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. O toque de despertar para parar a epidemia global de diabetes. *Diabetes Clínica*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 183-164, maio/jun. 2006.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, jul./set. 2003.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 481-490, out./dez. 2004

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 15, no. 11, p. 1509-1516, dez. 1992.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARCON, S. S.; WAIDMANN, M. A. P.; CARREIRA, L.; DECESARO, M. N. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes doentes crônicos. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2. ed. Maringá: EdUEM, 2004. p. 265-282.

MARTINS, J. J.; BARRA, D. C. C.; SANTOS, T. M.; HINKEL, V.; NASCIMENTO, E. R. P.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. *Revista Eletrônica Enfermagem [on line]*, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 443-456, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2011.

MARTINS, J. L. A. *Nível de atividade física e fatores associados em diabéticos tipo II do município de Paracatu – MG*. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde)-Universidade Franca, Franca, 2009.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-135, jul./ago. 2004.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 3, p. 387-4003, maio/jun. 2010.

MOREIRA, R. C. *O cuidado de enfermagem para com o ser que vivencia uma complicação podológica, decorrente do Diabetes mellitus: um enfoque fenomenológico*. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

NUCCI, L. B. A nationwide population screening program diabetes in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 5, no. 16, v. 5, p. 320-327, 2004.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, L. M. A. C. *Acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado em enfermagem*. 2003. 234 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2003.

OREM, D. E. *Nursing: concepts of practice*. 5th ed. New York: Mc Graw-Hill, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Doenças crônico-degenerativas e obesidades: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, DF: Ministério as Saúde, 2003.

ORTIZ, M. C. A.; ZANETTI, M. L. Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, n. 9, v. 3, p. 1-11, maio 2001.

PACHECO, H. A. *Educación Permanente para el sector salud*. Colombia: Postergraph, 1999.

PAIVA, D. C. P.; BERBUSA, A. P. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família no Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006.

PEREIRA, F. R. L.; TORRES, H. C.; CÂNDIDO, N. A.; ALEXANDRE, L. R. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 8, n. 4, p. 594-599, out./dez. 2009.

PINHEIRO, C. P. O.; SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V.; FERNANDES, A. F. C. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 156-164, jul./ago. 2008.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 8, n. 1, p. 55-62, 2003.

RÊGO, M. A. B. *Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem junto às pessoas portadoras de diabetes*. 2004. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.

RÊGO M. A. B.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 60-70, jan./mar. 2006.

RUIZ, V. R.; LIMA A. R.; MACHADO, A. L. Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 190-196, abr./jun. 2004.

SANTANA, E. A.; HARPAZ, T. T.; SILVA, S. A. P. S. Fatores motivacionais que levam à prática e à não-prática de atividades físicas em adolescentes e adultos jovens antes e depois do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1. *Revista Digital*, São Paulo, v. 96, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd96/diabetes.htm>>. Acesso em: 25 set. 2011.

SANTOS, A. R. *Metodologia científica: a construção do conhecimento*. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

SANTOS, E. C. B.; ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M.; SANTOS, M. A. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e seu principal cuidador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 397-406, maio/jun. 2005.

SANTOS, E. C. B.; ZANETTI, M. L.; SOTERO, M. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 87-95, maio/jun. 2005.

SANTANA, E. A.; HARPAZ, T. T.; SILVA, S. A. P. S. Fatores motivacionais que levam à prática e à não-prática de atividades físicas em adolescentes e adultos jovens antes e depois do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1. *Revista Digital*, São Paulo, n. 96, v. 1, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd96/diabetes.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

SAUPE, R.; BRITO, V. H.; GIORGI M, D. M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: SAUPE, R. (Org.). *Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1998. p. 245-272.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e participantes. *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, set./fev. 2005.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.115-136.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SMITH, M. El pluralismo. In: MARSH, D.; STOKER, G. *Teoría y métodos de la ciencia política*. Madri: Aliança Editorial, 1981. p. 217-234.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Atualização sobre diabetes*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005. .

_____. *Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes melito do tipo 2*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

_____. *Diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2*. 2000. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

_____. *Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo, 2009.

SOUZA, A. C.; CALOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma perspectiva facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, abr./jun. 2005.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Revista Latino-Americano Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 145-152, mar./abr. 2007.

SWANSON, K. M. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. *Journal of Nursing Scholarship*, Indianapolis, v. 25, no. 4. p. 143-151, out. 1993.

TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 88-96, jan./mar. 2002.

- TOLMAN, K. G.; FONSECA, V.; DALPIAZ, A.; TAN, M. H. Spectrum of liver disease in type 2 Diabetes and management of patients with Diabetes and liver disease. *Diabetes Care*, New York, v. 30, no. 3, p. 734-743, Mar. 2007.
- TORRES, H. C.; FRANCO, L. J., STRADIOTO, M. A.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 291-298, abr./jun. 2009.
- TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 9, v. 4, p. 25-36, out./dez. 2004.
- VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.
- WAIMAN, M. A. P.; ELSEIN, I.; MARCON, S. S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 8, no. 2, p. 282 – 291, 2006.
Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a13.htm>. Acesso em: 18 set. 2011.
- WILLIAMS, G.; PICKUP, J. C. *Manual de diabetes*. 2. ed. Espanha: Aventis Pharma, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Diabetes: diabetes facts*. Fact sheet nº 312. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>>. Acesso em: 13 set. 2011.
- _____. *Ottawa Charter for Health Promotion: Health Promotion (HPR)*. 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>>. Acesso em: 13 set. 2011.
- WOSNY, A. M. *Nasce o sol no sol poente: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde*. 1994. 121f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, 1994.
- XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 1, no. 18, p. 124-130, 2009.
- ZANATTA, E. A.; MOTTA, M. G. C. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. *Revista Gaucha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 556-563, out./dez. 2007.

APENDICE

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**GRUPO DE APOIO A DIABÉTICOS: LIMITES E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO**”, que tem por objetivo investigar as possibilidades terapêuticas de uma intervenção por meio de grupo de apoio a diabéticos e será orientada pela professora Dr^a. Sonia Silva Marcon da Universidade Estadual de Maringá. Sua participação é muito importante e ela se dará por meio da participação em reuniões semanais do grupo de apoio. Durante estes encontros serão realizadas atividades manuais, dinâmicas de grupo e discussões de assuntos relacionados ao diabetes. Informamos que poderá ocorrer desconforto em verbalizar sua vivência enquanto diabético, sentimentos e experiências diante de outros participantes, estando a pesquisadora e coordenadora do grupo disponível após cada encontro, para conversa individual, orientações e assistência de enfermagem, sempre que solicitado a individualidade das verbalizações. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade, sendo a entrevista gravada com aparelho de MP3, para posterior transcrição e análise dos resultados. O benefício esperado é a possibilidade de trocar experiências e compartilhar conhecimentos. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar no endereço abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa coordenada pelo Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon.

_____ **Data** ____ / ____ / ____
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ **Data** ____ / ____ / ____
Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador:
Dr^a. Sonia Silva Marcon. Av. Colombo, 5790. CEP: 87020-900. Departamento de
Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Fone: 3011-4513. E-mail:
soniasilva.marcon@gmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser
esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo
Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B