

Enfermagem 7270
R 133/13237/02
2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VIVÊNCIA GRUPAL
Estratégia de Engajamento no Autocuidado em
Diabetes

Enfermagem
7270
R 133/13237/02
2004

MÁRCIA BARROSO CAMILO DE ATAÍDE

Fortaleza – Ceará
2004

MÁRCIA BARROSO CAMILO DE ATAÍDE

VIVÊNCIA GRUPAL

Estratégia de Engajamento no Autocuidado em Diabetes

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Assistência Participativa de Enfermagem Clínico-Cirúrgica em Situação de Saúde-Doença

Projeto de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem: Caminho para Prevenir e Reabilitar.

Profª Drª Marta Maria Coelho Damasceno
Orientadora

Fortaleza – Ceará
2004

REPOSICIONAMENTO DE DOCUMENTOS DE ACORDO COM O NÚMERO DE ACERVO

CLASSIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS

CLASSIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS DE ACORDO COM O NÚMERO DE ACERVO

A862v Ataíde, Márcia Barroso Camilo de
Vivência Grupal [manuscrito]: estratégia de engajamento no
autocuidado em diabetes / Márcia Barroso Camilo de Ataíde.-2004.
210f.

Cópia de computador.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará,2004.

Orientação: Profa. Dra. Marta Maria Coelho Damasceno

1. Diabetes *mellitus* - Autocuidado 2. Enfermagem em saúde
pública

I. Título

CDU: 616.379-008.64

Esta tese contou com apoio financeiro, em forma de incentivo à pós-graduação, da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, por intermédio da Direção do Centro de Ciências da Saúde, e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq.

MÁRCIA BARROSO CAMILO DE ATAIDE

VIVÊNCIA GRUPAL

Estratégia de Engajamento no Autocuidado em Diabetes

Profª Drª Marta Maria Coelho Damasceno
Presidente

Profª Drª Maura Maria Guimarães de Almeida
1ª. Examinadora

Profª Drª Francisca Lucélia Farias
2ª. Examinadora

Profª Drª Ana Fátima Carvalho Fernandes
3ª. Examinadora

Profª Drª Zuila Maria de Figueirêdo Carvalho
4ª. Examinadora

Profª Drª Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Suplente

Profª Drª Lúcia de Fátima da Silva
Suplente

Fortaleza-Ceará
2004

Porque para Deus nada é impossível.
Lucas 1:37

Dedico este estudo

Aos meus pais, Camilo e Rocivalda, pelas palavras estimuladoras e atitudes de amor em todo o percurso da minha vida. Em vocês encontro segurança e paz.

Ao meu marido, Jader, e ao meu filho Victor, pela compreensão quando eu já não sabia como conciliar minha vida familiar e de pesquisadora. Quanto dilema! Amo vocês demasiadamente.

Ao meu irmão, Silas, e a minha cunhada Norma pelas orações nos momentos de maiores angústias. Sem suas orações, sei que não teria conseguido concluir esta tese. Sou grata a Deus por vocês existirem.

Ao Cainan e Camila, meus sobrinhos queridos, o meu carinho.

À Rosalice, minha cunhada, a minha mais absoluta admiração, por você ter demonstrado como o amor pode estimular outros a vencerem os maiores obstáculos da vida, mesmo que um destes seja uma doença incurável.

In memoriam

Ao meu irmão Fred que, durante o seu processo no confronto com a morte, saiu vencedor, por intermédio de Jesus Cristo, indo para os braços do Pai. Você vive eternamente, disto eu tenho certeza, porque não há absolutamente nada impossível para o nosso Pai.

Agradecimento especial

Ao meu Deus, único e eterno Jesus, fonte de toda a minha inspiração e do conhecimento aqui construído.



À Profª Drª Marta Maria Coelho Damasceno que, além de saber conduzir as orientações desta tese com autenticidade e competência, soube me acolher, me consolar e me dar a mão nos momentos mais embaraçosos.

À você, Marta, a minha gratidão e tenha certeza de que estarei orando pela sua vida para que você encontre a verdadeira paz.

*A todas as mulheres diabéticas que
caminharam comigo com determinação
durante todas as etapas desse estudo.
Continuaremos juntas no processo de
engajamento no autocuidado.*

AGRADECIMENTOS

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.

Ao Núcleo de Atenção Médica Integrada-NAMI, da Universidade de Fortaleza, por haver permitido a realização desta pesquisa.

À Prof^a Dr^a Lorita Marlena Freitag Pagliuca, por ter sido generosa e pelas palavras de incentivo.

Aos membros da banca examinadora, pelas contribuições.

Às minhas colegas de doutorado, Augediva e Sônia, pelo carinho e por me permitir em conviver com vocês.

Às minhas colegas da UNIFOR, que dividem comigo a disciplina de Estágio Supervisionado I, Ana Lúcia, Fátima Gondin e Mirian Calíope, pelo apoio sempre presente.

Às alunas do curso de enfermagem, pela parceria constituída para que pudéssemos alcançar o tal almejado engajamento no autocuidado das mulheres diabéticas.

SUMÁRIO

1 OBJETO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	15
2 OBJETIVOS	31
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	33
3.1 Teoria de Enfermagem e Autocuidado.....	34
3.2 O Trabalho com Grupos.....	41
3.3 Conferências de Promoção da Saúde.....	46
4 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS.....	50
4.1 Modalidade da Pesquisa.....	51
4.2 Ambiente da Pesquisa.....	56
4.3 Seleção dos Sujeitos	59
4.4 Programação e Execução das Atividades do Grupo de Educação para o Autocuidado em Diabetes.....	62
4.5 Interfaces do Processo de Engajamento no Autocuidado: O Grupo Focal.....	65
4.6 Organização e Análise das Informações.....	69
4.7 A Conduta Ética na Pesquisa.....	71
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES.....	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
7 REFERÊNCIAS	160
8 ANEXOS E APÊNDICES	170

RESUMO

Apesar de tantos esforços em maximizar a adesão do diabético em seguir o tratamento, este não incorpora atitudes de autocuidado, tão necessárias à sua qualidade de vida. Diante disto defende-se a tese de que o trabalho em grupo é uma estratégia facilitadora do processo de engajamento do diabético no autocuidado. Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar o processo de engajamento no autocuidado em pessoas diabéticas que participaram de vivências grupais de educação. Trata-se de uma pesquisa-ação, com abordagem predominantemente qualitativa, realizada no Núcleo de Atenção Médico Integrada, da Universidade de Fortaleza, no Município do mesmo nome. As participantes foram trezes mulheres diabéticas, que, durante o período de março a outubro de 2003, participaram das três etapas da pesquisa: identificação dos déficits de autocuidado, atividades do grupo de educação para o autocuidado em diabetes e grupo focal. A Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem serviu para selecionar os sujeitos e programar as atividades do grupo. As informações foram analisadas à luz das Conferências de Promoção da Saúde, e de estudiosos de Educação em Saúde e em diabetes. Os resultados apontaram que os déficits de autocuidado que dificultavam o engajamento das mulheres foram: limitação para fazer julgamento, indicativo de desequilíbrio de manutenção da saúde, falta de conhecimento sobre sua condição de saúde. Tais déficits estão relacionados aos fatores biológicos e psicossociais o que leva-se a considerar que a inter-relação desses fatores influencia no engajamento no autocuidado das diabéticas. A totalidade das mulheres diabéticas (13) se engajou no autocuidado, sendo que 8 desenvolveram habilidades para lidar com todos os déficits de autocuidado - engajamento total - e as demais (5) desenvolveram pelo menos uma das habilidades para lidar com os déficits de autocuidado. O engajamento no autocuidado foi consolidado pelas mulheres quando incorporaram atitude de cuidado, tais como a participação em grupo de caminhadas na Comunidade do Dendê, a continuidade do tratamento farmacológico a partir das discussões reflexivas e contextualizadas à realidade vivida por elas e a adesão à alimentação saudável. O desconhecimento e as dúvidas sobre a patologia foram minimizados, pois houve a construção de conhecimento permeado pelo diálogo e aprendizado mutuo. No processo do engajamento, é preciso considerar que essas mulheres vivem à margem das condições fundamentais de saúde, além de não aceitarem a doença. Convivendo com a violência, desigualdade social, desemprego, fragilidade dos serviços de saúde, falta de condições financeiras para comprar alimentos adequados e sendo atendidas no modelo hegemônico que prioriza os aspectos biológicos, as vivências em grupo de "educação para o autocuidado" ensinaram o engajamento no autocuidado dessas mulheres. Em grupo houve uma co-construção dialógica, possibilitando o engajamento no autocuidado pela compreensão dos fatores biológicos e psicossociais que norteiam o processo de engajamento.

ABSTRACT

Despite so many efforts to maximize the adherence of diabetic patient to follow his treatment, he does not incorporate self care attitudes, which are so much necessary for his quality of life. Before this fact, the thesis is held, that group work is a strategy which eases the engagement process of diabetic into self care. This research had, as a general objective, to analyze the engagement process into self care of diabetic persons who took part in group educative experiences. It is an action-research, with a mostly qualitative approach, undertaken at the Integrated Medical Assistance Nucleus, of the University of Fortaleza, at the district of the same name. The partakers were thirteen diabetic women, who, throughout the period from March to October 2003, participated of the three stages of the research: identification of self care deficits, educative group activities for self care in diabetes and focal group. The Orem's theory on self care deficit was of use to select subjects and programming group activities. Information were analyzed to the light of the Health Promotion Conferences, and of scholars of Education on Health and on Diabetes. The results pointed out that the deficits in self care which hindered the engagement of women were: limitation to make judgment, indicating unbalance in health maintenance, lack of knowledge about their health condition. Such deficits are related to biologic and psychosocial factors, which leads to consider that the relationship between those factors influences the engagement on self care of diabetic women. All the diabetic women (13) did engage in self care, being the case that 8 of them developed abilities to deal with all the self care deficits – total engagement – and the other (5) developed at least one of the abilities to deal with the self care deficits. The engagement in self care was consolidated by women when they incorporated an attitude of self care, such as participation in walking group in the community of Dendê, the continuity of pharmacological treatment as from the reflective and contextual discussions towards the reality they experienced and from the adherence to healthy nutrition. The ignorance and doubts about pathology were reduced to a minimum, as there was a knowledge build-up pervaded by mutual dialog and learning. In the process of engagement, it is necessary to consider that those women live away of fundamental health conditions, besides the fact that they do not accept the disease. Living with violence, social inequality, unemployment, precariousness of health services, lack of financial conditions to buy adequate foods and being assisted in the hegemonic model that prioritizes biologic features, the group experiences of education on self care gave chance to the engagement on self care of those women. There was, within the group, a dialog related cooperative construction, enabling the engagement on self care through the understanding of the biologic and psychosocial factors that guide the process of engagement.

1 OBJETO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Ao longo da minha experiência profissional com os diabéticos, quer seja construindo estudos¹ na expectativa de que estes possam contribuir na qualidade de assistência a esta clientela, ou cuidando dos diabéticos no decorrer da consulta ambulatorial de Enfermagem, tenho constatado que ainda há algo a ser conquistado: a adesão da clientela ao tratamento diabetológico. Expresso isto porque, apesar de tantos esforços em maximizar esta adesão, o diabético ainda tem enorme dificuldade em seguir o tratamento preconizado e, conseqüentemente, não incorpora atitudes de autocuidado tão necessárias à sua qualidade de vida.

Essa dificuldade não é apresentada apenas por aqueles recém-diagnosticados, mas pelos diabéticos que há muito tempo foram acometidos por esta patologia. Por isso, independentemente do tempo de doença, o estímulo do seguimento do tratamento e do autocuidado dos diabéticos deve ser uma meta a ser perseguida pelos enfermeiros, pois assim estaremos contribuindo para a melhoria da qualidade vida e para a diminuição das complicações que se originam do descontrole metabólico.

Recentemente, como professora da disciplina Estágio Supervisionado I, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza- UNIFOR, após reestruturação da metodologia de trabalho e locais de estágio, e incorporando os conceitos de Educação em Saúde, avancei rumo ao *locus* da vivência dos diabéticos residentes na Comunidade do Dendê, no Município de Fortaleza-CE, atendidos no Núcleo de Atenção Médica Integrada-NAMI, da referida Academia.

¹ATAIDE, M. B. C.; PAGLIUCA, L.M.F.; DAMASCENO, M.M.C. Inter-relação da teoria de Peplau com o cuidado ao diabético. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.55, n.6, p.674-679, nov./dez, 2002.

¹ATAIDE, M. B. C.; DAMASCENO, M.M.C. Os signos da amputação para o diabético. In: ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA DA UNIFOR, II., 2002, Fortaleza. *Resumos...* Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2002, p.104.

ATAIDE, M.B.C.; COLLETTI, T.M. Caracterização da clientela diabética assistida no ambulatório de Enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, XI., 2001, Belém. *CD-Rom/ Resumos...* Belém: ABEn/Seção PA, 2001.

CASTRO, K.S. de.; SILVEIRA, E.S.; ATAIDE, M. B. C. O *Diabetes mellitus* em aposentados: detectando para uma ação preventiva. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA DA UNIFOR, VII., 2001, Fortaleza. *Resumos...* Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2000, p.185.

MARROCOS, F.R.T.; ATAIDE, M. B. C. Campanha nacional para detecção do *Diabetes mellitus* tipo II: a quem interessa? In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA DA UNIFOR, VII., 2001, Fortaleza. *Resumos...* Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2000, p.193.

SILVA, A. R. V.; GOMES, A. L.; ATAIDE, M. B. C. Estratégias inovadoras na Educação em Saúde de indivíduos com diabetes e hipertensão arterial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., Recife. *Resumos dos Trabalhos...* Recife: ABEn/Seção PE, 2000, p. 62.

GOMES, A. L. A.; SILVA, A. R. V.; ALMEIDA, D. T.; ATAIDE, M. B. C. A utilização dos diagnósticos de Enfermagem sugeridos pela taxonomia da NANDA no cuidado ao cliente diabético insulino dependente. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, I., SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 2000, João Pessoa. *Programa e Resumos...* João Pessoa: ABEn/Seção PB, 2000, p.58.

Para identificar esta clientela, realizei inúmeras visitas domiciliares e também dei agilidade à busca ativa dos diabéticos com a divulgação de ²programas sobre saúde na rádio comunitária. Nestas ocasiões, constatei que muitos eram os diabéticos que lá viviam.

Esta experiência me ensejou visualizar o diabético fora do contexto ambulatorial, até então priorizado por mim, em outras unidades de saúde; agora, os diabéticos encontravam-se em seus espaços de domínio, das suas vivências — nos domicílios e demais espaços da comunidade. Assim como nos ambulatórios, nestes espaços, ficaram constatadas as dificuldades do diabético em seguir o tratamento e em incorporar comportamentos e atitudes que o conduzam para o autocuidado cotidiano.

Lembro-me de que, durante uma visita a uma cliente, 52 anos, diabética há 8 anos, insulino dependente, pedi permissão para ver onde ela conservava a insulina; para minha surpresa, embora a cliente verbalizasse conhecimento sobre a conservação da insulina, esta era mantida na gaveta abaixo do congelador, o que não é recomendado, em razão da sua ineficácia se for submetida às baixas temperaturas. Além disto, a dosagem de insulina não era utilizada conforme prescrição, pois a cliente a administrava somente quando apresentava algum sintoma de hiperglicemia, como polifagia, polidipsia ou poliúria. Quando ensinei sobre o modo correto de sua conservação, e a importância do uso da insulina conforme prescrição, parecia que a cliente nunca havia ouvido esta orientação.

Outro caso bastante peculiar foi o de uma cliente diabética, 60 anos, com retinopatia diabética. Durante nossa interação, seus relatos sobre o planejamento alimentar não justificavam o descontrole glicêmico constatado após a realização da glicemia capilar. Repentinamente sua neta disse que a avó não seguia a dieta estabelecida e, somente a partir daí, a cliente iniciou a falar das dificuldades consideradas por ela em manter uma alimentação equilibrada.

Estas situações me levaram a acreditar que o não-seguimento do tratamento e a não-incorporação de práticas de autocuidado podem ser uma

² FREIRE, J.J.; ATAÍDE, M. B. C. A divulgação da saúde pela rádio comunitária. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA DA UNIFOR, VIII., 2002, Fortaleza. Resumos... Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2002, p.210.

conseqüência do desencontro da orientação dada pelo profissional de saúde em relação ao entendimento desta informação. Por outro lado, este fato me inquieta porque está sempre mostrando que a Enfermagem pode ter uma parcela de responsabilidade nestas situações, uma vez que, dentre os profissionais de saúde, os enfermeiros são os que convivem mais perto desta clientela.

Assim, insatisfeita com este fato, procurei comprovar na literatura se estes problemas com a clientela diabética também faziam parte do cotidiano de outros enfermeiros, ou seja, se os estudos apontavam as dificuldades dos diabéticos em seguir o tratamento diabetológico, havendo eu constatado que estes não são novos, mas vêm se perpetuando ao longo dos anos.

Zanetti (1990), após confirmar que o diabético não tem controle adequado sobre a sua doença, por não seguir o tratamento, sugere que o enfermeiro desempenhe seu papel de educador, pois assim poderá criar oportunidade de aprendizagem sobre a convivência com uma doença crônica.

Nesta perspectiva, o enfermeiro deve implementar novas práticas de cuidado capazes de promover a saúde dos diabéticos, já que a adesão ao tratamento e o autocuidado são os pontos mais frágeis da Educação em Saúde e que, portanto, merecem ser fortalecidos e refletidos profundamente.

Estudo realizado por Nunes (1993), objetivando examinar a motivação para o exercício do autocuidado em diabético adulto, mostrou que apenas 5% da clientela investigada determinaram alta motivação para o autocuidado.

Isto confirma a dificuldade do diabético seguir o tratamento e reitera o fato de que o cuidado é complexo, tanto para o enfermeiro como para o cliente, já que é difícil modificar estilos de vida — dieta, exercício, tabagismo — e ainda mais manter estas modificações continuamente. Entendo que enfrentar, no dia-a-dia, os requisitos de uma doença transcende o cuidado clínico e impõe uma dimensão educativa que facilite a compreensão dos requisitos terapêuticos capaz de motivar o diabético a se capacitar e a assumir o tratamento proposto e o autocuidado diário.

A proposta de atendimento ao diabético envolvendo a equipe interdisciplinar foi compartilhada por Takahashi et alii (1993), por acreditarem que esta modalidade de atuação propicia condições favoráveis para a aceitação de doença e da efetivação da educação diabetológica e, conseqüentemente, da adesão ao tratamento e controle da patologia.

A dificuldade no autocuidado e o não-seguimento do tratamento estão atrelados à realidade de que o diabético não é orientado adequadamente por não haver uma estratégia de Educação em Saúde que desperte a sua autonomia e estimule o seu envolvimento no tratamento. Quando cogito nisto, não estou desvalorizado ou desmerecendo o que até aqui tem sido feito pelos enfermeiros, mas estou me referindo à ausência de práticas de cuidado que consigam minimizar a dificuldade desta clientela em conviver no seu cotidiano com a doença.

Damasceno et alii (1995) classificaram os problemas identificados na clientela diabética segundo áreas específicas e constataram a predominância dos problemas típicos do *Diabetes mellitus* e um quantitativo elevado de hiperglicemia, demonstrando que a clientela está mal controlada e susceptível às complicações agudas e crônicas da patologia.

É importante esclarecer que os episódios de hiperglicemia são causados pela não-compreensão, inadequação ou não-efetivação do tratamento, quer seja farmacológico ou não farmacológico, pelo diabético, exceto quando alguns determinantes genéticos não o protegem destas complicações, independentemente do autocuidado que realize.

Acreditando que a dificuldade dos diabéticos em seguir o tratamento decorria da não-compreensão das informações fornecidas pelos enfermeiros, durante a consulta ambulatorial, Almeida et alii (1995) avaliaram a capacidade de compreensão e memorização dos diabéticos sobre a patologia e o tratamento preconizado, havendo concluído que uma pequena parcela apresentou índices de acerto considerados adequados, e que os pacientes necessitam de reforço dos seus conhecimentos, pois as informações não se transformaram em conhecimento apreendido.

Tudo isto me faz pressupor que os diabéticos recebem orientações, dos profissionais de saúde, desconexas em relação ao seu contexto vivido, talvez pela pouca oportunidade da verbalização desta clientela sobre sua condição, no momento da consulta ambulatorial, o que interfere no seguimento do tratamento e na incorporação do autocuidado.

A complexidade destas pessoas e suas maneiras de lidar com o autocuidado me deixam num *continuum* de insatisfação que me leva a repensar as ações de Enfermagem nas quais alicerçamos o saber-fazer do cuidado. Isto, por si, constitui uma dialética, pois muitos saberes e fazeres da Enfermagem são construídos e incorporados sob a égide do conhecimento clínico em detrimento do saber elaborado pelos sujeitos vivenciadores do mundo diabético.

Isto me fez lembrar uma jovem de 24 anos que, após saber do diagnóstico de *Diabetes mellitus*, foi atendida por mim na consulta de Enfermagem. Sua expressão de medo, dor e preocupação transformou-se em lágrimas incontidas e demonstrou como é difícil aceitar-se como diabético. Não bastava apenas um atendimento ambulatorial, pois percebi que ela precisava ser acompanhada mais de perto, uma vez que, no contexto ambulatorial, eu não conseguia abarcar tantos enigmas que envolviam o seu adôcemento, e que estes poderiam fazer com que esta jovem não aderisse ao tratamento, impossibilitando assim a incorporação do autocuidado integral tão necessário para sua saúde.

As várias experiências com os diabéticos sinalizaram para um tipo de cuidado que pudesse facilitar a revelação de seu viver com diabetes e das dificuldades em incorporar o autocuidado cotidiano. Pensando assim, convidei alguns diabéticos para podermos discutir, em grupo, sobre temas relacionados à sua saúde. Após o aceite, iniciei os nossos encontros, e tenho observado que os diabéticos expressam com maior liberdade, em depoimentos espontâneos, não somente sobre o convívio com a doença, mas também acerca da vida pessoal e familiar e como ser social.

Fiquei perplexa com o comportamento dos diabéticos nestes encontros³ grupais e, assim, vislumbrei a possibilidade de ser, como enfermeira, uma verdadeira co-participante do processo de cuidado dessas pessoas.

Esta é uma rica oportunidade de cuidar do diabético com qualidade, pois sei das dificuldades que nós, enfermeiros, enfrentamos na maioria dos serviços públicos, pelo seguimento de uma rotina árdua de atendimento individualizado, caracterizado pela produtividade do atendimento, podendo com isto comprometer a qualidade do cuidado com algumas conseqüências que podem ser importantes no sentido do agravo da saúde dos diabéticos. A consulta sob esta óptica passa a ter como prioridade a produção, e deixa de se tornar um momento exclusivo do diabético, pondo em evidência a doença.

Faria (1995), inconformado com o atendimento que focaliza o corpo-biológico, tece uma crítica aos serviços de saúde, pois nestes predominam o atendimento aos problemas, as ações de caráter curativo, desconsiderando sobremaneira os fatores psicológicos, culturais e sociais que também participam da gênese da doença.

Isto significa dizer que, muitas vezes, no atendimento ambulatorial, o mundo vivido do diabético é desconsiderado, sendo apenas valorizado o universo da doença. Esta forma de atendimento precisa ser repensada, para que outros aspectos essenciais do ser humano estejam articulados aos aspectos clínicos, também necessários ao resgate de saúde dos diabéticos, como o autocuidado vinculado à vida do diabético, como meta terapêutica, já que a clientela tem dificuldade em seguir o tratamento.

Avaliar o cuidado prestado à clientela diabética nos serviços de saúde foi assunto-alvo dos estudos de Araújo et alii (1999) e de Assunção, Santos e Costa (2002), por considerarem que o *Diabetes mellitus* exige um manejo complexo, dadas

³ BARROS,R.S.; TIMBÓ,I.O.;ATAIDE, M. B. C. Vivenciando a Educação em Saúde grupal com pessoas diabéticas e hipertensas. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA DA UNIFOR, VIII, 2002, Fortaleza. **Resumos...** Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2002.

as dificuldades enfrentadas pelos diabéticos no que concerne às mudanças de práticas relacionadas ao estilo de vida.

Ide e Chaves (1992), cientes de que as doenças crônico-degenerativas tendem a vitimar um maior número de pessoas, e que isto se reflete numa progressiva demanda nos serviços de saúde sem que se tenham instrumentos para enfrentá-los como um problema de saúde pública, fundamentaram uma proposta de atendimento ambulatorial sistematizado ao diabético, considerando o levantamento das habilidades e o conhecimento do cliente em relação a sua doença, ou seja, seus hábitos alimentares, atitudes de autocuidado e ajuste psicossocial e emocional.

Compete ao enfermeiro, cujo objeto de trabalho é o cuidado, resgatar no diabético o engajamento no autocuidado a partir do estímulo ao compromisso em seguir o tratamento e a enfrentar as situações que possam comprometer o cotidiano do autocuidado.

Nas consultas ambulatoriais, o enfermeiro procura realizar atividades de Educação em Saúde, mas concordo com a crítica que Villa (2000) formula sobre estas práticas como caracterizadas por um trabalho basicamente informativo, constituindo-se na concretização de uma tarefa, ignorando as experiências dos seus participantes, tornando-os entes meramente presentes, desprovidos de saber.

Enquanto permanecermos com essa postura, de meros repetidores de regras e de informações, especialmente para com o diabético, não promoveremos a troca de conhecimentos e não permitiremos aos seus envolvidos expressarem os seus pensamentos, suas falas, sentimentos, enfim, não admitiremos uma exposição do mundo de vida de seus participantes. Tudo isto pode dificultar ou impedir a renovação do conhecimento em saúde e a possibilidade de viver saudável do diabético, culminando ainda com o não-seguimento do tratamento e o não-engajamento no autocuidado.

Mas, como estimular o autocuidado contínuo do diabético?

Como ensinar ao diabético a verbalização de suas dificuldades em relação ao seguimento do tratamento no seu cotidiano?

Para responder a tais indagações, recorri novamente à literatura que aborda a preocupação do enfermeiro com o autocuidado do diabético e para saber o que os enfermeiros têm feito sobre isto.

Pereira (1980) realizou um levantamento da problemática da educação do diabético para o autocuidado e, a partir deste, formulou o programa de um curso para instrução de diabéticos com instrumento de verificação do aprendizado, com a intenção de fornecer subsídios para posterior utilização pelos enfermeiros.

Uma proposta de integração entre o hospital e a comunidade, visando a maximizar o autocuidado do diabético na unidade familiar, foi feita por Luce et alii (1991), que, durante a internação do diabético, realizavam cuidados de Enfermagem de forma a envolver a família neste processo, para que pudesse consolidar um autocuidado participativo.

Nunes (1993) recorda que o exercício do autocuidado depende da motivação do diabético, e que esta se relaciona com a sua competência e suas capacidades físicas, mentais e motivacionais.

Muitas são as peculiaridades do cuidado do diabético e que envolvem uma série de fatores interferentes no autocuidado contínuo, cabendo a nós, enfermeiros, utilizar estratégias que viabilizem não apenas o desempenho de comportamentos saudáveis, mas, sobretudo, que se construa uma relação de cooperação entre o cuidador – enfermeiro – e a pessoa cuidada – diabético – para que possamos atingir o engajamento no autocuidado cotidiano no diabético.

O diabético é alguém que exerce suas atividades de vida diária como qualquer outra pessoa não diabética, e que precisa ser saudável para que o desempenho destas atividades não seja afetado, e com isto trazer riscos à sua saúde, entendida aqui não apenas como ausência de complicações crônicas ou agudas da patologia, mas como uma dinâmica equilibrada entre os fatores biológico, psicológico e social.

O estudo de Fernandes (1995) operacionalizou a assistência de Enfermagem ao diabético do tipo 1, utilizando a Teoria do Autocuidado, de Orem, objetivando identificar os diagnósticos de Enfermagem. Dentre estes, destacaram-se o déficit de conhecimento com o trato do diabetes, relacionado à falta de familiaridade de recursos de informações e a intolerância à atividade com os fatores relacionados diferenciados para as clientes.

Tejada e Soledad (1996) estimularam a conduta de autocuidado de pacientes diabéticos atendidos em um hospital, com arrimo nos fatores básicos condicionantes descritos por Orem, e concluíram que as demandas de autocuidado são superiores às capacidades dos diabéticos realizarem a ação deliberada de autocuidado. Sugerem a incorporação, à prática da Enfermagem, dos diagnósticos mais precisos da demanda de autocuidado que possam melhorar o cuidado de Enfermagem a estes pacientes.

Rabelo e Padilha (1999) dizem que certos aspectos do *Diabetes mellitus* têm efeitos diretos na qualidade de vida, mas acreditam que, com a participação do cliente em atividades educativas, estes devem ser amenizados, pois, na medida em que o cliente participar dessas atividades, ele se conscientiza da necessidade de adesão ao tratamento, envolve-se no autocuidado e assim pode evitar as complicações que afetam a qualidade do seu cotidiano.

Ora, o processo de aprendizagem é facilitado quando ocorre uma interação do indivíduo consigo e com a sua realidade de vida, ou seja, quando ele contextualiza o que aprendeu ao seu cotidiano, terá mais chances de incorporar o tratamento e o autocuidado contínuo. Não tem sido, porém, esta a nossa prática assistencial, pelo contrário, o que é feito são atendimentos repetitivos, um modelo de consulta individual baseado em orientações, que valorizam as regras e normas de como viver com diabetes, sem, contudo, nos preocuparmos em desenvolver naquele que vive o processo saúde-doença as potencialidades para cuidar de si. Esse modelo de assistência não permite o encontro entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar e ser cuidado, deixando no oculto a dimensão do autocuidado.

Duran e Cocco (2003), cientes da necessidade do envolvimento dos profissionais de saúde no cuidado do diabético por meio das estratégias educativas que possam facilitar o desenvolvimento do processo educativo dessa clientela, elaboraram um *software* sobre *Diabetes mellitus* para subsidiar a sua assistência.

O diabético é um indivíduo que necessita ser cuidado e estimulado para o autocuidado, em função de ser portador de uma doença crônico-degenerativa, com aumento de sua prevalência, atualmente com índice de 7,6% na população de 30 a 60 anos. Calcula-se que, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no País, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos atuais 5 milhões de diabéticos, no ano de 2000 (BRASIL, 2001).

Devemos estar mais bem preparados para cuidar dessas pessoas. Não podemos, como profissionais de saúde, ficar inertes a esta realidade devastadora em nosso País.

Barbosa, Barcelo e Machado (2001) confirmam que o *Diabetes mellitus* é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, após resultados preliminares da campanha nacional de detecção de casos suspeitos, realizada nos meses de março a abril de 2001. Constataram que das 20 milhões de pessoas que realizaram glicemia capilar, identificaram-se 3,3 milhões de suspeitos de *Diabetes mellitus*, o que corresponde a 16% do total da população testada.

Volto a chamar atenção para o fato de que, frente a este perfil epidemiológico, não podemos ficar omissos e nos contentar com o que temos alcançado até aqui. Anseio, como enfermeira e pesquisadora, por dar a minha contribuição para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas das quais há muito tenho cuidado.

Assim, diante de tudo o que expus até o momento, defendo a tese de que o trabalho em grupo é uma estratégia facilitadora do processo de engajamento do diabético no autocuidado.

Para concretizar um cuidado de Enfermagem participativo, capaz de transpor o atendimento individualista e fragmentado da realidade vivida dos

diabéticos, é que vislumbro no trabalho grupal a possibilidade de um saber-fazer Educação em Saúde com ênfase no cuidado construído e compartilhado.

Nesse sentido, caminharei para o encontro de uma Educação em Saúde, tal como pressupõe Lima (1996), como uma ferramenta de construção da cidadania, tornando os indivíduos como sujeitos históricos e ampliando sua autonomia acerca das questões que dizem respeito a sua saúde, pois estas serão trazidas para serem discutidas livremente entre os que vivenciam um determinado problema em comum – dificuldade de conviver com *Diabetes mellitus*.

Presumo ainda que o trabalho em grupo com diabéticos possa conduzi-los aos reais fatores que os levaram a adoecer e ao agravamento da doença, e assim muni-los de instrumentos de autocuidado capazes de torná-los participantes autônomos, com habilidade de autodeterminação para transformar o seu estado de saúde.

As atividades educativas devem ter um nível de envolvimento grupal capaz de desenvolver em cada um de seus componentes as suas potencialidades de autocuidado, potencialidades estas cuja prática é exequível no contexto vivido dos diabéticos.

Alonso (1999) harmoniza-se com o pensamento de que o processo educativo desenvolvido em grupo valoriza esta aproximação natural das pessoas, ao mesmo tempo em que favorece o fortalecimento das potencialidades individuais e também grupais, na valorização da saúde, na utilização dos recursos disponíveis e no exercício da cidadania.

A formação de grupos pode, ainda, conduzir a uma nova maneira de cuidar que seja capaz de considerar os interesses dos diabéticos e assim possibilitar que os enfermeiros possam assumir novas práticas que não apenas valorizem o saber intelectual, mas um saber contextualizado à realidade daqueles que precisam de cuidados de Enfermagem.

Guariente et alii. (1997) advertem, contudo, para a idéia de que a educação para o autocuidado implica não só educar para que o indivíduo cuide de

si mesmo durante a enfermidade e suas seqüelas, mas também educá-lo para que mantenha sua saúde e previna enfermidades.

A educação para o engajamento no autocuidado da pessoa diabética não deve ter como ênfase apenas o controle glicêmico – controle da doença “aos olhos laboratoriais” – pois, se assim fizer, estarei apenas repetindo o que tem sido feito nos ambulatórios e transportando para um novo contexto — o grupo — os mesmos paradigmas centrais da educação que escravizam o diabético à doença.

Devo suscitar discussões no grupo, de modo que estas nos distanciem do modelo biológico e nos aproximem de uma educação para o autocuidado, construídas coletivamente pelos seus integrantes, a partir das dificuldades de conviver com *Diabetes mellitus* e, conseqüentemente, de seguir o tratamento.

À medida que o diabético compartilha as suas vivências de autocuidado no grupo, ele pode encontrar apoio por parte daqueles que vivenciam esta mesma situação e assim possa facilitar o seu engajamento no autocuidado.

Autocuidado pode ser compreendido como uma resposta prática a uma necessidade para atender a si próprio, e esta necessidade pode-se originar do próprio indivíduo, de outras pessoas e do ambiente (POLAK, 1991).

O autocuidado é uma atitude de apreensão das reais necessidades de saúde individuais, capaz de sustentar e garantir a finalidade da vida: saúde. É um *moto-contínuo* de agir para si e aprender consigo e com o outro. Isto pode ser feito em grupo.

O Comité de Educación, pela Declaración de las Américas – DOTA (2001), reconhece a gravidade do *Diabetes mellitus* no mundo e das repercussões socioeconômicas ocasionadas pela patologia, e reafirma a necessidade de incorporar o processo educativo como ferramenta para conquistar a participação ativa do paciente, o controle e tratamento da enfermidade. A partir disto, elaborou um documento no qual enumera as condições que devem reunir um programa de educação de paciente com diabetes, e, dentre estas ferramentas, incluem-se os

planos educativos grupais, não como substitutos do acompanhamento individual, mas como seu complemento.

Semelhante preocupação tem sido demonstrada, ao longo dos anos, por alguns pesquisadores da área de Enfermagem, em trabalhar o processo de educação em grupos com diabéticos, embora de forma tímida, tais como Scain (1986), Paiva et alii (1986), Luce et alii (1991), Pozzan et alii (1994), Peixoto (1996), Rabelo e Padilha (1998), Rabelo e Padilha (2000), Bicudo (2000), Madjarof (2001) e Torres, Hortale e Schall (2003).

Volto a fazer alusão a alguns estudos com grupos de diabéticos, demonstrando a intenção dos pesquisadores da área de Enfermagem, em trabalhar o processo de educação em grupos com diabéticos.

Scain (1986) foi o primeiro a trabalhar com grupo de diabéticos, por intermédio de cursos de educação para a saúde, no período de 1982 a 1984. Após essa etapa, avaliou o processo educativo grupal considerando os conteúdos desenvolvidos e as mudanças de vida referidas pela clientela que participou dessa atividade educativa.

Peixoto (1996), ciente de que o autocuidado é enfatizado na assistência de Enfermagem ao diabético para que possa haver estímulo na participação do tratamento e aumento de sua responsabilidade nos resultados da assistência, buscou em seu estudo os pontos convergentes e divergentes entre a Teoria do Déficit do Autocuidado, de Orem, e o modelo de assistência de Enfermagem individual e grupal a diabéticos de uma determinada instituição de saúde. Aponta como divergência a ausência de uma abordagem individualizada e sistemática no que se relaciona à identificação de demanda de autocuidado terapêutico, capacidades para o cuidado e déficits, diferindo assim nos aspectos conceituais e operacionais da teoria de Orem.

Rabelo e Padilha (2000) implantaram conceitos propostos por Orem numa atividade grupal lúdica, como estratégia para estimular as competências dos clientes para o autocuidado, já que esta capacita as pessoas ao conhecimento das

causas de seus problemas, além de direcioná-las para um caminho de enfrentamento por meio do desejo e da percepção da necessidade de mudança.

Bicudo (2000), compartilhando desta mesma idéia, utilizou a estratégia de grupo focal para oferecer oportunidade de troca de idéias e discussão aprofundada das questões relativas à condição diabética, e conclama o enfermeiro a repensar a sua assistência como pessoa que assiste outra pessoa, com um diagnóstico de uma doença crônica, merecedora, não somente, de cuidado, mas de autocuidado.

Madjarof (2001), após implementar a atividade grupal atrelada ao atendimento individual, avaliou o aprendizado dos pacientes diabéticos sobre autocuidado, as atividades diárias realizadas no controle do diabetes. Constatou um aumento significativo nos acertos dos pacientes nos diversos itens investigados sobre a doença, o tratamento, as complicações agudas e crônicas. Além disso, houve também um aumento na realização de atividades diárias, que envolviam cuidados na alimentação, realização de exercícios e cuidados com os pés.

Torres, Hortale e Schall (2003) utilizaram a estratégia educativa de jogos em grupos operativos, em ambulatório da especialidade, para estimular o diabético a refletir sobre seu estilo de vida cotidiano relacionado à patologia. Acreditam que essa técnica possibilitou a construção do conhecimento pelos participantes, a troca de vivências entre eles, além do entendimento da experiência individual da doença pelo profissional de saúde.

Embora reconheça que esses estudos trouxeram avanços no cuidado ao diabético com grupos, constatei que esses imprimiam a ênfase no conhecimento sobre a patologia e controle glicêmico. Considero ainda que as experiências grupais ocorreram em curto período e a metodologia para selecionar os integrantes do grupo ainda precisa ser reavaliada.

Acredito em uma abordagem grupal que possa favorecer, além do conhecimento biológico, o relato de experiências entre aqueles que vivenciam as dificuldades de viver no mundo não diabético e que, nesta relação, ao se

perceberem semelhantes, possam encontrar juntos novas possibilidades de autocuidado.

Assim, o que pretendo é formar um grupo dos diabéticos a partir de referencial teórico que subsidie a sua estrutura, as discussões e a avaliação desse processo grupal, ao mesmo tempo em que possa favorecer as expectativas com relação às dificuldades do engajamento no autocuidado dos integrantes do grupo.

Esta abordagem me capacitará a fazer algo para alguém que precisa ser estimulado a prosseguir cuidando de si com autonomia e me tornará mais disponível para conhecer o outro, já que me situará a todos face a face. Assim, estarei atenta aos aspectos que interferem no autocuidado até então não percebidos e, por fim, estabelecerei um relacionamento interpessoal, fortalecendo os vínculos de responsabilidade mútua para o autocuidado, já que na dimensão grupal estaremos todos envolvidos diretamente no processo de construção do engajamento no autocuidado.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o processo de engajamento no autocuidado em pessoas diabéticas que participaram de vivências grupais de educação, no Núcleo de Atenção Médica Integrada-NAMI (UNIFOR-Fortaleza-CE).

Objetivos Específicos

Identificar os déficits de autocuidado em portadores do *Diabetes mellitus*.

Estabelecer os fatores que interferem no engajamento no autocuidado em pessoas diabéticas.

Descrever as vivências relativas ao engajamento no autocuidado em pessoas diabéticas.

Conhecer o comportamento para o engajamento no autocuidado entre as pessoas diabéticas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Teorias de Enfermagem e Autocuidado

Creio que os fundamentos teóricos no exercício prático da Enfermagem são imprescindíveis para a consolidação da profissão como ciência, pois, por via dos métodos sistemáticos do cuidado, em consonância com as experiências dos enfermeiros durante o processo de cuidado, o fazer transforma-se em saber-fazer.

Esse processo de cuidado é delineado em todas as teorias de Enfermagem, mas, quando penso nas dificuldades de adesão do diabético com relação ao tratamento, sou remetida imediatamente à Teoria do Déficit do Autocuidado, por encontrar pensamentos formulados acerca do ser humano como alguém que pode desempenhar autocuidado com vistas à manutenção da vida.

Esses pensamentos foram utilizados por mim para iniciar à formação do grupo de educação para o autocuidado em diabetes, além do seu planejamento e da execução da programação das atividades durante toda a pesquisa.

Assim é que trago nesse capítulo uma reflexão sobre a importância das teorias de Enfermagem e, em particular, da Teoria do Déficit do Autocuidado, de Orem.

-Teorias de Enfermagem

Florence Nightingale estabeleceu a Enfermagem como disciplina, descrevendo a sua natureza como uma profissão distinta da Medicina, e influenciando o surgimento das escolas de Enfermagem na Inglaterra e nos Estados Unidos. Essas escolas eram autônomas e as enfermeiras asseguravam autoridade e poder decisório com a Enfermagem prática nas instituições onde as estudantes estagiavam, cabendo a elas registrar as observações para, por meio dessas, organizar o conhecimento da Enfermagem. (DENNIS e PRESCOTT, 1985).

Depois dessa era, tais escolas foram controladas pelos hospitais, transferindo aos seus administradores médicos a responsabilidade pela educação e prática da Enfermagem. Assim, a Enfermagem passou a ser vista como complementar à Medicina e o seu saber era fundamentado pela experiência da prática.

Ao longo do século XX, a partir dos questionamentos das enfermeiras, na década de cinquenta, sobre a origem e os princípios norteadores da prática da Enfermagem, as metas e as funções da Enfermagem na sociedade, iniciou-se o processo de desenvolvimento da Enfermagem como ciência. Sabia-se que esta necessitava de um corpo de conhecimento que direcionasse a sua prática e assim foram surgindo as teorias.

Chinn e Kramer (1999) conceituam teoria como uma estruturação criativa e rigorosa de idéias que projetam uma tentativa, propósito e visão sistemática de um determinado fenômeno.

Esta tentativa é expressa pelo corpo geral de conhecimento e de princípios conceituais que guiam os campos de ação da Enfermagem, quer seja na investigação, administração, docência e na prática assistencial. A utilização de uma teoria ou de alguns de seus conceitos fortalece o conhecimento de Enfermagem e apregoa seus construtos como sendo úteis à sociedade, dando, ainda, direção mais específica aos seus campos de atuação, especialmente na prática assistencial de Enfermagem para promover melhorias com o cuidado à saúde dos indivíduos.

Ataíde, Pagliuca e Damasceno (2003) consideram que as teorias são a expressão do conhecimento científico em Enfermagem e, portanto, devem respaldar a nossa ação por nos possibilitar atitudes de cuidado coerentes com as situações vivenciadas, quer sejam na prática assistencial, na área administrativa, na docência ou na pesquisa.

Para tanto, as teorias elaboradas devem ser testadas e utilizadas no âmbito da Enfermagem, a fim de que possa dar notoriedade às ações de cuidado e também trazer uma contribuição real a uma determinada realidade de saúde de indivíduos, grupos e comunidade.

Meleis (1997) vislumbra a teoria de Enfermagem como uma contextualização de alguns aspectos da realidade de Enfermagem comunicada pelo propósito de descrição de um fenômeno, explicando relações entre o fenômeno, predizendo conseqüências ou prescrevendo cuidado.

Não podemos olvidar que, à medida que utilizamos os conceitos de uma teoria, conseguimos delinear o significado das ações de Enfermagem, dando identidade própria à profissão, com cientificidade e não meramente tecnicista, principalmente porque cuidamos de pessoas.

Thofehrn e Leopardi (2002) fazem uma reflexão muito pertinente sobre as teorias, quando assinalam que elas expressam valores profissionais que introduzem a ligação necessária entre a ética e a técnica, como elementos indissolúveis no tratamento das coisas humanas, quanto mais em se tratando de vida.

É meta da Enfermagem e de suas teorias a promoção da vida humana por meio de intervenções pautadas em base de conhecimento fundamentado e sólido, capaz de guiar e assegurar aos indivíduos, grupos e comunidades, em qualquer âmbito do cuidado – comunidades e hospitais – um cuidado inovador a cada situação encontrada.

-Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem

Elizabeth Dorothea Orem, enfermeira, desempenhou diversos cargos públicos e participou do treinamento de enfermeiras e da elaboração e desenvolvimento de um projeto curricular de Enfermagem direcionado à prática. Interessada em estudos sobre o conceito de autocuidado para a Enfermagem, publicou em 1958 a primeira versão de sua teoria. O aperfeiçoamento de sua proposta teórica foi consolidada em 1971, quando focalizou o autocuidado pela articulação entre três teorias: a Teoria do Déficit do Autocuidado, a Teoria do Autocuidado e a Teoria do Sistema de Enfermagem.

Segundo Orem (1995), a teoria expressa uma figura ou um modelo de Enfermagem, o que ela é, o que ela poderia ser. A teoria abrange a relação das

enfermeiras como pessoas; a relevância e a função das enfermeiras; e o tipo de resultado desejado. As teorias são resultantes das idéias criativas e das relações do questionamento de uma dada realidade.

A Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado está baseada em suposições sobre as características evidenciadas nos seres humanos, que são as seguintes: para que os seres humanos vivam, eles precisam de contínuas informações sobre si mesmos e para o meio em que vivem; o cuidado do ser humano consigo e com os outros, de acordo com as necessidades identificadas, retrata a ação deliberada para o cuidado; as informações sustentam a vida dos seres humanos quando estes estão limitados ou privados de exercer o cuidado de si ou de outro; o ato de agir deliberadamente permite identificar outras necessidades de cuidado; os grupos estruturados de seres humanos fornecem cuidados a outros grupos que vivenciam dificuldade no cuidado de si e dos outros (OREM, 1995).

Os principais conceitos utilizados por Orem (1995) foram os de Enfermagem, homem, saúde, autocuidado, demanda terapêutica do autocuidado, agente do autocuidado, déficit do autocuidado e sistema de Enfermagem. Vejamos a seguir:

- Enfermagem - consiste na arte de fazer pelo outro com incapacidade, ajudar o outro a fazer por ele mesmo e/ou ajudando-o a aprender como fazer por ele próprio.
- Homem: é um organismo psico-físico-social com poder racional.
- Saúde: à luz da complexidade do funcionamento humano e suas relações com o meio ambiente, o termo saúde é a descrição do estado de totalidade ou de integridade do ser humano.
- Autocuidado: é a prática de atividades que o ser humano desempenha de forma eficaz, responsável em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Os fatores que interferem nesta capacidade de desempenhar estas atividades são a idade, as experiências de vida, a cultura, o gênero, o padrão de vida, a

educação e a crença dos seres humanos. Autocuidado é um comportamento apreendido para manter a vida.

- Demanda terapêutica de autocuidado: são todas as ações necessárias para a manutenção da vida e para a promoção da saúde e do bem-estar dos seres humanos. É um somatório de medidas de autocuidado necessários em um momento e por algum tempo de duração.

- Agente do autocuidado: significa a habilidade que alguém tem para agir em relação ao ato de autocuidado.

- Déficit do autocuidado: é a relação entre a capacidade e a demanda terapêutica de autocuidado, na qual o agente é incapaz de desempenhar ações de autocuidado ou de atender à demanda terapêutica exigida.

- Ação deliberada: diz respeito às ações organizadas de forma individual ou em conjunto para atingir uma determinada meta.

A Teoria do Autocuidado postula que o autocuidado e a dependência do autocuidado são comportamentos aprendidos que os indivíduos iniciam e desenvolvem para sua manutenção da vida, saúde e bem-estar. Nesta teoria, Orem (1995) classifica os requisitos de autocuidado em universal, desenvolvimental e desvio de saúde.

Os requisitos universais são aqueles comuns a todas as pessoas. Nestes requisitos, estão inclusos os que mantêm a vida, como ar, água, alimento, eliminações, atividades e repouso, solidão e interação social, prevenção de risco de vida e bem-estar e a promoção do funcionamento humano. Os requisitos de desenvolvimento são todos aqueles associados ao desenvolvimento humano durante o ciclo vital. Os requisitos de desvio de saúde se relacionam aos defeitos e desvios da estrutura normal e integridade humana que prejudicam a habilidade do indivíduo para executar o autocuidado.

A Teoria do Sistema de Enfermagem preconiza que os sistemas de Enfermagem se formam quando as enfermeiras prescrevem, designam e provêem

assistências de Enfermagem que se relacionem com as capacidades de autocuidado do indivíduo para encontrar os requisitos terapêuticos de autocuidado.

Os sistemas de Enfermagem são o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de suporte educativo (OREM, 1995).

O sistema totalmente compensatório é requisitado por indivíduos incapazes de controlar ou monitorizar suas necessidades de autocuidado. O sistema parcialmente compensatório é designado para indivíduos que têm alguma incapacidade para desempenhar o autocuidado. O sistema de suporte educativo é aplicado para pessoas que precisam da assistência de Enfermagem para aprender a desempenhar o autocuidado.

Quanto à Teoria do Déficit do Autocuidado, Orem (1995) diz que ela é a essência da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado porque ela expressa e desenvolve a razão pela qual as pessoas precisam de Enfermagem, pois ensina os benefícios da Enfermagem para a saúde das pessoas, com limitações em providenciar o autocuidado. As limitações podem ser resultantes de doenças, injúrias ou de efeitos de tratamento, afetando assim o agente de autocuidado e a demanda terapêutica de autocuidado. Pode-se dizer que há um desencontro entre o agente do autocuidado e a demanda do autocuidado.

Para aprofundar as discussões sobre essa teoria, e já que pretendo utilizar alguns dos seus aspectos conceituais no momento da seleção dos sujeitos da pesquisa, no planejamento e execução das atividades de grupo e na análise dos dados, pedi auxílio a Chinn e Kramer (1999), estudiosas sobre a construção do saber da Enfermagem e suas teorias, para me certificar de que a Teoria do Déficit do Autocuidado se adequaria ao objeto desta pesquisa.

Essas estudiosas sugerem que sejam respondidas algumas questões. À medida que estas forem sendo respondidas, apresentaremos a Teoria do Déficit do Autocuidado. Assim, responder a estas questões é o que farei a seguir:

- *As metas da teoria são congruentes com as metas da prática?*

A meta do trabalho com grupo é capacitar o diabético para o engajamento no autocuidado. A meta da Teoria do Déficit do Autocuidado é fazer com que o paciente seja agente do autocuidado. Observa-se então haver congruência entre as metas da teoria e do trabalho com grupo, principalmente quando entendemos que o autocuidado pode ser descrito como ação deliberada que capacita o indivíduo a sobreviver numa variedade de etapas do bem-estar ou saúde, ou para mudar de um estado para o outro (OREM, 1995).

Esta capacitação pode ser feita quando a enfermeira mobiliza o grupo para executar as ações estabelecidas por Orem (1995), que são: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro; ensinar o outro e proporcionar ambiente.

Estes modos de intervenção em grupo poderão fazer com que a meta – engajamento no autocuidado seja alcançada.

- *O contexto pretendido da teoria converge para a situação da prática?*

Esta questão me remete a verificar a conexão da teoria com a situação a ser aplicada. O grupo de diabético é uma contingência de discussão de idéias sobre a convivência com a situação crônica, momento de aprender sobre o autocuidado e de compartilhar experiências.

Orem (1995) nos dá indícios de que a sua teoria seja aplicada no contexto da saúde coletiva e da Educação em Saúde para o autocuidado, quando ela apresenta, como sendo uma das pressuposições teóricas, a qualidade do autocuidado do indivíduo, das famílias, da comunidade, por meio do trabalho de grupos e da educação de membro de grupo.

Sobre a visão que devo ter para com a pessoa diabética, Orem (1995) diz que devo olhá-lo como um ser humano, como uma pessoa única que tem direitos e responsabilidades para consigo e com os outros, que tem razão e valores, e que tem um modo de vida interrompido por um acidente ou estado presente da doença. Além disto, esta teórica nos alerta para a noção de que devo ver o paciente com

grande capacidade de combater a doença e encontrar meios para compensar a habilidade perdida.

- *Existem ou podem existir similaridades entre as variáveis da teoria e as variáveis da prática?*

As variáveis da teoria são seus conceitos que influem nas situações de prática. Os conceitos principais da Teoria do Déficit do Autocuidado são agentes de autocuidado e demanda terapêutica do autocuidado.

O Déficit do autocuidado refere-se ao relacionamento entre o agente do autocuidado e as demandas terapêuticas de autocuidado dos indivíduos, na qual a capacidade de autocuidado não é suficiente para encontrar componentes parciais ou totais das demandas terapêuticas de autocuidado (OREM,1995).

- *As explicações da teoria são suficientes para dar suporte à teoria?*

Esta teoria é expressa na forma de seus pressupostos, sua idéia central, e proposições que são os guias para o seu desenvolvimento, para o seu refinamento e para determinar a sua validade.

As suas pressuposições se coadunam com o trabalho de grupo, ou seja, que o engajamento no autocuidado requer habilidade de conseguir mudança de atitude e, que a qualidade e o completo autocuidado estão relacionados ao processo de Educação em Saúde.

3.2 O Trabalho com Grupos

O homem é sujeito de sua existência e um ser em constante relação com os outros, que transforma o mundo ao mesmo tempo em que é transformado por ele. Sendo um ser em constante transformação, é impossível considerá-lo isoladamente: ele é um ser-no-mundo de inter-relações. Nesta perspectiva, o homem é um ser em grupo à medida que se agrega, se aproxima e se inter-relaciona para viver.

Resgatando a gênese do trabalho com grupos, a literatura aponta como estudo precursor o realizado pelo médico J. Pratts, em 1905, quando introduziu o sistema de classes coletivas, numa enfermaria que abrigava cerca de 50 pacientes tuberculosos com uma finalidade terapêutica, que consistia em promover a recuperação física dos internados por meio do ensino sobre higiene e problemas da patologia.

Neste tipo de grupo, predominava um clima de cooperação, uma tendência terapêutica que provocava a canalização de emoções e solidariedade entre seus participantes, estimulando-os a alcançar determinado plano terapêutico (RODRIGUÉ, 1976).

Para propiciar ao homem a superação das dificuldades advindas de uma sociedade, cuja vida espontânea e criativa é extremamente complexa, Moreno, em 1931, criou a técnica grupal do psicodrama, com uma abordagem centrada na dramatização de conflitos psicológicos como recurso terapêutico.

Nesta técnica grupal, o homem, por intermédio do teatro, desempenhava múltiplos papéis, pela catarse e dramatização de seus próprios conflitos (MARINEAU, 1992).

Kurt Lewin, criador da expressão “dinâmica de grupo”, realizou estudos em 1936, no campo da Psicologia e da Microsociologia, que possibilitaram à Psicoterapia de Grupo o *status* de ramo científico. Na sua concepção, todo o indivíduo faz parte do seu grupo social, que o influencia e é por este influenciado (MAILHIOT, 1981; ZIMMERMAN, 1993).

As condições do pós-guerra, na década de 1940, aceleraram os trabalhos com grupos, pela necessidade da expansão do atendimento em saúde mental a setores mais amplos da população, pelo aumento da demanda de atendimento e pelo surgimento de programas comunitários ante a necessidade de recuperação da mão-de-obra dos que ficaram com seqüelas físicas e psíquicas. Assim, as psicoterapias constituíram-se na forma de saber e de conhecimento de grande utilidade para os seres humanos deteriorados pela guerra (SAIDON, 1983).

A partir daí, houve uma disseminação no trabalho com grupos nas décadas de 1950 e 1960 nos Estados Unidos, onde Carl Rogers, nos chamados Grupos de Encontros, buscava aplicar a um pequeno grupo as condições de compreensão empática, consideração positiva incondicional e congruência, garantindo a expressão de sentimentos entre cada um das participantes (ROGER, 1985; FONSECA, 1988).

Neste tipo de abordagem grupal, o terapeuta passa a ser um facilitador guiado pelo processo de relações entre as participantes do grupo, entregando-se ao contexto da vivência grupal e estimulando a todos expressarem sobre a própria experiência.

Outras contribuições foram extremamente relevantes para a utilização dos processos grupais, como a gestaltterapia de Perl, dos grupos do tipo Synanon, de terapia bioenergética e grupos operativos de Pichon- Riviere.

Ora, sendo o homem um ser agregado a outros, subsistindo a partir de seus relacionamentos em toda a esfera de sua vida, familiar ou social, o termo "grupo" revela várias possibilidades conceituais.

Grupo pode ser entendido como um conjunto de pessoas em processo de interação, cujos valores, desejos e necessidades são manifestados e enfrentados em situações de discussões grupais.

Moscovici (2001) diz não haver processo unilateral na interação humana, pois tudo o que acontece no relacionamento interpessoal decorre de alguém para outro ou para outras pessoas. Os homens em conjunto produzem um ambiente humano, com a totalidade de suas formações socioculturais e psicológicas, daí ser impossível que o homem isolado se desenvolva e produza um ambiente humano.

Esta forma de relacionamento e a maneira de lidar com as diferenças, advindas da realidade do mundo vivido de cada pessoa podem ser mais bem estabelecidas conjugando o conhecimento e experiências individuais no processo grupal com diabéticos.

Schutz (1989) diz que inclusão, controle e afeto são fases do desenvolvimento dos grupos. A primeira começa na formação do grupo, quando o indivíduo desvela o outro para decidir o nível de sua participação neste contexto; a fase de controle refere-se às tomadas de decisão, compartilhamento de responsabilidades e distribuição do poder; finalmente, a fase do afeto, momento em que o indivíduo se torna emocionalmente integrado ao grupo para obter troca afetiva com os outros.

A interação é complexa e ocorre permanentemente entre pessoas, sob forma de comportamentos manifestos e não manifestos, verbais e não verbais, pensamentos, sentimentos e reações.

Em razão desta complexidade, Freire (1992) adverte para a noção de que a construção do grupo é um trabalho árduo de reflexão, do participante e do educador. No exercício disciplinado de instrumentos metodológicos, educa-se pelo prazer de se estar vivendo, conhecendo, sonhando, brigando, gostando, comendo, bebendo, imaginando, criando e aprendendo junto com outros em grupo.

Recorrendo a literatura específica de Enfermagem com grupo, encontrei em Munari (1997) a idéia de que o trabalho com grupos pela Enfermagem vem sendo realizado desde a década de 1970, utilizando esta estratégia de atendimento a gestantes por Duarte e Muxfeld, em 1975, e Schimidt e Freddi, em 1975. Na década de 1980, destacam-se os seguintes estudos grupais desenvolvidos por enfermeiros: Leite, Aguiar e Carvalho, em 1981, com pessoas com problemas de locomoção; Cristofolini, em 1982, com hansenianos; Santos e Mendes, em 1983, com portadores de danos cardiovasculares; Vargas e Scain, em 1983, com pessoas obesas; Corrêa e Gebara, em 1984, com um grupo de mães; Martins e Moretto, em 1985, com adolescentes, e Scain em 1986, como sendo o primeiro a trabalhar com o grupo dos diabéticos.

Avançando mais ainda na pesquisa, identifiquei trabalhos mais recentes com grupos, como os de Paiva et alii (1986), Luce et alii (1991), Pozzan et alii (1994), Peixoto (1996), Rabelo e Padilha (1998), Rabelo e Padilha (2000), Bicudo (2000), Madjarof (2001) e Torres, Hortale e Schall (2003) com diabéticos; Leite et

alii (1998) e Wall (2001) com as puérperas; Beuter (1998) com portadoras de câncer; Monteiro e Moraes (1999) e Saeki et alii (1999) com alunos de graduação em Enfermagem e Munari (1997) e Gonzales (1999) com grupo de enfermeiros assistenciais.

Esses estudos demonstram ser uma tendência atual à realização de atividade em grupo, possibilitando ao enfermeiro participar da criação e do desenvolvimento de cuidar do outro, não de forma individualizada, mas com a participação dos que são alvos do cuidado, numa relação de crescimento conjunto, permitindo desenvolvimento de confiança e de interação dos seus integrantes.

Wall (2001) recomenda que, ao desenvolvermos Educação em Saúde, tendo como suporte as tecnologias com grupos de pessoas, devemos estar atentos para perceber o grupo, respeitando suas características.

Assim, devemos considerar que cada grupo é diferente, mesmo porque cada ser humano é diverso e o grupo é composto por seres humanos, com suas crenças, valores, percepções de mundos distintos uns dos outros, estabelecendo-se nisto a essência do ser humano, e, voltando ao diabético, o engajamento do diabético no autocuidado.

Zimerman (1993) compartilha a idéia de que a definição do termo grupo, por ser muito imprecisa, pode designar concentrações muito dispersas, ensejando a abertura de opções. Grupo pode ser um conjunto de três pessoas, pode concentrar uma família, uma gangue, uma classe de sala, uma fila de ônibus, uma torcida num estádio.

-Dada a existência de vários tipos de grupos, há uma subdivisão inicial para guardar uma certa diferença: existem os grandes grupos, que pertencem à área da Macrossociologia, e os pequenos grupos, pertencentes à área da Microssociologia. Estes últimos são os chamados grupos terapêuticos.

Conhecer a gênese dos estudos sobre grupos me atesta que esta forma de considerar o homem como um ser-um-com-os-outros, me faz assegurar que este modo de trabalho grupal assemelha-se e aproxima-se da Enfermagem.

Munari e Rodrigues (1997) dizem que o processo desenvolvido no grupo é único em si mesmo, com seus movimentos vitais, nuances que o determinam e as características peculiares a cada um de seus participantes.

Esta afirmação me encaminha a algumas características do grupo terapêutico, quer seja, a de que um grupo tem mecanismos próprios, suas leis, comportando-se como se fosse uma individualidade; seus integrantes reúnem-se em torno de um objetivo comum, e estes devem ser clarificados; a comunicação não pode ser prejudicada pelo tamanho excessivo do grupo; o grupo é uma unidade e suas manifestações representam a sua totalidade; no grupo há interação afetiva entre seus membros.

Pichon-Riviére (1994) torna compreensível a noção de que grupo é um conjunto restrito de pessoas, ligado entre si por constantes de tempo/espço, e articulado por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade.

Neste sentido, o grupo dos diabéticos deve ter uma tarefa a ser cumprida, uma meta a ser alcançada, e todos têm importância para o alcance da finalidade, que é o engajamento no autocuidado, já que a minha inquietação inicial pairava sobre a dificuldade do diabético seguir o tratamento.

3.3 As Conferências de Promoção da Saúde

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizou-se em Ottawa, em 1986, trazendo a perspectiva de que a saúde deve ser vislumbrada de modo que contemple os aspectos antes desconsiderados como interferentes no processo saúde doença, rompendo assim com o modelo hegemônico da assistência, que privilegia os aspectos biológicos.

Dessa forma, alguns aspectos foram considerados como essenciais para que o indivíduo e os grupos possam conquistar a saúde, tais como a paz, habitação, educação, alimentação, sustento, ecossistema sustentável, justiça e equidade. Nessa perspectiva, a saúde passa a ser um recurso do cotidiano da vida das

peças e, para tanto, devem ser capazes de identificar meios e ações que promovam o viver saudável cotidiano. Essa capacitação foi definida como promoção da saúde.

Tomando como princípio norteador a saúde integral, utilizo o referencial da promoção da saúde, que visa a elaborar e implementar políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis à saúde; reforçar ação comunitária; desenvolver habilidades pessoais e reorientar o sistema de saúde, conforme as diretrizes estabelecidas pela *Carta de Ottawa* (OMS, 1986).

O mencionado documento foi elaborado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que apresentava contribuições dos diversos países para se atingir a Saúde para Todos no Ano 2000. As discussões foram embasadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários de saúde realizada em 1978. Esta conferência foi, antes de tudo, uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de Saúde Pública no mundo.

A promoção da saúde foi hávida como uma estratégia para obtenção de uma equidade sanitária e, para tanto, devem ser promovidos meios para que a população desenvolva plenamente as suas potencialidades. Ambientes saudáveis, o reforço da ação comunitária e reorganização dos serviços de saúde foram temas que marcaram as discussões na Carta de Ottawa.

Os compromissos com a promoção da saúde firmados nesse documento foram: atuação no campo das políticas públicas saudáveis, ação contra as condições ambientais e de vida não saudáveis, a diminuição das desigualdades de condições de saúde entre os povos, o reconhecimento das pessoas como recurso principal para a saúde, a reorientação dos serviços de saúde e o reconhecimento da saúde e de sua manutenção como grande desafio a ser enfrentado pelos governos (BRASIL, 2001).

A partir da Conferência de Ottawa, dada a sua importância como marco de uma maneira de vislumbrar a saúde como um recurso para a vida numa relação

direta com a qualidade de vida, outras discussões aconteceram para renovar as metas e compromissos firmados.

A Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde ocorreu em Adelaide, em 1988, cujo tema central recaiu nas políticas públicas saudáveis. Nesse sentido, a saúde é vista como um investimento social, na qual a participação comunitária surge como um elemento de responsabilidade pela saúde compartilhada com governo e demais setores da sociedade.

As estratégias recomendadas para a ação em prol de políticas públicas voltadas à saúde foram: as políticas saudáveis propiciam a criação de ambiente favorável que promova um viver saudável, o valor da saúde como um direito humano fundamental, a equidade, o acesso e desenvolvimento das pessoas a partir de políticas que busquem incrementar bens e serviços promotores de saúde, a definição de metas governamentais para a promoção da saúde como uma responsabilidade pela saúde dos povos (BRASIL,2001).

Em Sundsvall, foi realizada a Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1991, cuja ênfase foi conferida à criação de ambientes favoráveis à saúde, com nítida influência de temas ligados à saúde ambiental e às questões ecológicas.

A saúde foi considerada como inseparável e indissociável com o meio ambiente e, para tanto, precisa da capacitação das pessoas para a tomada de decisões a fim de transformar a realidade de pobreza e privação dos povos que vivem em ambiente degradado e ameaçador constante à saúde.

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, em 1997, reflete sobre a promoção da saúde, e reexamina os determinantes desta, buscando identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.

Nesse encontro, a saúde foi percebida como essencial para o desenvolvimento social e econômico tendo sido estabelecidas cinco prioridades para promoção da saúde no século XXI: promover a responsabilidade social para

com a saúde, aumentar os investimentos para fomentar a saúde, consolidar e expandir parcerias em prol da saúde, aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo e conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde (BRASIL,2001).

Entre as conclusões dessa conferência, destacam-se a percepção de que os métodos de promoção da saúde baseados na combinação das cinco estratégias preconizadas pela Carta de Ottawa são mais eficazes do que aqueles centrados em um só campo; e a de que diversos cenários – cidades, comunidades locais escolas, locais de trabalho – oferecem oportunidades para a execução de estratégias integrais.

A Quinta Conferência Internacional sobre promoção da Saúde, realizada no México, em 2000, conclui que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de uma equidade e melhor saúde para todos. (BRASIL,2001).

A partir destas Conferências, a promoção da saúde passou a ser cada vez mais considerada nas políticas de saúde de vários países, mas, para que ela seja alcançada integralmente, é necessário que se elaborem estratégias que favoreçam o repensamento das pessoas de quem cuidamos sobre a sua condição e assim favorecemos a sua participação na promoção da vida.

4 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Modalidade da Pesquisa

Pretendendo modificar a prática da Enfermagem no cuidado ao diabético, ou seja, tencionando formar um grupo com pessoas diabéticas, como ferramenta de educação para o autocuidado, posso dizer que esta busca foi do tipo pesquisa-ação, pois ela me permitiu, como pesquisadora, além de estudar a problemática central – déficit do autocuidado em diabetes – planejar, participar, descrever e conviver em grupo para analisar o engajamento no autocuidado em diabetes.

A pesquisa-ação é caracterizada quando o pesquisador participa das ações pesquisadas com um esforço de planejamento com vistas à resolução de problemas ou transformação de situações. Lembro aqui, a situação que pretendia transformar em conjunto com os atores sociais foi o déficit do autocuidado em diabetes e acredito que isto foi possível com o “mergulho” da pesquisadora no fenômeno em foco, na convivência com os diabéticos e no planejamento de ações que influenciaram nesta situação.

Kurt Lewin foi o criador da pesquisa-ação – action research – e a definia como uma pesquisa psicológica de campo, objetivando uma mudança de ordem psicossocial. A pesquisa-ação nasce contrapondo-se à metodologia de pesquisa, que defende o distanciamento entre sujeito e objeto, favorecendo desta forma a participação efetiva dos sujeitos pesquisados na geração do conhecimento. Além disto, enseja o processo de educação coletiva entre os setores desprivilegiados da sociedade, com vistas à transformação social.

Esta pesquisa foi norteadada pelos propostos de Thiollent (2000) sobre o desenvolvimento da pesquisa-ação, que a conceitua como um tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, e no qual os pesquisadores e as participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Nesta modalidade de pesquisa, os sujeitos envolvidos deixam de ser objetos de estudo e desempenham papel ativo durante a investigação, aliando-se ao investigador, indicando os caminhos que devem ser percorridos, participando das decisões, buscando soluções das questões que consideram importantes, para que sejam alcançados os objetivos do estudo. Quanto ao pesquisador, este não se limita a estudar e investigar teoricamente um determinado problema, mas, sobretudo, planeja estratégias e utiliza ferramentas para resolvê-lo coletivamente.

Thiollent (2000) adverte que uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação. Diz ainda que esta consiste no relacionamento entre o objetivo prático (contribuir para o melhor equacionamento do problema considerado como central da pesquisa) e o objetivo do conhecimento (obter informações que seriam de acesso difícil por meio de outros procedimentos).

Isto me remete a outra característica desta modalidade de pesquisa, ou seja, a de que o conhecimento produzido será a ferramenta para consolidar o compromisso, do pesquisador com os sujeitos, de envolver-se com o tema pesquisado de tal maneira que participe ativamente na busca de resoluções.

A cooperação e a participação efetiva tanto da pesquisadora como dos integrantes do grupo foram firmadas pelo compromisso de comparecer às reuniões grupais e aprofundar as discussões sobre as dificuldades para reaver comportamentos de autocuidado.

Os integrantes do grupo participaram da elaboração dos temas discutidos nas reuniões grupais e foram agentes de transformação ao solicitarem nestas discussões a incorporação permanente da atividade grupal como prática assistencial no NAMI.

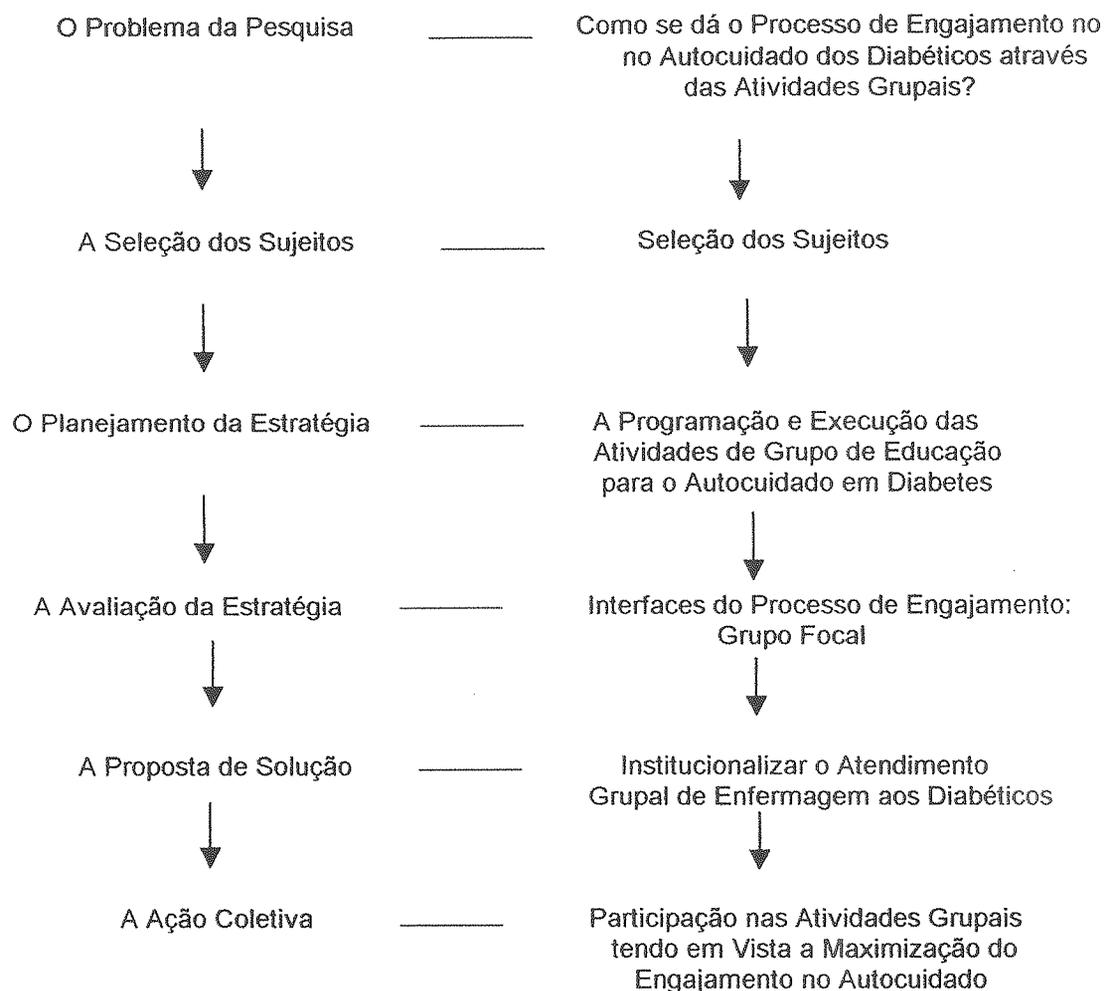
Assim, para que pudesse caminhar metodologicamente em consonância com a pesquisa-ação obedeci aos seus principais aspectos, apresentados por Thiollent (2000), os quais descrevo:

- há uma ampla e explícita interação do pesquisador com as pessoas implicadas na situação investigada;
- desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta;
- o objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de naturezas diferentes encontrados nesta situação;
- o objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada;
- há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação; e
- a pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo); pretende-se aumentar o conhecimento ou o 'nível de consciência' das pessoas e grupos considerados.

A natureza argumentativa da pesquisa-ação é consolidada pela interpretação da realidade observada e pelas ações deliberadas, visando a uma mudança desta mesma realidade para alcançar o conhecimento.

Considerando estes aspectos, elaborei o esquema a seguir (figura 1), para sintetizar os passos metodológicos da pesquisa-ação que foi realizada:

Figura 1- Passos Metodológicos da Pesquisa Ação com vistas ao Engajamento no autocuidado



A formação de grupo, como uma nova estratégia de cuidado, no NAMI — objetivo prático — e a avaliação deste processo por meio do comportamento cuidador das pessoas diabéticas e de seus depoimentos — objetivo do conhecimento — me permitem reafirmar que esta busca foi do tipo pesquisa-ação.

Vasconcelos (2001) vislumbra a pesquisa-ação como uma metodologia de produção de conhecimento sobre a inter-relação dos atores e saberes envolvidos em uma prática social, em que se priorizam os interesses e falas dos atores subalternos, sendo adequada a metodologia qualitativa por entender a dinâmica do processo de inter-relação, participação e interdisciplinaridade.

Quando Vasconcelos chama de atores subalternos os envolvidos na prática social ele está fazendo uma crítica ao modo com são tratados pelos pesquisadores, ou seja, como meros canais para obtenção de dados e informações, o que não ocorre na pesquisa-ação em uma abordagem qualitativa, já que passam a ser *participes* do processo de construção do conhecimento.

Assim, acreditando que estaria fazendo ciência por intermédio de uma construção social e de que também estaria aprendendo a pesquisar, desafiando os meus preconceitos e renovando os conhecimentos sobre o cuidado ao diabético, é que a abordagem desta pesquisa foi predominantemente qualitativa, pois possibilitou um aprofundamento maior da realidade a ser investigada — o engajamento no autocuidado em um grupo de diabéticos.

Como afirma Leopardi (2001), com a abordagem qualitativa, é possível compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, atentando-se para o contexto social em que o evento ocorre, valorizando ainda a interação do pesquisador com o pesquisado.

A abordagem qualitativa parece ter sido apropriada a esta pesquisa, pois, ao utilizá-la, obtive explicações aprofundadas e fiz descobertas inesperadas sobre a dificuldade do engajamento do diabético no autocuidado, partindo de aspectos particulares — individuais — e correlacionando-os ao contexto social — grupal.

Minayo (2001) esclarece que a abordagem qualitativa responde a questões particulares, pois ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

É importante ainda entender algumas características da abordagem qualitativa: primeiro, ela é extremamente flexível, sem, contudo, deixar de lado a sua cientificidade; segundo, permite uma aproximação entre o pesquisador e sujeitos, de tal modo que ambos constroem o conhecimento; e, por fim, permite ao sujeito liberdade para comunicar coisas, de maneira espontânea, sobre o fato investigado.

A partir da flexibilidade de seguir por novos caminhos durante a pesquisa, da aproximação com os diabéticos e dos momentos de diálogo durante os nossos vários encontros, foi possível buscar respostas sobre o engajamento no autocuidado, principalmente aquelas que dizem respeito às questões subjetivas, cuja interpretação nasce a partir da vivência que cada um traz consigo sobre o fenômeno do déficit do autocuidado, o que determina o viver com diabetes na cotidianidade com saúde e com eventos de crise.

4.2 Ambiente da Pesquisa

A pesquisa aconteceu no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, localizado no Município de Fortaleza-Ceará. Trata-se de uma instituição de saúde, de atenção básica, vinculada à Universidade de Fortaleza-UNIFOR, cujo atendimento é priorizado aos habitantes da Comunidade do Dendê, área próxima à sua localização.

A escolha deste local não se deu por acaso, porquanto venho acompanhando atividades práticas dos alunos de graduação em Enfermagem da Universidade que vincula esta Unidade. Outro motivo é a demanda significativa dos diabéticos da comunidade assistida pelo NAMI, que precisa ser acompanhada pela Enfermagem.

O NAMI pode ser considerado como uma instituição-escola, pois as atividades práticas dos alunos da UNIFOR, em sua maioria, acontecem neste local, já que são vários os serviços prestados à clientela, tais como atendimento médico, de Enfermagem, de Fonoaudiologia, de Fisioterapia, de Terapia Ocupacional, de Odontologia e Psicologia. Atualmente, o NAMI está passando por grande reformulação, tanto física como de filosofia, devendo consolidar ainda mais o trabalho interdisciplinar, o que possibilita que o resultado desta pesquisa se reverta tanto em contribuição institucional — normatizando o trabalho em grupo de diabéticos e o Ambulatório de Enfermagem — como em contributo social — cuidado dos diabéticos com excelência.

No que tange às ações de Enfermagem, estas são realizadas nos Ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria no atendimento à criança sadia e doente e, atualmente, como referido em páginas anteriores, iniciei a implementação do ambulatório para o adulto diabético e hipertenso, no desempenho de minhas atividades docentes. Os diabéticos são atendidos neste ambulatório durante dois dias semanais, por encaminhamento médico ou por busca ativa da clientela durante a visita domiciliar de Enfermagem na Comunidade do Dendê.

Os diabéticos acompanhados são os classificados como portadores de *Diabetes mellitus* tipo 2, já que o NAMI é uma Instituição de atenção primária à saúde e, assim, os diabéticos jovens dos tipos 1, os diabéticos com complicações crônicas e as mulheres com diabetes gestacional são encaminhados às unidades especializadas, o que não significa dizer que estes fiquem desprovidos de cuidado de enfermagem, já que é realizada visita domiciliar regularmente para avaliação do estado de saúde.

A Comunidade do Dendê está localizada no bairro Edson Queiroz e, quando da sua habitação, em meados de 1979, já contava com a participação dos alunos do curso de graduação em Enfermagem da UNIFOR, e de outros cursos da área da saúde, para realizar o cadastramento das famílias. Lembro-me, quando aluna, por ocasião destas atividades, das dificuldades para acessar a área do Dendê, que eram inúmeras. O cadastramento era muito complicado, pois não havia calçamento das ruas, eram apenas vias de acesso, poucas eram as casas de tijolo, predominavam as casas de taipas, não havia saneamento básico, coleta de lixo e nem meios de transportes. O contato com a pobreza me assustava naquela época, pois as favelas ainda eram "guardadas em segredo", mantidas em áreas distantes dos que tinham melhor condição social; era como descobrir um mundo novo, pouco acessível a muitos de nós estudantes. A prática de Enfermagem era também pouco compreendida pela comunidade: restava-nos conquistá-la.

Ao longo dos anos, a comunidade foi se multiplicando e com ela outros problemas foram surgindo, como provisão inadequada dos serviços de infraestrutura, violência, marginalização e consumo de drogas, dentre outros. Esta

realidade fez com que os profissionais do NAMI e alguns docentes da UNIFOR realizassem a demarcação desta área, dividida em 6 microáreas (anexo 1) para melhor planejamento das atividades ali desenvolvidas.

Nesta comunidade, a fonte de renda é advinda de comércio, muitas são as mercearias e mercadinhos ali instalados; há creches comunitárias e escolas de ensino fundamental e médio.

Muitas das crianças que permanecem em casa ficam sob o cuidado das avós. Desprovidas de um local adequado para brincar, como praça ou área de lazer, os meninos ficam à mercê de doenças próprias desta faixa etária e de classe econômica baixa, como as parasitoses intestinais, diarreias e escabioses.

Os jovens, quando não estudam ou trabalham, também formam seus grupos afins e se aglomeram nas esquinas a conversar sentados no chão. Atualmente, muitas são as brigas de ruas provocadas pelas gangues, retratando o ócio do jovem que vive em comunidade desprovida de saúde.

Observei ainda, ao andar pelas ruas, um grande número de homens ociosos pelo desemprego ou subempregos, nos pequenos bares, chamados bodegas, quer seja conversando, jogando "damas" ou tomando bebida alcoólica.

Os idosos desta comunidade, quando são, ficam nas ruas a conversar ou cuidando dos netos e com atribuições domésticas. Reside nestas pessoas a responsabilidade de contribuir economicamente no sustento da família com sua aposentadoria.

São desta comunidade os sujeitos da pesquisa — pessoas de baixo nível socioeconômico, desprotegidas socialmente e incumbidas de seguir um roteiro de planejamento de cuidado em diabetes préestabelecido pelos profissionais de saúde, sem, contudo, considerar a realidade na qual estão inseridas, realidade esta que muitas vezes tem o sinônimo de problema de ordem pessoal, familiar, social e econômica.

4.3 Seleção dos Sujeitos

Para selecionar os sujeitos da pesquisa, tentei responder a alguns questionamentos: *Quais os critérios que utilizaria nesta seleção? Quantos seriam selecionados? Qual seria o momento mais adequado para tal seleção?*

Para responder ao primeiro questionamento, era preciso selecionar pessoas que estivessem em déficit do autocuidado. Desse modo, construí uma ficha (apêndice 1) utilizando alguns dos requisitos que Orem (1995) considera como aqueles que identificam uma condição de déficit do autocuidado, ou seja, *falta de conhecimento sobre suas condições de saúde, limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, e indicativo de desequilíbrio da manutenção da saúde.*

Além disso, lancei mão de outros critérios de inclusão:

- ser acompanhado no Núcleo de Atenção Médica Integrada –NAMI;
- ter comparecido à consulta de Enfermagem no mês de março de 2003;
- ser portador de *Diabetes mellitus* tipo 2 (considerando que no NAMI há acompanhamento sistemático apenas para este tipo de clientela), independente do tempo do diagnóstico e tratamento da patologia;
- ser adulto ou idoso diabético, de qualquer dos sexos;
- concordar em participar da pesquisa e assinar o termo de livre consentimento (apêndice 2).

Os critérios de exclusão, evidentemente, configuram-se na inadequação às exigências expressas nos critérios inclusivos.

No que diz respeito ao segundo questionamento, e como a minha intenção foi formar um grupo cuja proposta foi a de estar em um árduo trabalho processual grupal, precisava definir a quantidade de seus participantes. Lembro-me do dizer de Freire (1992) de que *um grupo se constrói por meio da constância da presença de seus elementos, na constância da rotina e de suas atividades.* Tive,

então, receio de que ao longo da nossa jornada, alguns pudessem desistir, e assim elegi o número de sujeitos limitado a 18 diabéticos, para que, em situação de desistência de algum membro do grupo, este não se tornasse muito pequeno, o que fugiria ainda da recomendação de vários estudiosos nessa temática, dentre os quais Pichon-Riviére (1994) e Zimmerman (1997).

A minha decisão foi acertada, pois, apesar de ter iniciado as atividades do grupo com 18 integrantes (15 mulheres e 3 homens), ao longo do processo grupal, cinco deles desistiram de participar das atividades, totalizando 13 mulheres que permaneceram durante todas as fases da pesquisa-ação.

Preciso esclarecer os motivos da desistência de cada um para que possamos compreender o porquê do grupo haver sido formado apenas por mulheres.

Todos os homens desistiram por não terem conseguido conciliar horário de trabalho com as atividades do grupo: o primeiro era vigia diurno e noturno, e sua escala muitas vezes coincidia com o horário das atividades de grupo; o segundo, trabalhava como mestre-de-obras e, tendo serviço a cumprir, se deslocava para outros bairros, onde permanecia por um longo período, invalidando a sua participação nas atividades de grupo; o terceiro, era taxista e não queria disponibilizar o período da manhã para freqüentar as atividades de grupo.

Das duas mulheres que desistiram, uma foi submetida à histerectomia radical e a outra engravidou e teve de se internar por duas semanas para iniciar esquema de insulina, tendo ainda novas hospitalizações por crise hipertensiva, já que também era portadora de hipertensão arterial.

A propósito da participação de mulheres na pesquisa, considero que a ênfase dada à saúde da mulher pelos programas públicos de saúde otimiza o seu acesso ao serviço de saúde; além disto, as mulheres são as responsáveis pelo cuidado de suas famílias, pois são elas que levam seus filhos às consultas pediátricas e isto, de uma certa forma, sensibiliza mais as mulheres do que os homens quanto à responsabilidade com a saúde.

Gómez (2002) diz que as mulheres têm mais necessidade dos serviços de saúde do que os homens, em razão, principalmente, dos aspectos biológicos da reprodução, mas também em virtude da alta morbidade e da maior longevidade.

Quanto aos homens, todos os que desistiram de participar das atividades de grupo eram provedores do lar, e assim não conseguiram conciliar o trabalho com a programação das atividades de grupo que demandavam tempo.

Pinheiro et alii (2002) e Travassos et alii (2002) dizem que há diferenças entre os gêneros sobre a utilização dos serviços de saúde e de que as mulheres utilizam com maior frequência os serviços de saúde no Brasil do que os homens. Os autores mencionados a pouco apontam como um dos fatores o emprego no setor informal da economia ou autônomos.

Por outro lado, Santos (2001) e Gómez (2002) concordam com a idéia de que o homem é sempre levado a associar a saúde à virilidade e que a busca ao serviço de saúde pode significar uma contradição com a imagem cultural masculina de força, auto-suficiência e domínio, levando-o a não valorizar o autocuidado.

Constatai, assim, desigualdade na perspectiva de gênero, quanto ao modo de agir em saúde, pois todos os homens que haviam sido selecionados não foram capazes de encontrar soluções para efetivar a sua participação no grupo, enquanto que a maioria das mulheres permaneceu e conseguiu conciliar seus afazeres domésticos e múltiplas responsabilidades, apontando assim *haver distinção de gênero quanto à habilidade humana para ação deliberada para o autocuidado* (WITT, 1996).

No que diz respeito à última das minhas indagações tinha em mente a idéia de que, para formar um grupo com pessoas diabéticas, precisava fazê-lo em uma ocasião mais adequada e, assim, julguei ser o momento da realização da consulta de Enfermagem o mais viável para selecionar os sujeitos da pesquisa.

Desta forma, durante o período de 10 a 19 de março de 2003, mais precisamente nas manhãs de 2^a. e 4^a feiras, à medida que os diabéticos eram atendidos por mim na consulta de Enfermagem, seguindo os critérios de inclusão,

além da aplicação da ficha mencionada anteriormente, foram selecionados 18 sujeitos que compuseram inicialmente o grupo, que denominei **GRUPO DE EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO EM DIABETES - GEAD**.

É preciso esclarecer, entretanto, que, em virtude da desistência de 5 integrantes, todas as informações sobre o processo grupal dizem respeito, exclusivamente, aos 13 sujeitos que permaneceram até o término da pesquisa.

Para assegurar o anonimato, sabia que deveria atribuir um determinado nome aos sujeitos do estudo, e, lendo e relendo os depoimentos de cada uma, relembando as suas participações no grupo, atribuí palavras que pudessem expressar o que desejo para cada uma em particular e ao mesmo tempo desejando que estas palavras possam encorajá-las a prosseguir na jornada processual do engajamento no autocuidado em diabetes.

Assim, as mulheres desse estudo são: **Coragem, Saúde, Força, Tranqüilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração**.

4.4 Programação e Execução das Atividades do Grupo de Educação para o Autocuidado em Diabetes

No que diz respeito às atividades que foram desenvolvidas com o grupo, quero expressar o fato de que há muito tenho simpatia e tendência a realizar tais tarefas, o que me fez participar de alguns ⁴ cursos nesta área. Acredito que estes programas me deram suporte de conhecimentos e habilidades tão necessários para que eu pudesse coordenar o Grupo de Educação para o Autocuidado em Diabetes.

Por tratar-se de formação grupal, devo inicialmente explicar que este foi caracterizado como um grupo de auto-ajuda com finalidade terapêutica, pois

⁴ Curso de Dinâmica de Grupo/grupos operativos. 40h. maio a junho de 1999. Universidade de Fortaleza. Fortaleza-CE
Curso de Dinâmica de Grupo e relações interpessoais em sala de aula. 40h. agosto a novembro de 2002. Universidade de Fortaleza. Fortaleza-CE

procurou auxiliar as pessoas na resolução dos seus problemas relacionados a eventos traumáticos decorrentes do acometimento de doenças de natureza aguda e, em especial, crônica (BARROS, 1997).

Nesse sentido, a minha função foi a de planejar as ações que seriam desenvolvidas e coordenar as atividades e discussões sobre o engajamento no autocuidado em diabetes no grupo.

Convém destacar, novamente, que a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem foi utilizada nesta fase da pesquisa, tendo em vista, que ela é aplicada no planejamento das ações de Enfermagem que possam levar o indivíduo ao desenvolvimento de habilidades para o autocuidado (OREM, 1995).

Durante a coordenação deste grupo, procurei lembrar-me dos atributos e funções mencionadas por Zimmerman (1997), que são: gostar e acreditar em grupo, ser continente, ter empatia, ser verdadeiro, ter senso de humor, ser integrador e fazer síntese.

As mulheres que compuseram o grupo foram motivadas a participar das atividades desenvolvidas, por meio de técnicas de grupo que favoreceram o despertar do interesse pelas discussões e pelo surgimento de outros temas para discussão. Ensejar a expressão de suas falas era o que mais queria, pois, a partir destas, podia conhecê-las fora do contexto ambulatorial.

Assim, o Grupo de Educação para o Autocuidado em Diabetes foi coordenado por mim. Tive a colaboração de sete acadêmicas do curso de Enfermagem nas reuniões, tendo sido esta uma rica oportunidade para contribuir ainda na formação acadêmica norteadas pelos pressupostos da Promoção da Saúde pela possibilidade de despertar nas acadêmicas, futuras enfermeiras, um olhar à saúde de forma participativa daqueles que são alvo do nosso cuidado.

Respeitando o rigor metodológico e a veracidade dos registros, não posso omitir, o fato de que estive ausente de cinco reuniões grupais, por estar cuidando de um querido irmão, que atravessava um momento extremamente delicado em seu estado de saúde, e precisava também do meu cuidado. Pensei em

desistir de tudo. Foi e continua sendo uma fase difícil, na qual o grupo muito me ajudou, com suas orações e palavras carinhosas. Por alguns momentos, houve uma troca de papel — o grupo cuidava de mim — o que me fez compreender ainda mais a importância de estar junto com, ser parte da vida dos outros; os outros passam a ser nós mesmos em grupo. Isto foi formidável e motivou-me ainda mais ao trabalho com grupo. Nas minhas ausências, o planejamento das atividades do grupo foi seguido e realizado pelas acadêmicas de Enfermagem, assim como foi feito com o registro das reuniões.

Vencendo todas estas surpresas que a vida teima em nos apresentar, mas que certamente se transformarão em bênçãos em nossas vidas, continuei com as reuniões, que tinham uma duração flexível, variando de 60 a 90 minutos, e que aconteceram às 5^{as} feiras, no turno da manhã, durante os meses de março a setembro de 2003, na área dos jardins do NAMI.

O local foi escolhido porque não havia uma sala ampla que pudesse dar acolhimento a todas; embora ciente da inexistência de um local adequado para a realização dos encontros grupais, isso não me fez desistir da execução das atividades do grupo. Por outro lado, as mulheres gostavam muito do local, pois era ladeado por árvores, bem diferente do ambiente onde moravam. Os sons dos pássaros embalavam o ambiente, tornando-o ainda mais agradável. O ar puro nos dava a sensação de liberdade. Era um lugar tranquilo, aconchegante, não havia como nos distrair. Ficávamos sentadas em bancos de cimento, debaixo de uma bela árvore. Tudo isto nos estimulava ao trabalho grupal.

É óbvio que me deparei com algumas dificuldades, como a falta de mesa, cadeiras confortáveis, e ponto de energia elétrica para que pudesse utilizar aparelho de som com maior facilidade. Trabalhei de forma rudimentar, enfrentando todos os obstáculos, pois o que mais desejava era que as mulheres pudessem vivenciar um estilo novo de cuidado, centrado na participação conjunta, visando o engajamento no autocuidado. Quando chovia, transferia a reunião para uma sala de aula pouco confortável, com baixa luminosidade e nada climatizada, pois era o único local disponível no NAMI.

Os primeiros encontros não foram fáceis, pois haviam problemas de conversas paralelas, o que muito me incomodava, até que percebi que podia utilizar este comportamento, dando mais oportunidade para que elas se expressassem não somente à pessoa que estava ao seu lado, mas a todo o grupo. Assim, fui utilizando a maneira delas se comportarem em grupo em benefício de todas, o que favoreceu a troca de várias experiências de cuidado e de vida cotidiana. Os conflitos familiares vieram à tona, como problemas de saúde, dificuldades financeiras e violência que se transformaram em temas de discussão.

Assim, foram realizados 20 encontros com as mulheres que integravam o Grupo de Educação para o Autocuidado em Diabetes. O 1º e o 2º encontros esclareceram sobre a atividade de grupo; do 3º ao 9º encontro, discutimos sobre os vários aspectos da patologia e do tratamento; do 10º ao 20º encontro, despertamos o interesse pelo engajamento no autocuidado, fazendo algumas questões elaboradas a partir da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem (1995).

4.5 Interfaces do Processo de Engajamento no Autocuidado: O Grupo Focal

Após haver concluído a etapa de execução das atividades do GEAD, realizei uma discussão sobre o processo de engajamento das mulheres no autocuidado por meio do grupo focal, no mês de outubro de 2003.

Optei por esta técnica de coleta de dados porque entendi que seria um momento de reflexão conjunta dos que vivenciaram a experiência de construir o engajamento de autocuidado de forma integrada durante os seis meses em que conviveram em grupo.

Sobre grupo focal, é importante dizer que este vem sendo utilizado pelos cientistas sociais desde 1930, mas seu desenvolvimento ocorreu na década de 1950 por ocasião do crescimento de pesquisas mercadológicas aceleradas pela industrialização.

Atualmente, os pesquisadores das diversas áreas do conhecimento apoderaram-se amplamente do grupo focal em suas pesquisas, o que desperta interesse dos que pretendem conhecer o fenômeno a ser investigado na perspectiva dos sujeitos, sendo, portanto, apropriado às investigações qualitativas por privilegiar a obtenção de um conhecimento aprofundado do objeto de estudo. Dessa forma, é possível obter informações sobre sentimentos e opiniões de pequenos grupos de participantes sobre um problema, significados associados a um fenômeno, a uma situação ou instituição, conforme esclarece Bash (1987).

Johnson (1994) acentua que essa técnica de coleta de dados oferece aos sujeitos a oportunidade de aprofundar e diversificar as suas respostas, já que, em grupo, há maior produção de informações com riqueza de detalhes por haver um esforço combinado de seus integrantes.

A adequação dessa técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativa é aceita e praticada por vários estudiosos, dentre eles Fontana e Frey (1994), MacDougall e Baum (1997), quando dizem que o grupo focal é particularmente útil para coletar dados qualitativos porque tem a vantagem de ser barato, flexível, estimulador de discussões, sendo ainda capaz de produzir riqueza de dados.

No entanto, o grupo focal não é um grupo de entrevista no qual seus membros respondem individualmente, mas é, antes de tudo, um grupo que discute em torno de um interesse comum.

Sobre a estrutura do grupo focal, ou seja, acerca dos seus membros, Basch (1987), Dawson, Manderson e Tallo (1992) esclarecem que devem ser consideradas a homogeneidade socioeconômica e a situação de saúde dos sujeitos envolvidos, assim como o número de participantes, que deve ser fixado entre 6 e 12 pessoas reunidas em torno de um interesse comum. Chamam ainda a atenção para a idéia de que grupo focal constituído por mais de 8 pessoas pode ser muito trabalhoso, ficando a critério do pesquisador optar pela sua quantidade, desde que não exceda o número de 12 integrantes.

Foi importante considerar a homogeneidade, pois isso encorajou o grupo de mulheres a falar mais livremente sobre o autocuidado, sem temer julgamento ou

críticas, o que favoreceu a ampla participação nas sessões. Todas tiveram as mesmas oportunidades de se posicionar sobre o tema-foco já que esse era de interesse comum.

Como, porém, o número excedia o recomendado pela literatura, foram formados dois subgrupos, sendo um com seis participantes e outro com sete. Com cada um, realizaram-se quatro reuniões de grupo focal, coordenadas pelo moderador e com a participação de um observador.

Para tanto era necessária a aprovação de todas. Então, temendo que o grupo se sentisse dividido, realizei uma reunião com todas as integrantes do grupo para esclarecer de que forma iríamos trabalhar esta etapa da pesquisa. Nessa reunião, segui um roteiro para discussão (apêndice 3) a fim de esclarecer sobre como ocorreriam as quatro reuniões de grupo focal com cada subgrupo. A partir disto, todas concordaram na subdivisão e elas mesmas fizeram o processo de escolha de seus membros.

O primeiro subgrupo foi formado por seis mulheres: **Coragem, Saúde, Força, Tranqüilidade, Amor e Integração**. Os encontros ocorreram sempre às 3^{as}. feiras, semanalmente, a partir das 14 horas. Quanto ao segundo subgrupo, as reuniões aconteceram semanalmente, às 4^{as}. feiras, a partir das 14 horas, com a participação de **Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Paz, Compromisso e Ânimo**. A escolha das datas e horário também foi determinada pelas participantes.

As integrantes do grupo elegeram o NAMI como o lugar ideal para a realização das sessões de grupo focal, por ser familiar a todas e de acesso fácil. Assim, reservei uma sala que garantisse a privacidade das integrantes e que fosse confortável, já que o tempo de cada reunião duraria em média 50 minutos. Certifiquei-me ainda, de que haveria uma mesa retangular, o que permitiria uma aproximação maior com todas e favoreceria a utilização do gravador no centro da mesa para captação dos depoimentos com boa qualidade sonora. Durante as reuniões, disponibilizei água e sucos para todas.

Para conduzir o grupo focal, a presença do moderador e do observador foi imprescindível. Coube a mim assumir o papel de moderador do grupo focal e treinar uma acadêmica de Enfermagem, que participou de todo o processo de execução das atividades GEAD, para ser a observadora.

Dawson, Manderson e Tallo (1992) tecem algumas diretrizes para a conduta do moderador e do observador, quando explicita que o primeiro deve ser uma pessoa que ajuda o grupo a participar das discussões naturalmente, que deve ter um guia de questões previamente preparadas a serem perguntadas ao grupo, mas atentando-se para a noção de que este guia deve servir como contorno das questões principais para o grupo. O observador, por sua vez, não é um integrante do grupo, mas deve se comunicar com o moderador quando inquirido, cabendo a ele registrar, em anotações escritas, sobre como as discussões aconteceram e o comportamento de seus participantes. O observador pode utilizar o gravador para registrar o teor das discussões.

Dessa forma, a cada reunião, coube a mim ajudar o grupo a participar das discussões naturalmente por meio de um guia de questões previamente preparadas a serem lançadas ao grupo (apêndice 4), atentando-me para a noção de que este deveria servir como contorno das questões principais sobre o fenômeno investigado.

Carey (1994) considera que o grupo focal é uma sessão de grupo semi-estruturada, moderada por um líder, munido de um rol de questões, com o propósito de coletar informações dos tópicos designados.

Assim, os temas-focos das reuniões foram: *refletindo em grupo sobre o autocuidado, as dificuldades para a adesão no autocuidado em diabetes, grupo e o autocuidado e, a minha vida antes e depois do grupo.*

Para moderar o grupo focal, comportei-me de acordo com as recomendações de Dawson, Manderson e Tallo (1992), ou seja, deveria criar uma atmosfera favorável às discussões, comunicar-me com naturalidade, ser capaz de saber ouvir atentamente as falas dos integrantes do grupo, ter domínio e experiência sobre o fenômeno a ser investigado e desempenhar papel de liderança.

O observador seguiu um roteiro prévio (apêndice 5) e registrou, em anotações escritas, como as discussões aconteceram e o comportamento das participantes. Além disso, responsabilizou-se pelo uso do gravador para registrar o teor das discussões para que estas fossem transcritas integralmente.

Ao final de cada grupo focal, eu discutia com o observador sobre os seus registros, sempre norteados pela afirmação de Demo (2001) de que o analista qualitativo observa tudo, o que é ou não dito: os gestos, o olhar, o balançar da cabeça, o meneio do corpo, o vaivém das mãos.

Depois desta etapa, iniciava a transcrição dos depoimentos (apêndice 6).. Esta etapa foi extremamente exaustiva, já que muitas eram as participantes e porque cada fita tinha em média 50 minutos de gravação.

4.6 Organização e Análise das Informações

O ato de organizar e interpretar as informações qualitativas é um processo de análise sistemática, em busca de uma descrição coerente de todo o material coletado. Em especial, nesta pesquisa, a análise não se iniciou a partir desse tópico, mas sim desde a fase da seleção do grupo dos diabéticos até o emprego do grupo focal como instrumento de coleta.

Trivinos (1987) acentua que a análise de dados em pesquisa qualitativa, apesar de se mencionar uma fase distinta com a denominação “análise”, durante a fase de coleta de dados, a análise já poderá estar ocorrendo.

Tendo já clarificado esta maneira própria de pensar a análise de informações qualitativas e, em sendo esta uma pesquisa-ação, e considerando ainda, que a coleta de dados ocorreu em três etapas (ou seja, a seleção dos sujeitos, a programação e execução das atividades do GEAD e as interfaces do processo de engajamento no autocuidado por meio do grupo focal), para cada uma dessas etapas, adotei um critério de organização e análise dos dados, conforme descrito a seguir.

Na primeira etapa, a seleção dos sujeitos, apresento cada participante do estudo e a respectiva identificação dos déficits de autocuidado.

Na segunda etapa, informo a programação e execução das atividades do GEAD, destacando o objeto da discussão das reuniões, por meio de sua descrição. Trago, ainda, a exposição do processo de engajamento no autocuidado de cada mulher diabética que participou das atividades do grupo e, ao final, procedo a análise fundamentada em estudiosos sobre educação em diabetes.

Na terceira etapa, interfaces do processo de engajamento no autocuidado, os dados coletados por meio do grupo focal foram organizados com base em Bardin (1979), já que esta forma facilita e permite atribuir significados ou interpretar a realidade pesquisada. No que diz respeito à análise, essa se fundamentou nas Conferências da Promoção da Saúde e estudiosos sobre a Educação em Saúde.

Nesta última etapa preservei a natureza qualitativa do estudo, de tal forma que os indicadores obtidos pudessem assim ser revelados como tal. McKinlay (1992) e Yach (1992) apontam dois caminhos para a organização das informações coletadas por meio de grupo focal, quais sejam, os sumários etnográficos e a codificação dos dados, via análise de conteúdo.

A análise de conteúdo foi a técnica escolhida, pois, segundo Bardin (1979) consiste em obter a descrição do conteúdo das mensagens por intermédio de procedimentos sistemáticos, para inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.

Obedeci as seguintes fases para trabalhar com a análise de conteúdo preconizada por Bardin (1979): pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; e inferências e interpretações.

4.7 A Conduta Ética na Pesquisa

Em 1947 surgiu a primeira normatização sobre pesquisa científica em seres humanos, configurada no Código de Nuremberg, em resposta da humanidade às atrocidades cometidas nos campos de concentração nazistas. Este código foi revisto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, em 1965, foi proclamada a declaração de Helsinque. Ao longo dos anos, foram definidas diretivas gerais internacionais no que se refere à pesquisa biomédica em seres humanos.

No Brasil, em 1988, o Conselho Nacional de Saúde divulgou a resolução destinada a regulamentar a pesquisa em seres humanos, que, sendo revista em 1996, ampliou essa normatização, passando a regulamentar todas as pesquisas nas diversas áreas.

O preâmbulo da Resolução 196/96 prevê uma revisão periódica e a obrigação da aprovação da pesquisa por um comitê de ética, reforçando assim a responsabilidade legal e ética do pesquisador.

Ciente disso, encaminhei o projeto desta pesquisa ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará para ser submetido à avaliação. Munida do seu parecer favorável (anexo 2), dirigi-me à Coordenação do Núcleo de Atenção Médica Integrada, com solicitação escrita para que pudesse iniciar a fase de coleta das informações, o que foi concedido prontamente.

Visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa, incorporei os referenciais básicos da bioética, que devem ser observados no desenvolvimento de pesquisa, explicitados na Resolução 196/96, que são: autonomia — tratar os sujeitos com dignidade, respeitando a sua autonomia, não-maleficiência — garantir que danos previsíveis serão evitados; beneficência — ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se com os máximos de benefícios; e justiça — relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE-CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997).

Este comportamento ético na pesquisa foi explicitado no Termo de Consentimento, que contempla o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, a ponderação entre riscos e benefícios, a garantia de que danos previsíveis serão evitados e a relevância social da pesquisa com vantagens para os sujeitos. O referido Termo foi lido e discutido com os sujeitos, que aceitaram livremente participar da pesquisa. Após esta discussão, o Termo foi assinado tanto pelos sujeitos quanto por mim e, a partir daí, iniciei a fase de coleta de dados.

À guisa de reflexão sobre comportamento ético em pesquisa, no meu entendimento, uma pesquisa de doutoramento da área da saúde deve ser conduzida com ética desde a escolha do objeto de estudo, já que este precisa responder às necessidades e prioridades da comunidade que se pretende trabalhar, até a devolução dos resultados à comunidade científica e à comunidade trabalhada. Assim, o planejamento e a execução desta pesquisa foram guiados pelos princípios fundamentais da dignidade e ética humanas.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Em se tratando de uma pesquisa-ação, a análise é contínua e deve ser feita concomitante ao processo de execução da investigação. Assim, como já expresso, os dados foram tratados em três etapas, conforme exposto a seguir.

1ª Etapa - Seleção dos Sujeitos

Procedo na seqüência, a apresentação das 13 componentes do Grupo de Educação para o Autocuidado em Diabetes e os déficits de autocuidado identificados durante a etapa de seleção daquelas que participaram de todas as fases da pesquisa-ação.

Coragem, 37 anos, casada, dona do lar, cursou o 1º grau completo; mãe de dois filhos, sem renda familiar fixa, pois o marido encontra-se desempregado, o que leva esta família a depender de ajuda financeira de seus pais. Sua casa é de acesso difícil; para chegar até lá, passei por uma ruela, com passagem para apenas uma pessoa por vez; a ruela é sem saída, sem calçada, e sua casa é pequena, de apenas um cômodo, no qual se encontram quarto de dormir, cozinha e banheiro. Na casa residem, ainda o seu marido e filho de sete anos, que é portador de nefropatia congênita; sua filha de 13 anos mora com a avó em uma rua próxima à sua casa. **Coragem** é diabética há dois anos, e, desde então, vem sendo acompanhada no NAMI. Atualmente faz tratamento farmacológico e não farmacológico, e não tem patologia associada ao *Diabetes mellitus*. Os déficits de autocuidado são:

-Falta de conhecimento sobre suas condições de saúde, além de pouco conhecimento sobre a patologia e a identificação de sintomas de hiperglicemia.

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, já que a manutenção de sua saúde não merecia atenção para a cliente, tendo em vista a priorização aos problemas de saúde de seu filho.

-Indicativo de desequilíbrio da manutenção da saúde, pois não tinha um comportamento de autocuidado contínuo, o que a fazia interromper o tratamento farmacológico a cada problema de saúde de seu filho.

Saúde, 60 anos, casada, entretanto seu marido reside em São Paulo há alguns anos, e seu contato com ele é feito por telefone ou correspondência. Esta situação a fez responsabilizar-se sozinha pela formação de seus filhos. Costureira, cursou o 1º grau completo, reside com duas filhas em uma casa simples, mas bastante confortável, de localização fácil e privilegiada na área do Dendê. A renda familiar é de três salários mínimos. **Saúde** é diabética há 5 anos e é acompanhada desde o diagnóstico. Atualmente faz tratamento farmacológico e não farmacológico. Tem hipertensão arterial como patologia associada. Apresentou apenas um déficit do autocuidado conforme descrito abaixo:

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, associada à resistência à prática de atividade física (caminhada), bem como pelo conhecimento inadequado sobre a adesão contínua de uma alimentação saudável.

Força, 54 anos, separada maritalmente, 1º grau completo, diabética há um ano, é acompanhada pelos profissionais do NAMI desde então. Seu diagnóstico foi firmado após sua participação em campanha para busca ativa de diabéticos. Não apresentava nenhuma sintomatologia própria da doença por ocasião do diagnóstico. Doméstica, reside em um ambiente extremamente violento, pois a rua onde mora está no eixo formador das gangues da Comunidade do Dendê. Sua casa é bastante modesta, e já foi invadida pela polícia diversas vezes para procurar os integrantes da gangue. A renda familiar não é fixa, depende dos trabalhos que seus filhos conseguem. Cuida diariamente de sete netos, tarefa esta que considera a mais difícil. No momento, em tratamento não farmacológico. Os déficits de autocuidado identificados foram os seguintes:

-Falta de conhecimento sobre suas condições de saúde, pelo baixo conhecimento sobre a patologia e pela pouca valorização do tratamento não farmacológico.

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, por acreditar que a ausência de sintomatologia de *Diabetes mellitus* a isenta por completo da possibilidade de vir a desenvolver alguma complicação aguda ou crônica. Interrupção do tratamento não farmacológico ocasionada pelo contexto de violência do ambiente onde reside.

Tranquilidade, 57 anos, analfabeta, recém-chegada a Fortaleza, por ter-se separado do marido, vindo morar com sua filha. Diz que sabe ser diabética há dois anos, mas nunca seguiu tratamento por não aceitar e acreditar em sua condição. Iniciou o acompanhamento ambulatorial no NAMI, após ter sido encaminhada por mim ao clínico geral. Reside em casa com três cômodos, numa vila sem saída, na Comunidade do Dendê. Agricultora, atualmente ajuda a filha no cuidado do neto e dos afazeres domésticos. A renda familiar é de dois salários mínimos. Tem hipertensão arterial como patologia associada. Está em tratamento farmacológico e não farmacológico. A seguir, os déficits de autocuidado:

-Falta de conhecimento sobre suas condições de saúde, haja vista a ausência de informações sobre o autocuidado em diabetes.

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, pela limitação cognitiva e dificuldade para absorver as orientações de Enfermagem sobre a sua saúde, bem como a não-aceitação do uso de medicação.

-Indicativo de desequilíbrio da manutenção da saúde, pela inadequação da dieta e obesidade.

Alegria, 37 anos, doméstica, casada, cursou o 1º grau completo, reside com os três filhos e seu marido em uma casa pequena, com quatro cômodos, em uma rua de fácil acesso. Seu marido é vigia e a renda familiar é de 1 ½ salário mínimo. Há dois anos, foi diagnosticada e desde então está em tratamento farmacológico, embora tenha interrompido em algumas ocasiões, quando não conseguia comprar medicação (por falta no NAMI). Outro motivo relatado para interrupção do tratamento decorre da descontinuidade da adesão à dieta diabetológica. Não tem patologia associada. Apresentou dois déficits de autocuidado :

-Falta de conhecimento sobre suas condições de saúde, haja vista a ausência de informações consistentes sobre o autocuidado em diabetes.

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, pela dificuldade em adaptar-se ao novo estilo de vida, principalmente em relação ao controle nutricional e prática de atividade física.

Esperança, 57 anos, casada, cursou o 1º grau incompleto, reside com o marido, tem quatro filhos casados e independentes. Sua casa é localizada em área de risco pelo elevado índice de violência por gangue. Na área de frente da sua casa, há um botequim, onde seu marido comercializa bebidas alcoólicas, refrigerantes, balas, bolos e outros lanches rápidos. A renda mensal é indefinida, dependendo do valor comercializado. Descobriu ser diabética há três anos, e desde então diz que tem enfrentando sérias dificuldades para normalizar níveis glicêmicos. Interrompeu o tratamento farmacológico por acreditar que estes não a tem ajudado, já que a glicemia permanece elevada. Tem hipertensão arterial. Os déficits de autocuidado identificados foram os seguintes:

-Indicativo de desequilíbrio da manutenção da saúde, pela descompensação glicêmica e presença de polifagia e polidipsia, elevação de níveis pressóricos.

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, pela dificuldade quanto à incorporação do tratamento diabetológico e anti-hipertensivo em seu cotidiano.

Persistência, 59 anos, doméstica, tem 1º grau incompleto, casada, mora com marido e filho em casa simples de dois cômodos, situada em uma ruela. Cuida de uma neta quando a nora vai ao trabalho como faxineira. Passa por grandes dificuldades financeiras, pois seu marido, embora tenha uma profissão definida – pedreiro- não tem vínculo empregatício; desta forma, a renda familiar fica comprometida. **Persistência** atribui o descontrole metabólico à situação financeira instável. É diabética há dez anos, mas há cinco é acompanhada sistematicamente. Está em tratamento farmacológico. Tem hipertensão arterial como patologia associada. Os déficits de autocuidado identificados foram:

-Indicativo de desequilíbrio da manutenção da saúde, pela descompensação glicêmica contínua e prolongada e pelos sintomas de poliúria, polifagia e polidipsia.

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, pela incorporação inadequada da caminhada em picos glicêmicos e ingestão de alimentos hipercalóricos.

Motivação, 55 anos, cozinheira, separada, mora com a filha em uma casa de um cômodo, na área de risco da Comunidade do Dendê, o que a preocupa bastante pelas constantes brigas de gangue; cursou o 1º grau incompleto, e a renda mensal é de um salário mínimo. Para participar dos encontros grupais, passou a trabalhar no sábado para compensar a sua ausência às quintas-feiras, demonstrando interesse em resgatar a sua saúde. É diabética há dois anos, mas somente há cerca de um ano comparece às consultas médicas e de Enfermagem no NAMI. Faz tratamento farmacológico. É portadora de hipertensão arterial. Os déficits de autocuidado foram:

-Falta de conhecimento sobre suas condições de saúde, haja vista poucas informações sobre o autocuidado em diabetes.

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, pela limitação cognitiva e dificuldade para conciliar trabalho e autocuidado diário.

-Indicativo de desequilíbrio da manutenção da saúde, pela elevação de níveis glicêmicos e pressóricos. Presença de poliúria e polifagia, parestesia de MMII.

Amor, 61 anos, dona de casa, casada, analfabeta, mora com dois filhos em uma casa de três cômodos, simples, em uma área considerada tranquila na Comunidade do Dendê. Dependê da renda mensal de seus filhos, que não têm emprego com vínculo empregatício e, portanto passa por dificuldades financeiras. Diabética há seis anos, em tratamento farmacológico. Não tem patologia associada. A seguir, os déficits de autocuidado identificados:

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, pela limitação cognitiva e dificuldade para absorver as orientações de Enfermagem sobre a sua saúde.

Paz, 54 anos, costureira, cursou o 1º grau completo; é portadora de *Diabetes mellitus* há 1 ano e quatro meses, não comparecendo regularmente às consultas médica e, portanto, não aderindo ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Introspectiva, pouco comunicativa, relata que apresenta quadro depressivo, tendo também abandonado acompanhamento com psiquiatra. Reside em casa própria com a família de seu filho. Sua casa tem quatro cômodos, com

pouca ventilação, mas de fácil acesso. Sua renda mensal varia de acordo com o trabalho de costura que executa, e oscila entre um a dois salários mínimos. Os déficits de autocuidado foram os seguintes:

-Falta de conhecimento sobre suas condições de saúde, pela ausência de informações sobre a patologia e pouca valorização do acompanhamento ambulatorial.

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, pela baixa auto-estima, quadro depressivo, desânimo e interrupções freqüentes do tratamento.

-Indicativo de desequilíbrio da manutenção da saúde, pela ingestão indevida de alimentos hipercalóricos e sobrepeso.

Compromisso, 62 anos, dona de casa, casada, analfabeta, mora com o marido e seis filhos em uma casa bastante pequena de apenas três cômodos em uma rua de acesso difícil na área de risco de constantes conflitos com policiais. Tais conflitos já vitimaram um sobrinho, o que a deixa insegura com relação à segurança de seus filhos. É diabética há três anos. Faz tratamento farmacológico. É portadora de hipertensão arterial. Apresentava os seguintes déficits de autocuidado:

-Falta de conhecimento sobre suas condições de saúde, pela inabilidade com o autocuidado cotidiano em diabetes.

-Indicativo de desequilíbrio da manutenção da saúde, pela inadequação da dieta e sintomas de hiperglicemia.

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, pela descontinuidade do tratamento ambulatorial.

Ânimo, 53 anos, doméstica, cursou o 1º grau completo; separada há vários anos; tendo criado seus quatro filhos sozinha. Já morou em São Paulo por vários anos, na tentativa de sustentar sua família; nesta ocasião, sua mãe cuidava de seus filhos ainda pequenos. Atualmente mora com uma filha, em uma casa de quatro cômodos, localizada em uma rua estreita, porém de fácil acesso. Na mesma rua, moram os demais filhos, já casados. Não tem renda mensal definida, sobrevivendo da ajuda dos filhos. É diabética há onze anos, e é acompanhada no

NAMI há dois anos, com regularidade. Está em tratamento farmacológico. É portadora de hipertensão arterial. Os déficits de autocuidado foram os seguintes:

-Indicativo de desequilíbrio da manutenção da saúde, pela descompensação glicêmica, pela poliúria e polidipsia.

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, pela incorporação inadequada da caminhada em picos glicêmicos.

Integração, 56 anos, viúva, cursou o 1º grau incompleto, tem dois filhos, reside com a neta, em uma casa simples, mas aconchegante e bem organizada. Participa do Grupo Cabelos Brancos e é integrante da Comunidade Católica. Sabe ser diabética há três anos. Sua filha, que reside no interior do Estado do Ceará, também é diabética. Relata que, durante os episódios de depressão, interrompia o seguimento do tratamento ambulatorial, e medicava-se por conta própria. É portadora de hipertensão arterial. Encontra-se no momento em tratamento farmacológico e não farmacológico. Os déficits de autocuidado identificados foram:

-Falta de conhecimento sobre suas condições de saúde, haja vista as poucas informações sobre diabetes incorporadas no cotidiano do cuidado.

-Limitação para fazer julgamento e decisão de autocuidado, pela priorização de cuidado alternativo – chá de insulina — em detrimento do tratamento farmacológico e não farmacológico.

-Indicativo de desequilíbrio da manutenção da saúde, pela inadequação da dieta diabetológica.

A partir do exposto nesta etapa da pesquisa foi preciso considerar os seguintes aspectos: as treze participantes do estudo estavam compreendidas na faixa etária de 37 a 62 anos, sendo que duas são analfabetas; a ocupação predominante era a de doméstica, e as demais eram faxineiras e algumas aposentadas; renda familiar de até dois salários mínimos. Quanto ao tempo de diagnóstico de *Diabetes mellitus*, estavam na faixa de três a treze anos, sendo que a quase totalidade das mulheres era portadora de hipertensão arterial.

Os déficits de autocuidado identificados foram: limitação para fazer julgamento, indicativo de desequilíbrio de manutenção da saúde, falta de conhecimento sobre sua condição de saúde.

Constatai, assim, que os déficits identificados estão relacionados aos fatores biológicos e psicossociais o que me leva a considerar que a inter-relação desses fatores pode influenciar no engajamento no autocuidado das diabéticas.

Assim, ante a complexidade de fatores como determinantes do engajamento ao cuidado, acredito ser necessário relembrar o que Orem (1995) conceitua como déficit do autocuidado, para que, a partir deste, possa determinar o que irei considerar como engajamento das diabéticas no autocuidado.

Déficit do autocuidado refere-se ao *relacionamento entre o agente do autocuidado e as demandas terapêuticas de autocuidado dos indivíduos, onde a capacidade de autocuidado não é suficiente para encontrar componentes parciais ou totais das demandas terapêuticas de autocuidado* (OREM, 1995).

Posso dizer, então, que os déficits de autocuidado ocorreram pela inabilidade das mulheres diabéticas (agente do autocuidado) em lidar com os fatores biológicos e psicossociais (demandas terapêuticas).

Assim, a partir do conceito de Orem sobre déficit do autocuidado, elaborei os seguintes critérios para analisar o engajamento das mulheres no autocuidado ao longo do processo grupal:

Engajamento total - desenvolvimento de habilidades para lidar com todos os déficits de autocuidado.

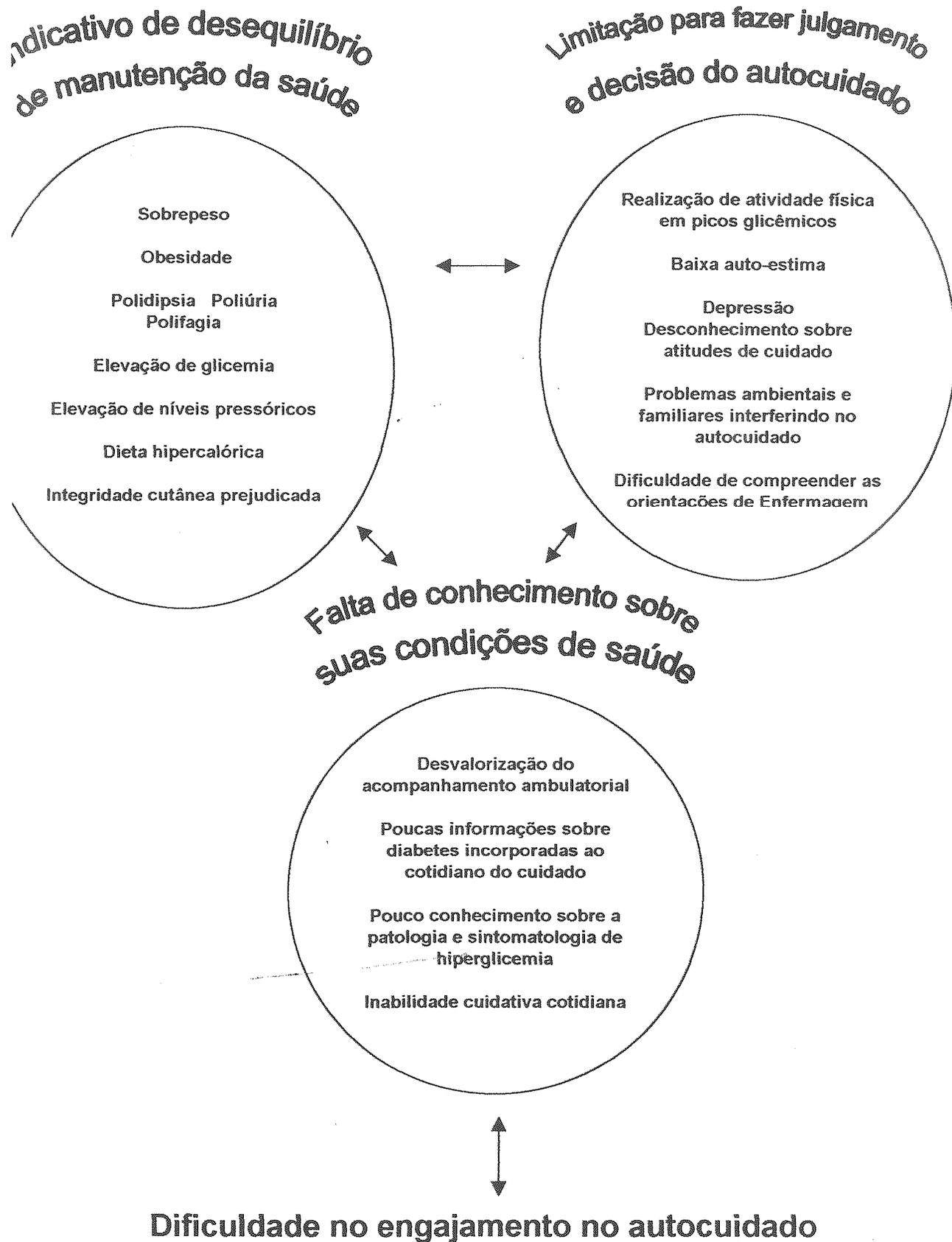
Engajamento parcial - desenvolvimento de habilidades para lidar com pelo menos um dos déficits de autocuidado.

Sem engajamento - não houve desenvolvimento de habilidades para lidar com os déficits de autocuidado.

Seguindo essa linha de raciocínio, serão considerados engajados no autocuidado, total ou parcial, as mulheres que, ao término das atividades do Grupo de Educação para o Autocuidado em Diabetes tenham construído habilidade de autocuidado, por meio de ações e atos de cuidado que possam refletir, total ou parcialmente, nos déficits de autocuidado, quer seja, em curto, médio ou longo prazo.

Para melhor visualização dos dados até aqui obtidos, trago de forma ilustrativa (figura 2) os déficits de autocuidado das mulheres diabéticas a seguir:

Figura 2- Déficiências de Autocuidado das Mulheres Diabéticas



2ª Etapa- Programação e Execução das Atividades do GEAD

A operacionalização dos 20 (vinte) encontros é descrita a seguir, contendo a data, as participantes, os temas, os pontos discutidos, o recurso utilizado, registro da reunião e o encerramento.

1º Encontro Grupal

Data: 20/03/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranquilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: Para que serve um grupo

Pontos discutidos

a apresentação das participantes do grupo
o estabelecimento da meta do grupo - o engajamento no autocuidado em diabetes
a determinação do local dos encontros, dias, horários e duração
os papéis do coordenador e das participantes
as discussões dos encontros grupais
o firmamento do compromisso uns com os outros
Encerramento do encontro

Recurso

Discussão circular

Dinâmica de apresentação

Para que todas memorizassem os nomes umas das outras, solicitei que cada uma escrevesse seu nome em um pedaço de cartolina recortado e que se apresentasse ao grupo. As que eram analfabetas, tiveram seu nome registrado por uma das alunas de Enfermagem que integrava o grupo. Após cada apresentação era solicitado que alguém se aproximasse da pessoa que se apresentou e que colocasse o nome na roupa, desejando neste momento as boas-vindas ao grupo.

O registro da reunião

Todas as mulheres compareceram a reunião e pareciam bastante animadas e ansiosas para saber exatamente como tudo iria acontecer. Fiquei muito feliz com a vinda de todas. Sobre a atividade do grupo, muitas perguntas surgiram, dentre elas: Para que reunir em grupo? Quem participa do grupo continua sendo atendido no ambulatório? Quem pode participar do grupo? Quem faltar não pode mais participar do grupo? Esclareci todas as dúvidas e disse que a participação nas reuniões seria de grande valia para a saúde de cada uma delas, e que continuariam sendo atendidas pelo médico e por mim nos ambulatórios. Quanto à dinâmica, esta movimentou o grupo e, apesar de muitos já serem conhecidos uns pelos outros, o ato de ficar à vontade com outras pessoas em ambiente diferente do usual favoreceu o início da formação do grupo.

Encerramento

Ao encerrar o encontro solicitei que durante a semana pensassem e trouxessem temas que gostariam que nós discutíssemos durante nossos encontros para que pudéssemos elaborar um planejamento conjunto das atividades.

2º Encontro Grupal:

Data: 27/03/2004

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranqüilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: Discutindo o planejamento das atividades

Pontos discutidos

O que pensei que deveria ser discutido nas reuniões

O que preciso saber sobre autocuidado em diabetes

Quais as minhas necessidades de saúde

Recurso : *Discussão circular.*

Dinâmica: representando os Temas em recortes de revistas

O registro da reunião

Para conhecer os Temas que as participantes gostariam que fossem discutidos, dividimos em quatro subgrupos e pedimos que conversassem entre si sobre os Temas que haviam pensado durante a semana. Depois da discussão nos subgrupos, entregamos uma folha de cartolina, revistas, tesoura e cola. Solicitei que cada subgrupo relacionasse os Temas propostos a palavras. Depois disto, elas foram incumbidas de eleger uma representante do subgrupo para falar sobre os Temas a serem propostos para o grande grupo. Assim, sugeriram que as discussões fossem feitas sobre os remédios utilizados, as dificuldades que tinham sobre seguir a dieta, os problemas da vida diária com a família (marido, filhos e netos) e de aceitação da doença, o convívio social dificultado pela situação da doença, as intercorrências eventuais- hiperglicemia e o receio das complicações nos pés.

Considerando as sugestões iniciais das integrantes do grupo, bem como os déficits de autocuidado, as reuniões foram planejadas, sabendo que estas seriam flexíveis e que os Temas gerados das discussões poderiam ser modificados dependendo das necessidades do grupo.

Depois desta discussão, oferecemos um lanche a todas e marcamos a próxima reunião.

Encerramento

Ao encerrar o encontro, agradei pela presença de todas e foi oferecido um lanche.

3º Encontro Grupal

Data: 03/04/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Alegria, Persistência, Motivação, Amor, Compromisso e Ânimo.

Tema: Como tenho vivido com diabetes

Pontos discutidos

A minha vida com diabetes
 Como se deu o meu diagnóstico
 Como está meu tratamento

Recurso

Exposição de forma espontânea, das experiências pessoais dos diabéticos, desde o diagnóstico até o presente momento.

O registro da reunião

Este dia foi muito enriquecedor em razão das várias experiências diante da doença. O grupo expôs como souberam que eram portadores de *Diabetes mellitus* e as dificuldades que enfrentam até o momento. O choro foi presente no relato de algumas. Nas exposições de todas as participantes ficou claro que a maior dificuldade percebida diz respeito à alimentação e à situação financeira como barreira para seguir as recomendações alimentares e sobre aquisição de medicações que estão em falta no serviço de saúde.

Encerramento

Ao encerrar o encontro, dei uma palavra de encorajamento a todas e reafirmei o compromisso de caminhar lado a lado na busca de estratégias eficazes de autocuidado para que possam viver com melhor qualidade de vida. Por fim, agradei pela presença de todas e oferecemos um lanche.

4º Encontro Grupal

Data: 10/04/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranquilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: Conhecendo o *Diabetes mellitus* como patologia

Pontos discutidos

Os vários aspectos que envolvem a patologia
 O que é diabetes
 O que me levou a ter diabetes
 Fatores predisponentes ao diabetes
 Os sintomas do diabetes
 O diabetes: autocuidado ou cura?

Recurso

Exposição circular, utilizando painel explicativo sobre a doença
Discussão circular para ouvir e discutir sobre as dúvidas das participantes
 Utilizamos um painel explicativo contendo ilustrações do pâncreas, insulina e as células do organismo para favorecer melhor apreensão do conhecimento de como alguém desenvolve a patologia. O painel chamou a atenção de todas.

O registro da reunião

Durante a reunião, muitas dúvidas surgiram, como o porquê de na família apenas uma pessoa era diabética, e muitas lembranças também, já que, durante a explicação sobre os sintomas da doença, as participantes iam se identificando e relembando situações desde o diagnóstico.

Ficaram claros, ainda, o desconhecimento sobre as complicações e o medo de desenvolver uma das complicações crônicas, pois muitas relataram conhecer algumas pessoas que morreram pelo diabetes (inclusive a mãe de uma participante) e outra que amputou um dos membros inferiores.

Encerramento O grupo pediu para fazer uma oração a Deus, e uma das integrantes a fez. Foi oferecido um lanche ao final.

5º Encontro Grupal

Data: 17/04/2003

As participantes: Saúde, Força, Tranquilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: As complicações crônicas do diabetes

Pontos discutidos

As complicações crônicas : retinopatia, nefropatia, neuropatia e vasculopatia.

Como cuidar dos meus pés

A importância da realização dos exames laboratoriais na prevenção das complicações crônicas.

Como posso evitar as complicações crônicas.

Recurso

Exposição circular, utilizando painéis explicativos sobre as complicações crônicas

Demonstração representativa do cuidado com os pés por meio de "teatro de dedos".

Utilizamos um cartaz, com figuras de rim, membros inferiores e olho, elaborado pelas alunas de Enfermagem, contendo os tópicos que foram abordados para introduzirmos a discussão do Tema central.

É importante dizer aqui que, durante o planejamento das atividades a serem desenvolvidas nesta reunião, tive o cuidado de elaborar, em conjunto com as alunas de Enfermagem, um momento lúdico para suavizar a discussão sobre complicações crônicas. Então, planejamos e realizamos um teatro de dedos, do qual as alunas de Enfermagem participaram ativamente. Os dedos dos pés foram pintados, com rostinho, e fizemos um diálogo, abordando a importância do autocuidado com os pés. Tinha pé bem cuidado, pé suquinho, pé machucado e pé que não queria se cuidar. Desta forma, descontraímos o ambiente e prosseguimos com a discussão central.

O registro da reunião

Durante a exposição do cartaz, muitas perguntas foram feitas pelas integrantes do grupo, ao mesmo tempo em que relatavam evento de complicação crônica de pessoas conhecidas. Demonstravam um certo temor e incerteza. À medida que perguntavam, nos reportávamos a sua condição atual, tentando particularizar a

discussão, para que pudesse levar à conscientização dos riscos de déficit do autocuidado relacionado aos pés.

No momento lúdico, as integrantes do grupo deram risadas, e escutavam atentamente cada diálogo entre os vários tipos de pés representados. Foi muito importante esta atividade, pois todas se descontraíram; numa linguagem simples, aprendiam algo mais sobre autocuidado com os pés. Ao encerrar o teatro, foi dada a tarefa de autocuidado com os pés, a ser compartilhada com o grupo na próxima reunião.

Encerramento

Fizemos o lanche habitual: salada de frutas, e, logo após, fizemos um círculo e nos comprometemos a cumprir a tarefa.

6º. Encontro Grupal:

Data: 08/05/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranqüilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: Como cuidei dos meus pés

Ponto discutido: O autocuidado com os pés

Recurso

Relato individual sobre o autocuidado com os pés

Realização do exame dos pés em grupo, utilizando espelho, óleo, folha de papel em branco e pincel atômico

Iniciamos a atividade lançando a pergunta: como foi a experiência de cuidar de meus pés?

Depois dos relatos de cada um deles, iniciamos o exame em seus pés

O registro da reunião

Nem todas cumpriram a tarefa, alegando esquecimento. As que fizeram disseram ter sido bom e diferente, já que nunca haviam examinado os pés em suas casas, atentamente. Após a escuta dos relatos, demonstrei como devem ser realizados o exame e o cuidado com os pés. Para tanto, foram examinados os pés com a ajuda de um espelho, atentando para as unhas, espaços interdigitais, calcanhares, sempre buscando identificar calosidades e pontos de pressão. À medida que ia fazendo a demonstração, os diabéticos contavam se haviam feito ou não o exame em domicílio da maneira como estava realizando. Foi interessante, pois, automaticamente, elas comparavam a sua atitude à minha. Após o exame os membros inferiores foram massageados com óleo, ativando a circulação sanguínea e hidratando a pele. Logo após, pedi que cada uma colocasse sob os pés a folha em branco para que pudesse desenhar o seu contorno, para fazer um modelo de palmilha. Depois de recortada, pedi que levassem para casa e pusessem nos sapatos que habitualmente usavam, e observassem a formação de dobras no papel. O objetivo disto é saber se os calçados estão bem ajustados e confortáveis, para evitar pontos de pressão que promovem o desenvolvimento de úlceras plantares. Todas participaram da atividade com atenção. Ao final, distribuí uma amostra de óleo para todas.

Encerramento

Para encerrar a atividade do dia fizemos um lanche à base de frutas, banana e laranja.

Nos despedimos com uma oração.

7º Encontro Grupal

Data: 15/05/2003

As participantes: Coragem, Força, Tranquilidade, Alegria, Esperança, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: Conhecendo o tratamento medicamentoso do *Diabetes mellitus*

Pontos discutidos

As indicações do tratamento medicamentoso

Os tipos de medicamentos

A diferença entre os hipoglicemiantes e a insulina

As vantagens do uso da medicação

Como identificar os efeitos colaterais do medicamento

Recurso

Amostras das medicações: hipoglicemiantes e antihipertensivos

Divisão em três subgrupos

O registro da reunião

Os subgrupos foram coordenados pelas alunas de Enfermagem, e cada uma utilizou as amostras das medicações para explorar os pontos de discussão. Anteriormente, identificamos nos registros dos prontuários dos diabéticos a medicação prescrita e fizemos uma orientação sobre a medicação utilizada.

Muitas foram as manifestações sobre esta discussão, principalmente sobre quando e por que fazer o uso da medicação. Observa-se que as pacientes usam medicação a partir de sintomas identificados, tais como "urina em excesso, dor nas pernas, boca seca e formigamento". As que são portadoras de hipertensão arterial e fazem uso de anti-hipertensivo também têm o mesmo comportamento por "medo de sentirem mal com a queda de pressão" e por pensar que quando a pressão arterial chega ao nível normal, devem parar de tomar a medicação. A interrupção da medicação é feita com muita frequência pelas mulheres, e a substituem pelo chá de insulina, receita esta dada fornecida por conhecidos que cultivam a planta em suas casas. O receio de fazer uso de medicação diária foi algo notório. Dúvidas sobre os efeitos colaterais foram as que mais surgiram na discussão, daí, muitas terem dito que deixam a medicação por acharem que "podem baixar demais" os níveis glicêmicos e pressóricos.

Encerramento

Para encerrar a atividade do dia fizemos um lanche à base de suco de maracujá.

Despedimo-nos com uma oração.

8º Encontro Grupal

Data: 22/05/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranqüilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: Tratamento não medicamentoso - atividade física

Pontos discutidos

O que é uma atividade física

Como realizar a atividade física

Como escolher a atividade física

Os benefícios da atividade física para a saúde do diabético

Recursos:

Realização de caminhada

Exposição dialogada

O registro da reunião

Para esta atividade, convidei uma professora do curso de Educação Física para motivar a discussão e tirar dúvidas sobre a atividade física. Muitas dúvidas surgiram, tais como: como caminhar sem calçado adequado, melhor horário para realizar caminhada, escolha de local ideal. A professora fez alongamento, aquecimento e caminhada no *campus* da Universidade, na pista olímpica. Todas participaram com muita alegria. Motivamos, mais uma vez, a participação de caminhada diária, o que foi aceito por todas. Assim, decidimos que, antes de cada encontro realizaríamos uma caminhada na pista olímpica da Universidade. Após a caminhada, discutimos sobre as suas vantagens no controle glicêmico. Importante é dizer que a professora de Educação Física participou de outras reuniões e dessa experiência nasceu um grupo de Caminhada do Dendê, coordenada por ela. Uma excelente contribuição para os integrantes do grupo e um fruto das nossas reuniões grupais.

Encerramento

Para encerrar a atividade do dia e para movimentar o corpo, brincamos de roda, cantamos e nos divertimos bastante. A seguir fizemos um lanche com salada de frutas.

Despedimo-nos com uma oração.

9º Encontro Grupal

Data: 05/06/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranqüilidade, Alegria, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: Tratamento não medicamentoso - alimentação

Pontos discutidos

Como é uma alimentação para o diabético

Como escolher a melhor opção de alimento

Quais os alimentos que causam danos à saúde do diabético

Por que alguns alimentos não devem ser consumidos pelos diabéticos
Os benefícios da alimentação saudável à saúde do diabético

Recurso

Caminhada em grupo
Construção de cardápio alimentar
Revistas
Exposição dialogada

O registro da reunião

Como combinado, antes de iniciarmos a reunião, fizemos uma caminhada, com a ajuda da educadora física, durante 30 minutos. As mulheres ficaram muito felizes pela atividade cumprida. Depois disto, nos dirigimos para um local onde havia cadeiras e dividi o grupo em quatro e delegando a tarefa de construção de cardápio alimentar no desjejum, almoço e jantar. Furneci revistas para os recortes. Após a construção de cada subgrupo do cardápio, foi iniciada a apresentação do material. Ao final da exposição de cada subgrupo, expuz alimentos- legumes e frutas- para mostrar a importância e seus benefícios de cada um deles nas refeições diárias. Neste momento, muitas preocupações foram verbalizadas, principalmente sobre a dificuldade e impossibilidade financeira para comprar tais alimentos e tê-los diariamente em suas mesas, como as frutas e legumes. Sugeri a compra das frutas da estação e, nesta ocasião, ressaltamos a utilização da banana e laranja que estavam a preços mais baixos.

Encerramento

Para encerrar a atividade do dia, fizemos um lanche de frutas.

10º Encontro Grupal

Data: 12/06/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranqüilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: As mudanças necessárias ao autocuidado em diabetes

Pontos discutidos

Como as mudanças de comportamento podem mudar a minha condição de saúde
Como reajo às mudanças

Recurso

Caminhada em grupo
Dinâmica de Grupo: para despertar a discussão do tema, solicitei que as mulheres fizessem duas filas. Pedi que ficassem de frente uma da outra e que se observassem atentamente. Depois pedi que se virassem e solicitei que fizessem cinco mudanças. Depois das mudanças feitas, pedi que voltassem à posição inicial, frente a frente com outra, e pedi que cada uma dissesse o que a outra mudou. Depois repeti a dinâmica, aumentando a quantidade de mudanças que deveriam fazer.

O registro da reunião

Antes de discutir os pontos da reunião, realizamos a caminhada na pista olímpica. Depois iniciamos a reunião propriamente dita.

Com a dinâmica, a reunião foi bastante movimentada e observei que as integrantes do grupo gostam de se sentir à vontade, de ter um momento de descontração e de brincadeira. Com a ordem de fazer mudança, muitos foram os risos e as dificuldades para executar tais mudanças em si própria. A observação das mudanças realizadas na outra pessoa também não foi fácil, pois não sabiam que iriam ter de relatar tais mudanças observadas. Ao término da dinâmica, nos sentamos em círculo e discutimos sobre o processo de mudança perguntei inicialmente: como foi realizar as mudanças? Como foi o momento de observar e compartilhar as mudanças? A partir disto, fiz uma relação com as mudanças de estilo de vida necessárias ao viver saudável em diabetes e a discussão foi bastante intensa.

Encerramento

Para encerrar a atividade pedi que cada uma dissesse uma frase ou palavra de encorajamento para a concretização das mudanças no estilo de vida. Foi uma excelente oportunidade de gerar força e fortalecer os laços do grupo.

11° Encontro Grupal

Data: 03/07/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranqüilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: Atravessando para o lado da saúde em diabetes

Pontos discutidos

Conhecer e discernir os benefícios do estilo de vida saudável

Recurso

Caminhada

Cartazes

Revistas

Pincel

Dividi o grupo em dois e solicitei ao primeiro grupo que construísse um cartaz contendo figuras que retratassem hábitos de vida saudável e o outro, identificasse e colasse figuras que retratassem elementos que dificultam a manutenção de sua saúde.

O registro da reunião

Antes de discutir os pontos da reunião, realizamos a caminhada na pista olímpica.

Dividi o grupo em dois e solicitei ao primeiro grupo que construísse um cartaz contendo figuras que retratassem hábitos de vida saudável e o outro, identificasse e colasse figuras que retratassem elementos que dificultam a manutenção de sua saúde.

As figuras que foram representadas pelo primeiro grupo continham frutas, legumes, família, dinheiro, pessoas caminhando. As figuras representadas pelo segundo grupo, lingüiça, carne de porco, refrigerante, massas, gorduras, pessoas obesas, e armas de fogo. Coloquei os cartazes, lado a lado, e pedi que cada um viesse

comentar o que havia colado. Após o comentário, desenhei uma ponte ligando os cartazes e desafiei cada uma a atravessar a ponte dos hábitos de vida que interferem na saúde em diabetes para o lado dos hábitos de vida que contribuem no autocuidado. Comentei sobre as mudanças e as dificuldades na travessia da ponte (obstáculos a serem encontrados por cada mulher). A discussão foi extremamente reflexiva e se voltava à realidade de vida das mulheres.

Ao finalizar a discussão, realizei a seguinte dinâmica: pedi que formassem uma casa, ligando as mãos de outra pessoa. Solicitei, ainda, que alguém ficasse dentro da casa. Ao parar a música, deveriam ser formadas novas casas com novos habitantes. Foi uma dinâmica visando a enfatizar mudanças e flexibilidade de comportamento.

Encerramento

Para encerrar a atividade, pedi que ficássemos em círculo e disséssemos em alto tom: a mudança depende de nós. Servimos um lanche e nos despedimos.

12º Encontro Grupal

Data: 10/07/2003

As participantes: Coragem, Força, Tranqüilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: O autocuidado no meu cotidiano

Pontos discutidos

Os aspectos da vida diária (trabalho, lazer, família) e o autocuidado

Como conciliar as atividades da vida diária e o autocuidado

As limitações para conciliar o autocuidado no cotidiano

Recurso

Caminhada

Dinâmica: construção de um "prédio", utilizando caixas de fósforos

O registro da reunião

Antes de discutir os pontos da reunião, realizamos a caminhada. Logo depois, expus os cartazes que foram construídos na reunião anterior para lembrar do desafio de atravessar a ponte e construir o autocuidado cotidiano. Para reforçar isto e aprofundar a discussão do tema proposto, utilizei a seguinte dinâmica: Solicitei duas voluntárias para ter como meta o empilhar caixas de fósforos. Força e Integração se propuseram a participar da dinâmica. Dei 10 caixas de fósforos para cada uma delas. Perguntei quantas caixas cada uma queria empilhar. Força disse que queria empilhar cinco caixas e Integração almejou empilhar sete. Depois disto, disse que iria vendear seus olhos. Elas riram muito e ficaram com medo de não conseguir. Depois de vendados, pedi à Saúde que se aproximasse de Força, e solicitei a Alegria que ficasse próxima de Integração. Coube a cada uma delas ajudar no alcance da meta de empilhar as caixas de fósforos, através de dicas e orientações. Uma ajudaria a empilhar e ou outro caberia impedir que ele conseguisse atingir a meta de empilhar as caixas de fósforos. Foi muito interessante, pois à medida que tentava empilhar ele não sabia em quem acreditar, se na orientação de quem ajudava ou de quem estava atrapalhando o seu trabalho.

Por final, nenhum deles conseguiu atingir a meta. Esta dinâmica foi feita com todos os integrantes do grupo.

Ao final, discutimos em círculo sobre o cotidiano de cada um deles e de como este interfere na adesão no autocuidado e impede de atingir a meta do autocuidado em diabetes. Nesta discussão, surgiram relatos sobre conflitos familiares que determinam a má qualidade da saúde, atribuindo a elevação de glicemia e pressão arterial. Maridos desempregados, filhos desempregados e acúmulo de responsabilidades e problemas se colocam como pontos determinantes na limitação do autocuidado.

Encerramento

Para encerrar a atividade, pedi que escolhessem alguém para encorajar o autocuidado, durante todo o processo de grupo.

Oferecemos um lanche e nos despedimos.

13º Encontro Grupal

Data: 17/07/2003

As participantes: Saúde, Força, Tranqüilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: O meu engajamento no autocuidado

Pontos discutidos

Que tipo de ajuda eu preciso para me engajar no autocuidado

Quem pode me ajudar no meu engajamento de autocuidado

Recurso

Caminhada

Discussão circular

Dinâmica: caixa de questões

O registro da reunião

De início, realizamos a caminhada, sendo esta muito valorizada por todas As participantes. Logo depois, sentamos em círculo e relembramos o encontro anterior e dissemos que daríamos o seguimento da discussão, ressaltando o engajamento no autocuidado. Para desenvolver auto-reflexão, coloquei em um saco, papéis contendo algumas perguntas para serem respondidas pelas mulheres. Pedi que cada uma delas tirasse um papel e, à medida que iam fazendo isto, lessem e respondessem as perguntas. Neste momento uma aluna de Enfermagem ficava ao lado para otimizar a leitura das perguntas e esclarecer alguma dúvida. Coloquei na caixa as seguintes perguntas: O que você precisa para se engajar no autocuidado? Quem pode ajudar a você a se engajar no autocuidado? Como você tem se engajado no autocuidado?

Nesta discussão surgiram novamente a pobreza e a violência como fatores que dificultam o cuidar-se melhor. Para as mulheres, a ajuda que precisam é que não falte medicação, que possam se deslocar (conseguir vale-transporte) para realizar exames mais minuciosos, e que tenham condições financeiras para compra de comida de qualidade. A família foi importante para algumas delas no que diz

respeito à ajuda; outras consideraram o grupo como importante para o engajamento no autocuidado. Elas foram unânimes em solicitar que a atividade do grupo fosse permanente no NAMI.

Encerramento

Para encerrar a atividade coloquei uma música de relaxamento e depois fizemos uma oração.

Oferecemos um lanche e nos despedimos.

14º Encontro Grupal

Data: 24/07/2003

As participantes: Saúde, Força, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: O desenvolvimento do autocuidado

Pontos discutidos

As atividades de autocuidado que eu faço sozinho

As atividades de autocuidado que faço com ajuda

Recurso

Caminhada

Discussão circular

Dinâmica: marcha cega

O registro da reunião

A discussão da reunião anterior trouxe à tona as dificuldades enfrentadas pelas mulheres na prática do autocuidado, principalmente a situação financeira que se interpõe ao cuidado. Adquirir alimentos de qualidade, a compra de medicação, tendo em vista que muitas vezes faltam no NAMI e nos demais postos de saúde, ou a impossibilidade de adquirir um tênis ou sapato confortável para caminhar passa a ser obstáculo ao engajamento no autocuidado. Assim, para criar um nível de confiança entre os integrantes do grupo e pessoa próximos ao convívio cotidiano e possam compartilhar destas dificuldades, realizamos a dinâmica marcha cega. Pedi que formassem duplas. O indivíduo "A" foi o guia do "B". Por um determinado tempo, cerca de 10 minutos, o "A" guiou o "B" por um percurso. O "A" foi responsável pelo "B" e cabia a este confiar na conduta do outro. Depois do tempo determinado trocam-se os papéis. Ao final, cada uma disse como sentiu guiar o outro e ser guiado. O medo, insegurança e sentimento de confiança gradativo foram ditos em muitos depoimentos.

Nas discussões nos aproximamos dos pontos centrais da discussão: a de que em determinado momento podemos fazer algo sozinhos e outros dependem de pessoas para nos conduzir até o autocuidado. Discutimos que, embora haja dificuldades, devemos fazer aquilo de que somos capazes e devemos pedir ajuda a outros para nos ajudar a conseguir desenvolver habilidades no autocuidado. Todas ficaram atentas à reflexão.

Encerramento

Pedi que abraçassem umas às outras e se comprometessem em ajudar-se mutuamente. Logo após, foi oferecido um lanche.

15° Encontro Grupal

Data: 07/08/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranquilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: A jornada rumo ao cuidado de si.

Pontos discutidos

Obstáculos vencidos

Obstáculos a vencer

Recurso

Caminhada

Dinâmica: caixa de obstáculos

Discussão circular

O registro da reunião

Realizamos a caminhada inicialmente. A seguir, expus os cartazes construídos no encontro, que retratavam o estilo de vida saudável e não saudável. Para promover a troca de experiência na jornada até o autocuidado, levei três caixas identificadas pelas palavras obstáculos vencidos e obstáculos a vencer. Furneci papel e caneta para cada mulher e pedi que olhassem o cartaz, identificassem e escrevessem o nome daquilo que representasse a dificuldade vencida e a vencer; logo depois de escrito, deveriam ler para o grande grupo e colocar na caixa correspondente.

Nas exposições, ficou claro que o entendimento de que, embora haja muitos problemas que se colocam nas suas vidas, as mulheres expressam o desejo de continuar lutando pela sua saúde. Aprender a viver com as pessoas não diabéticas, em um mundo cercado de prazeres adocicados, em situações de lazer, social e familiar é um grande obstáculo a ser vencido, de acordo com a exposição verbal das mulheres.

Encerramento

Para encerrar a atividade, o grupo fez uma oração

Ofereci um lanche e nos despedimos

16° Encontro Grupal

Data: 14/08/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranquilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Paz, Compromisso, Ânimo, Motivação e Integração.

Tema: A minha responsabilidade pelo cuidado em diabetes

Pontos discutidos

A saúde em diabetes está relacionada com o autocuidado

Tenho sido responsável quanto ao autocuidado

O que posso prevenir quando tenho atitude responsável sobre o autocuidado:

Hiperglicemia

Recurso

Realização da Caminhada

Discussão em dupla

Discussão circular

Dinâmica: Jogar no lixo a dificuldade.

O registro da reunião

Como toda a reunião, de início caminhamos e, depois de relaxar um pouco, iniciamos as atividades do dia. Dividi o grupo em duplas e pedi que conversassem, lembrando da reunião anterior, sobre a responsabilidade pelo cuidado em diabetes. Foi solicitado que compartilhassem em dupla o que acontece com a saúde de cada uma quando não assumem a responsabilidade no autocuidado. Depois da conversa a dois, pedimos que compartilhassem com o grupo maior o teor das discussões.

Durante seus relatos, ficou claro o esforço das mulheres com relação ao ato de autocuidado, entretanto, muitas são as adversidades que se colocam: crise financeira, desemprego, violência na comunidade, desagregação familiar, depressão e desânimo. A responsabilidade quanto ao ato de autocuidado é pouco compartilhada com os familiares, ao contrário, por tratar-se de mulheres, cabe a elas resolver conflitos familiares, acumulando ainda mais para si outras responsabilidades. Relembrou ainda episódios de hiperglicemia e de pico hipertensivo.

Após os relatos, pedi que escrevessem o que impede a responsabilidade do autocuidado e pedi que jogassem em uma caixa de lixo. Esse momento foi de extrema significação, pois, ao jogarem os problemas no lixo, muitas delas falaram da importância de participar do grupo, pois saem de casa e vêm para um ambiente diferente, divertem-se, cuidam-se e aprendem a se cuidar. Relatam que, assim, sentem-se livres e felizes.

Encerramento

Para encerrar a atividade coloquei uma música, falamos sobre a violência e decretamos a paz entre nós do grupo e que esta paz fosse levada para a comunidade por meio de atitudes de solidariedade.

Oferecemos um lanche.

17º. Encontro Grupal

Data: 21/08/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranquilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: Rememorando o conhecimento sobre autocuidado

Pontos discutidos

Complicações crônicas

Tratamento medicamentoso
 Tratamento não medicamentoso
 Autocuidado

Recurso: Dinâmica de Grupo-Repolho da Sabedoria

O registro da reunião

Realizamos a caminhada e depois iniciamos a discussão do tema, utilizando a dinâmica repolho da sabedoria. Para tanto, trouxe uma bola formada por papéis escritos, contendo algumas perguntas. Dentre elas: o que é diabetes? Como se desenvolve? Que alimentos são necessários a minha saúde? O que devo evitar na minha alimentação? O que impede a manutenção da minha saúde? Por que é importante tomar a medicação? Como a caminhada me faz bem? Por que devo cuidar dos meus pés? Como minha família pode me ajudar? Fizemos um círculo e ficamos em pé. Colocamos uma música e, quando esta parasse, quem estivesse com o "repolho" responderia à pergunta e assim sucessivamente, até que o repolho fosse totalmente aberto encerrando assim as questões. Todas se divertiram muito. Percebi que a dinâmica trouxe renovação ao grupo; elas ficavam mais descontraídas e à vontade, ao mesmo tempo que aprendiam e relembavam o que foi discutido no decorrer do encontros anteriores. O interessante é que durante as respostas sempre havia alguém para ajudar e complementar a resposta da colega. A ajuda mútua estava presente nas atividades grupais.

Ao encerrar a dinâmica, dividimos o grupo em dois e fizemos uma discussão, nos reportando às questões que foram feitas, pois assim poderíamos aprofundar mais as discussões e tirar algumas dúvidas. Foi muito válido este momento, pois reforcei a importância do seguimento do tratamento.

Encerramento

Para encerrar, demos as mãos e fizemos uma oração.
 Logo depois o lanche foi oferecido.

18º. Encontro Grupal

Data: 04/09/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranquilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: Palavras-chaves que favorecem o autocuidado

Pontos discutidos

O cuidado no cotidiano — elementos necessários

Recurso

Bingo da saúde

Dinâmica: brincadeira da cadeira

O registro da reunião

Depois da caminhada, expliquei que iríamos iniciar o bingo da saúde. Foram preparadas algumas cartelas, que continham palavras-chaves representando aspectos favoráveis ao autocuidado. Pedi que à medida que estas palavras fosse

sorteadas, deveriam marcar nas cartelas de bingo, e quem assim o fizesse comentasse algo desta palavra. Realizamos quatro rodadas de bingo para dar oportunidade a todas de verbalizarem sobre as palavras-chaves. As palavras-chaves foram: família, lazer, alegria, caminhada, consulta, verduras, legumes, frutas, sucos, igreja, trabalho, comunidade, autocuidado, compromisso, responsabilidade.

O posicionamento foi enriquecedor e despertava o interesse de outras estarem complementando o pensamento de quem iniciava a fala.

Para descontraí o ambiente, fizemos a brincadeira da cadeira, onde disputavam o assento à medida que a música era interrompida.

Encerramento

Fizemos o lanche e agendei a próxima reunião.

19º Encontro Grupal

Data: 11/09/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranquilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: Como me cuidava, como tenho me cuidado e como quero me cuidar no futuro

Pontos discutidos

A importância do autocuidado contínuo

Viver saudável é sinônimo de engajamento no autocuidado

As repercussões do autocuidado na vida familiar e social

Recurso

Dinâmica - nós e o tempo

Três caixas grandes

Três cartolinas brancas

Recorte de revistas, contendo frutas, bolos, balas, refrigerante, legumes, bola, dança e outros.

Cola

Pincéis atômicos

O registro da reunião

Após a caminhada, coloquei no centro do círculo, formado por nós, os recortes. As caixas foram sinalizadas: passado, presente e futuro. Pedi que as participantes escolhessem as figuras e colocassem de acordo com o seu comportamento de autocuidado em diabetes, considerando a fase cronológica. Após a distribuição, dividi o grupo em três e pedi que construíssem o cartaz de acordo com a caixa. Depois da construção dos cartazes, dei início à apresentação e discussão sobre o desenvolvimento do autocuidado.

Nesta apresentação, houve troca de experiências e a constatação de habilidades desenvolvidas para o engajamento no autocuidado e metas ainda a serem atingidas com relação ao engajamento.

Encerramento

Fizemos o lanche e agendei a reunião seguinte.

20° Encontro Grupal

Data: 18/09/2003

As participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranqüilidade, Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Amor, Paz, Compromisso, Ânimo e Integração.

Tema: O que aprendi no grupo

Pontos discutidos comentários livres sobre a experiência grupal

Recurso

Reunião circular

Dança

O registro da reunião

Por tratar-se da última reunião, como etapa de pesquisa, este dia foi de festa. Conseguí cadeiras para todas e as colocamos debaixo de uma grande árvore perto da piscina do *campus* da UNIFOR. Colocamos um som, com música cearense, forró. Muitas dançaram e se divertiram bastante. Outras trouxeram trechos bíblicos para lerem, cantaram música de igreja. A manhã foi de festa. Pedi que quem desejasse, viesse ao centro e desse um depoimento sobre as atividades do grupo. Houve choro, risos, agradecimentos e reconhecimento do trabalho. Estavam preocupadas se o grupo ia continuar, e, sabendo que o NAMI iria para outro prédio, trataram logo de posicionar-se a favor da continuidade do grupo. Falei que o grupo iria continuar, sendo esta uma conquista de todas, já que a presença delas na Instituição, as quintas-feiras fez o grupo acontecer. A manhã foi de descontração e trouxeram amigos para conhecer o grupo.

Encerramento

O lanche foi servido a todas e, ao final, agendei uma reunião para iniciarmos a última etapa da pesquisa: o grupo focal.

Os encontros ocorridos em grupo de educação para o autocuidado serão inesquecíveis, um marco em minha vida profissional, pois me proporcionaram, como enfermeira, a oportunidade de ser *partícipe* do processo de Educação em Saúde de uma maneira inovadora, na qual o diálogo, a liberdade de expressão e o compromisso eram renovados.

A cada reunião do GEAD, ficava atenta às discussões das mulheres, na tentativa de que estas pudessem apontar o modo como cada uma ia vivenciando o processo de engajamento no autocuidado.

Esses relatos foram registrados em diário de campo, e, a cada última quinta feira do mês, de posse da relação dos déficits de autocuidado de cada diabética e dos registros das reuniões, fazia uma síntese do processo de engajamento no autocuidado para que pudesse analisar o engajamento ao final do período das atividades do grupo.

Assim, do mesmo modo que expus cada mulher com o respectivo déficit do autocuidado, trarei de modo descritivo o processo de engajamento no autocuidado, tal como foi revelado durante a nossa trajetória em grupo.

Coragem enfrentou muitos obstáculos na busca do engajamento no autocuidado, pois, durante o período dos encontros grupais, interrompeu a sua participação nas atividades de grupo, por motivo de doença de seu filho, o que a prejudicava, já que as reuniões tinham uma seqüência de discussões a partir das necessidades de suas integrantes.

Verbalizava sentir felicidade em participar dos encontros, mas a sua ausência foi justificada pela crise urinária que seu filho estava atravessando, levando-o à hospitalização no mês de julho. Essa ausência foi sentida pelas integrantes do grupo, ao mesmo tempo em que encontrava solidariedade, já que os problemas de saúde de seu filho se mostravam como um obstáculo para o engajamento no autocuidado.

No mês de agosto, fiz uma visita domiciliar para que pudesse apoiá-la nesse momento de crise e para que reforçasse a continuidade ao engajamento no autocuidado. Nesta visita, constatei serem muitos os problemas de saúde de seu filho, o que realmente a impedia de comparecer regularmente a todas as reuniões semanais grupais.

Demonstrava entusiasmo pelos encontros grupais e, embora tivesse encontrado dificuldade em participar semanalmente, pois permanecia preocupada

com a saúde de seu filho e tinha bastante medo que algo acontecesse a ele, solicitou aos seus pais que ficassem com a criança durante o período da manhã, possibilitando a sua permanência no grupo.

Durante as discussões, fazia muitos questionamentos sobre a importância do uso da medicação e de seus efeitos colaterais, demonstrando interesse pelo engajamento no autocuidado. Essa oportunidade de questionar facilitou a sua compreensão da necessidade de continuidade do tratamento, mesmo em momentos de cuidado de seu filho, já que interrompia freqüentemente as medicações quando se preocupava demasiadamente com ele. Assim aprendeu sobre os benefícios que o tratamento medicamentoso traria à sua saúde e, a partir daí, durante o período dos encontros grupais, não mais interrompeu o tratamento, além de comparecer com freqüência às consultas médicas e de Enfermagem. Esta atitude pode ser vista como um passo ao engajamento no autocuidado.

Sua obesidade era uma condição que trazia malefícios à sua saúde e tinha grande preocupação com isto, pois atribuía a inadequada maneira de alimentar-se à sua condição financeira; preocupava-se com a falta de opções alimentares que favorecessem a perda de peso. Em vários encontros grupais, falava novamente sobre a dificuldade em seguir a dieta por motivos financeiros, além de ter desejo de comer doce. Durante essas discussões, a incentivei a rever a alimentação e contextualizava a sua condição financeira, além de alertar sobre a interferência de sobrepeso no controle de sua saúde em geral.

Nesse processo da discussão, foi reconhecendo a importância dos encontros grupais para a sua conscientização e adesão do autocuidado, o que a fez excluir doce de sua alimentação diária e procurou diminuir a quantidade de alimentação hipercalórica, principalmente os carboidratos, como pães e biscoitos salgados. Apesar desta mudança de hábitos alimentares, continua com sobrepeso, necessitando de um acompanhamento especializado em nutrição que, em breve, será implantado no NAMI, e, logo que isto ocorra, a encaminharei ao especialista.

Ofereci também a opção de iniciar uma atividade física, como a caminhada, para auxiliar na redução de peso, mas não foi incorporada por ela,

alegando não ter oportunidade, já que tem de cuidar de seu filho. Foram várias as orientações sobre a importância de atividades físicas diárias para o autocuidado, mas não houve engajamento nessa prática de cuidado.

Ao final das atividades do GEAD, mantém o tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, exceto a prática de atividade física diária, tendo sido considerada como *engajamento parcial*.

Quanto a **Tranqüilidade**, esta enfrentou muitos obstáculos na busca do engajamento no autocuidado, sobretudo porque, em sendo procedente do interior, dizia que não recebera informações suficientes sobre como se cuidar. Acredito que isto decorra do fato de que, em sendo analfabeta, apresente dificuldade cognitiva que interfere em sua capacidade de absorver as informações que os profissionais de saúde tenham lançado. Digo isso porque, a cada reunião grupal, demonstrava grande interesse em aprender, fitando os olhos nas pessoas que tinham a fala no momento e perguntava muito para tirar suas dúvidas. Embora tenha expressado haver gostado de participar das reuniões, reclamava que a atividade era longa, e que esta havia tumultuado os seus afazeres domésticos. Percebeu, entretanto, a importância dessa atividade para o engajamento no autocuidado e deixava seu neto com a vizinha, já que sua filha trabalha, para que pudesse participar dos encontros grupais.

Queixava-se de fome exagerada e que gostava de alimentos hiperlipídicos, principalmente carne de porco e gordura queimada, que comia em grande quantidade. Orientei muitas vezes sobre os benefícios de alimentação hipolipídica para a sua saúde, o que favoreceria ainda a perda de peso.

Dizia ao grupo que estava encontrando dificuldade para diminuir a quantidade de alimentos na refeição e não entendia a importância desta modificação para o resgate à sua saúde, recorrendo eventualmente aos antigos hábitos alimentares de utilizar comidas ricas em gordura. Continuava queixando-se de fome exagerada.

Reorientei sobre os benefícios de alimentação hipolipídica e pedi que iniciasse uma atividade física, juntamente com pessoas do grupo que já estavam

caminhando. Ela me disse nesta ocasião que não tinha calçado para usar, que só tinha chinelo e que tinha vergonha de usar tênis. Orientei para que colocasse uma correia no chinelo o que facilitaria a caminhada e evitaria possíveis quedas.

Após 3 meses de participação nas atividades grupais, relatou que iniciou a dieta proposta, e que diminuiu a quantidade dos alimentos, pois reconhece que o aumento de peso a está incomodando, inclusive com lombalgia. Reforcei as orientações anteriores e encaminhei-a ao ortopedista para avaliação.

Relatava ter adquirido um tênis para realizar as caminhadas em grupo, três vezes por semana. Nunca havia usado tênis, o que a deixou bastante desconfortável de início, mas entendeu que este calçado é o mais adequado. Continuou a fazer caminhada em grupo e tenta diminuir as quantidades dos alimentos ingeridos, principalmente os gordurosos. Reconheci o esforço na adesão do autocuidado e reforcei as orientações sobre alimentação.

Ao final do processo grupal, conseguiu muitos avanços sobre o autocuidado em diabetes, principalmente acerca da compreensão dos conhecimentos sobre a patologia e tratamento, aceitação dos antidiabéticos orais e incorporação de caminhada por 3 dias na semana, além da diminuição de alimentos hiperlipídicos, embora continue enfrentando dificuldades em abolir totalmente esse tipo de alimentação. Será encaminhada posteriormente à nutricionista no NAMI, para que alcance totalmente a meta de vencer a obesidade, muito embora no período de grupo tenha diminuído 5 kg. Ante a tantos obstáculos, seu engajamento foi considerado como *parcial*.

O engajamento na dieta é fundamental para as mulheres que apresentavam sobrepeso e obesidade, como **Coragem** e **Tranqüilidade**, pois, nestas situações o risco de desenvolver hipertensão arterial é cerca de duas vezes mais do que entre aquelas com peso normal. Isto pode ser explicado pela diminuição dos receptores insulínicos em obesos, acarretando níveis elevados de insulina circulante e elevação de retenção de sódio, provocando assim aumento de pressão arterial (BRASIL, 1999).

Constatou-se uma relação clara entre hipertensão arterial, obesidade e sedentarismo, o que comprometia a condição de saúde das mulheres, já que muitos estudos comprovam a manifestação da síndrome plurimetabólica associada à hipertensão e obesidade (BARRETO-FILHO,2002)

O perfil das mulheres obesas se caracterizava por uma obesidade exógena e por hábitos alimentares, em desacordo com a sua condição de diabética. Isto se relaciona ao ambiente vivido e ao convívio de pessoas no âmbito familiar e social, que pouco se integram sobre a sua saúde, não as motivando a manterem hábitos de vida saudáveis.

A World Health Education traz em seu relatório, alerta sobre a epidemia global de obesidade e a respeito da necessidade de prevenção primária do excesso de peso (WHO,1997).

A obesidade é responsável pelo aumento do risco de mortalidade em todas as idades, podendo acarretar alterações no perfil dos lipídios – dislipidemias- já que este é fator de risco para os transtornos cardiovasculares (LEINO et alii,1999).

A intervenção grupal educativa e participativa com essas mulheres, mediante ação reflexiva, ofereceu benefícios no controle de índice de massa corpórea, tendo algumas delas reduzido de peso, a exemplo de **Coragem** e **Tranqüilidade**, pela incorporação de alimentação saudável, associada à atividade física.

Durante o processo de engajamento no autocuidado, **Saúde** demonstrou-se resistente à realização de caminhadas diárias, justificando ter pouco tempo durante a manhã para conciliar esta atividade ao desempenho de suas tarefas domésticas e como costureira. Outro déficit a ser vencido pelo engajamento foi a adesão à dieta, já que dizia nos encontros grupais que sua maior dificuldade residia em aderir alimentação hipocalórica e hipossódica porque, em sendo responsável pelo preparo da alimentação para toda a família, entendia que seria um tempo gasto a mais para preparar sua alimentação em separado. A cada depoimento de **Saúde**

sobre estes déficits, suscitava discussões sobre os benefícios de alimentação equilibrada e acerca da importância da prática de atividade física diária.

Estas orientações em grupo não serviam apenas para ela, mas também para as demais que enfrentavam as mesmas dificuldades e assim cada uma ajudava a outra no engajamento. Nesse sentido, é que externava por várias ocasiões a satisfação em fazer parte do grupo semanal por haver contribuído em seu conhecimento em diabetes e por ter iniciado a realização de caminhadas em três dias na semana. Dava depoimentos ao grupo sobre o bem-estar geral das caminhadas, sendo este um momento de prazer e de despreendimento dos problemas de seu cotidiano, levando-a a convidar outras amigas da área onde reside para que praticassem essa atividade. Esta atitude me fez reconhecer e parabenizá-la pelo início da adesão às caminhadas e pela sua postura de multiplicadora em saúde, já que repassava para outros o que havia aprendido no grupo.

Demonstrou engajamento ainda pelo esforço em aderir à alimentação adequada, embora falasse de dificuldade financeira, haja vista a pouca oportunidade de trabalho como costureira. Nessa ocasião, falou de sua tristeza por ter sido indeferido o pedido de sua aposentadoria que, segundo ela, poderia ajudá-la na aquisição de alimentos mais saudáveis. Isto me fazia sempre reorientar a todos no grupo sobre a utilização de alimentos de baixo custo no cardápio. Além disso, a encaminhei para o setor jurídico da UNIFOR para que recebesse esclarecimentos sobre a questão da aposentadoria.

Mostrou satisfação por haver conquistado novas amizades e fortalecido amizades existentes e dizia que a sua adesão às caminhadas se deu pela ajuda que recebeu das amigas do grupo. Relatava alegria pela qualidade de vida alcançada e por estar conseguindo reduzir níveis glicêmicos.

Posso dizer que **Saúde**, após ter participado ativamente de todas as reuniões grupais, teve a oportunidade de engajar-se no autocuidado, tendo sido reconduzida ao tratamento não medicamentoso – atividade física e planejamento alimentar—atingindo *totalmente o engajamento*.

Ao iniciar as atividades de grupo com vistas ao engajamento no autocuidado, **Força** demonstrava despreocupação acentuada com relação à sua condição de diabética, o que poderia fazer com que não valorizasse as medidas de autocuidado. Dizia que não apresentava nenhum sintoma da doença e que não precisava de muitos cuidados, já que tinha sido diagnosticada há pouco tempo e que não usava medicação antidiabética. Centrava sua preocupação no cuidado aos seus netos e pela comercialização de drogas ilícitas na rua onde está localizada sua moradia.

Ao longo do processo grupal, debatia com a participante sobre a valorização da adesão do tratamento não-farmacológico e dei ênfase à importância de uma atividade física para seu bem-estar biológico e principalmente mental, já que vivia aflita por preocupações com os netos que ficavam sob sua responsabilidade. Demonstrava desconhecer a real importância desta atividade para a sua saúde. Desta forma, reorientava sobre os benefícios das caminhadas e contextualizava a sua condição de diabética.

Inicialmente realizava caminhada, quando possível, já que cuidava dos netos, o que a impedia da continuidade desta atividade. Outro fator que a impediu de caminhar foram brigas de gangues ocorridas na rua próxima à sua residência, o que abalou o seu estado emocional. Sugeri a retomada das caminhadas juntamente com pessoas que moravam próximas à sua residência, com o objetivo de aliviar o estresse e as tensões geradas a partir dos episódios de violência ocorridos na comunidade.

Demonstrava preocupação com a educação de seus netos e a preservação destes dos movimentos que incitam violência e uso de drogas. Para minimizar sua preocupação quanto aos netos, sugeri que procurasse envolvê-los em atividades esportivas.

Sobre hábitos alimentares, assim como as demais mulheres desta pesquisa, queixava-se da dificuldade financeira para comprar alimentos adequados e assim informei sobre opções de alimentos de safra que poderiam ser comprados mais baratos.

Ao longo dos encontros grupais, relatou bastante interesse e entusiasmo pelo autocuidado, dizendo que já havia participado de outros grupos coordenados por outros profissionais de saúde, mas que este por abordar o viver saudável com diabetes, a deixava mais segura com relação à atividade de autocuidado.

Ao término do processo grupal, está engajada nas caminhadas diariamente e consegue alimentar-se de acordo com suas necessidades de saúde, embora ainda considere isto difícil, pois alega que nem sempre tem à sua mesa os alimentos que deseja.

Alegrei-me com o avanço no engajamento no autocuidado no que diz respeito à adesão ao tratamento não-medicamentoso, principalmente com respeito à atividade física e à conscientização de **Força** sobre a aceitação da doença, o que me permite dizer que o engajamento foi *total*.

Alegria inicialmente apresentava-se tímida, pouco comunicativa, mas dizia gostar de participar dos encontros por estar aprendendo sobre *Diabetes mellitus*, já que tem dificuldade em aceitar a sua condição e sempre expressava em grupo que sua maior dificuldade dizia respeito à restrição alimentar imposta pela doença.

Após várias discussões sobre autocuidado e importância de um planejamento alimentar para benefício da saúde, iniciou a adesão de novos hábitos alimentares, mas sempre expressava ao grupo sobre a dificuldade em não incluir bolos no cardápio, já que este era o lanche favorito de seus filhos. Sugeri que preparasse bolo dietético e, nesta ocasião, entreguei algumas receitas para todas do grupo.

Após três meses de início das atividades de grupo, não havia iniciado atividade física (caminhada) e justificava a todas que era por causa dos afazeres domésticos. Com o passar das discussões grupais, disse estar caminhando, mas que fazia apenas por alguns dias, interrompendo a seguir. Parabenizei pela tentativa de iniciar as caminhadas e sugeri que ingressasse no grupo de caminhada do Dendê. Assim, engajou-se nas caminhadas em grupo e aumentou a frequência

para três dias semanalmente. Reconheci a sua decisão em incorporar as caminhadas como atividade contínua como um atitude de engajamento.

Ao final dos encontros grupais, **Alegria** continuava realizando caminhada e alimentando-se adequadamente, embora reclame da situação financeira para comprar alimentos. Expressou alegria em ter constatado pelos exames laboratoriais que sua glicemia estava em níveis estáveis, 106 mg/dl. Incentivei a continuidade do engajamento no autocuidado e da mudança de estilo de vida. Parabenizei-a pelo engajamento no tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Posso afirmar que houve *engajamento total*

O sedentarismo é considerado fator de risco, principalmente para a mulher diabética com hipertensão arterial e obesidade; nesse sentido, a importância da atividade física já foi demonstrada por vários estudiosos, dentre eles o de Pratley et alii (2000) que, estudando pessoas com idade superior a 65 anos, fazendo exercícios físicos aeróbios durante 9 meses, demonstraram que esse tipo de treinamento diminui significativamente as concentrações de insulina estimuladas pela glicose.

Por sua vez, Zinker et alii. (1999) em sua pesquisa com três grupos de indivíduos diabéticos (tendo o primeiro grupo feito exercícios físicos, o segundo grupo usado metformina, e o terceiro grupo utilizado troglitazone), descobriram que o grupo que mais melhorou a sensibilidade à insulina foi o que fez exercícios físicos.

O exercício físico regular foi e continuará sendo extremamente benéfico às mulheres, pelo controle dos índices glicêmicos, intolerância à glicose e resistência à insulina.

De acordo com as recomendações do American College of Sports Medicine (2000), ainda que a atividade física seja uma intervenção terapêutica essencial no controle do *Diabetes mellitus*, seus benefícios só se mantêm com a regularidade. Dessa forma, a atividade física deve ser vista como um fator fundamental no tratamento do indivíduo diabético.

Rique, Soares e Meirelles (2002) esclarecem que os pacientes com *Diabetes mellitus* tipo 2 também evidenciam melhora notória e muitas vezes a associação do exercício com a perda de peso pode até eventualmente restaurar a intolerância à glicose perto dos padrões normais, já que muitos casos de diabetes do tipo 2 são ocasionados por sedentarismo.

De acordo com Brasil (2001), os hipoglicemiantes orais devem ser usados, pelos portadores de *Diabetes mellitus* tipo 2, apenas quando o tratamento nutricional e o exercício físico falharem; daí o porquê de 22% dos pacientes estarem em tratamento não medicamentoso.

Força não faz tratamento medicamentoso e agora, após se ter engajado nas caminhadas e na dietoterapia, possivelmente permaneça nessa modalidade de tratamento por um longo período e, caso continue mantendo controle glicêmico desejável, não precisa utilizar os antidiabéticos orais.

Matos e Branchtein (2004) dizem que o objetivo do uso dos antidiabéticos orais é controlar glicemias, pois, assim, é possível manter os diabéticos assintomáticos, além de prevenir as complicações agudas e crônicas da doença.

Esperança, ao ingressar no GEAD, relatava preocupação pelos picos de hiperglicemia e de pressão arterial que estava apresentando nos últimos meses. Relatava ainda que não usa medicação continuamente e que tem muita dificuldade no que se relaciona à alimentação hipossódica e hipocalórica. Apresentava polifagia e polidipsia, sintomas característicos de hiperglicemia. Neste sentido, eu orientava sempre acerca da alimentação hipossódica e hipocalórica, além da continuidade do tratamento medicamentoso.

No decorrer dos meses das atividades do grupo de educação para o autocuidado, solicitei o início de caminhada e continuidade do tratamento medicamentoso, além de tê-la encaminhado à consulta médica e de Enfermagem. Na consulta médica, houve associação de novos fármacos ao seu tratamento. Na consulta de Enfermagem, foram reforçadas as orientações sobre autocuidado.

Compartilhou, com o grupo, da dificuldade em participar das caminhadas em grupo, pois tinha medo de deslocar-se cedo e sozinha para o local estabelecido. Diz que a polifagia diminuiu. Sugeri que o seu deslocamento para o local da caminhada acontecesse com outras participantes do grupo que moram perto da sua casa. Reiterei sobre a necessidade desta atividade contínua.

Em alguns momentos, demonstrava dificuldade com relação a aderir aos alimentos próprios, ao dizer ao grupo que comia muita tapioca e farinha. Por outro lado, em outras ocasiões, dizia que precisava se engajar no autocuidado e por isto estava fazendo o máximo para comer alimentos saudáveis, tendo assim seguido recomendações nutricionais e incorporado mudança de estilo de vida.

Em uma dada reunião expressou que ficara muito triste com o resultado que recebera da glicose sanguínea elevada. Esclareci que, à medida que ela fosse se cuidando, tendo mais critério na escolha dos alimentos, e com a continuidade da caminhada, esse quadro iria se reverter gradativamente. Fazendo assim estava encorajando todas a continuarem desenvolvendo habilidades de autocuidado.

Falou que aprendeu muito no grupo, principalmente a não desistir de se cuidar. Embora não esteja satisfeita com o resultado da glicemia que ainda permanece elevado, decidiu continuar se cuidando. Ao término das atividades grupais, disse que perdeu 2 kg, o que a deixou feliz. Esclareci que a associação do medicamento prescrito iria ajudar no sentido de normalizar a taxa de glicemia, principalmente se aliado à mudança de estilo de vida, o que ela tenta fazer continuamente. Assim, seu engajamento foi considerado como *total*.

Persistência apresentava demasiada preocupação quanto aos elevados níveis glicêmicos que há meses vinham se apresentando e falava ao grupo do medo que sentia em ser "insulinizada". Disse que perdeu peso nos últimos meses e a verificação de glicemia resultava em 254 mg/dl.

Relatou as dificuldades financeiras por que passa com sua família. Dizia que se alimentava do que tem acesso e às vezes exagera nos pães, já que é o que pode comprar. Continuava com poliúria-polifagia-polidipsia. Solidarizei-me com sua dificuldade financeira e reforcei orientação sobre alimentação fracionada e de pouca

quantidade. Incentivei a continuidade do tratamento e dos encontros grupais. Alertei para que não iniciasse atividade física neste momento em virtude da elevação de níveis glicêmicos. Encaminhei ao médico por 3 vezes durante o período das atividades do grupo para avaliação, havendo constatado que a dosagem da medicação foi aumentada.

Comentava ter gostado dos encontros grupais e, embora fosse diabética há muitos anos, estes encontros foram proveitosos para que pudesse aprender a se engajar no autocuidado. Reorientei sobre alimentação e o acompanhamento sistemático em grupo.

Disse que as dificuldades financeiras são crescentes, já que seu marido está desempregado. Chorou em várias ocasiões quando compartilhava sobre esta situação, demonstrando ainda ansiedade com relação ao futuro de seu marido.

Sobre a alimentação, dizia que comia o que era possível, chegando inclusive a ter episódio hipoglicêmico porque diminuía a frequência. Incentivei o início de caminhada, já que o valor da glicemia havia reduzido, o que a deixou bastante satisfeita e motivava a todos no grupo para continuarem se engajando no autocuidado. Ao final das atividades grupais, parecia estar mais tranqüila quanto à sua saúde e mais segura sobre o engajamento no autocuidado. Confirmou estar caminhando por três dias, semanalmente, e expressou muita alegria por haver conseguido incorporar ao seu cotidiano essa prática. Falou o seu último exame laboratorial de glicemia resultou em 174mg/dl, significando uma redução destes níveis que para ela foi uma motivação a mais para continuar se engajando no autocuidado. Assim, considero que houve *engajamento total*.

Quando ingressou no grupo de educação para o autocuidado, **Motivação** nas primeiras reuniões, chorava muito com medo de ter alguma complicação crônica advinda da doença; este medo foi intensificado quando soube, por uma vizinha, que uma pessoa diabética teve o pé amputado. Nesta conversa, a vizinha a orientou a tomar chá de insulina, o que a fez alternar a medicação com o chá. Trazia então muitas dúvidas sobre o modo de se cuidar e, acima de tudo, expressava insegurança quanto à sua saúde.

Nas discussões em grupo sobre uso de medicação, dirigi-me muitas vezes a **Motivação** para que ela pudesse realmente esclarecer todas as suas dúvidas e minimizasse seus anseios com relação ao tratamento medicamentoso. À medida que se envolvia nas atividades grupais, tomou uma atitude que demonstrou todo o seu interesse em aprender a se cuidar: entrou em acordo com a patroa para permutar o dia de trabalho de quinta para o sábado, a fim de que não faltasse às reuniões semanais.

Demonstrava apreensão relativamente à doença e expressava dúvidas sobre alimentação, tais como as quantidades e freqüências, pois se queixava de polifagia. Esclareci suas dúvidas em relação ao cardápio alimentar e enfatizei sobre a incorporação da caminhada.

Continuou tomando chá de insulina, agora associando à medicação antidiabética e conseguiu dinheiro com a patroa para comprar a medicação, já que no NAMI estava faltando.

Informava ao grupo ter muitas dificuldades em relação aos alimentos, pois como doméstica, no preparo destes, ela não se controla e come demasiadamente. Disse gostar de participar do grupo e lamenta não poder caminhar, pois acorda cedo para trabalhar e chega tarde em sua residência muito cansada. Continua com polifagia. Reforcei as orientações sobre controle nutricional e incentivei a caminhada, pelo menos, três dias na semana.

Em muitas ocasiões, disse que continua com dificuldade em relação à alimentação e que incorporou atividade física, caminhando dois dias durante a semana. Enfatizei a importância da caminhada no controle da glicemia e pressão arterial.

Falou da alegria em estar participando de todas as reuniões do grupo, principalmente pelas amizades que fez, já que passa a maior parte do tempo no emprego, o que a impedia de fazer novas amizades. Dizia que a fome diminuiu e que já estava se acostumando com as caminhadas, embora não goste, e nem faça toda semana. Disse ainda que aprendeu muito no grupo, principalmente sobre como se alimentar melhor, a não abandonar a medicação e a realização das caminhadas.

Reconheci o seu esforço em aderir as orientações e incentivei a continuidade do tratamento. Houve *engajamento parcial*.

Nos encontros grupais, **Amor** sempre demonstrou interesse em aprender sobre como se engajar no autocuidado. Tinha conhecimentos limitados sobre a sua condição de diabética e demonstrava muitas dificuldades de reter as informações debatidas em grupo. Expressava ter muitas dúvidas sobre a alimentação que se adeque à sua condição financeira e seu grande desejo era o de reduzir os níveis glicêmicos que se encontravam com valor de 234mg/dl.

Nas ocasiões dos debates sobre alimentação, sempre se interessava e dizia que estava enfrentando dificuldades para diminuir a quantidade de alimentos à refeição, mas que tinha consciência de que esta atitude ajudaria a manter glicemia em níveis desejáveis. Reorientei sobre a alimentação hipolipídica e incentivei o início da caminhada.

Com o passar dos meses, compartilhava com o grupo a sua alegria por haver perdido 1 kg. Relatava ainda que iniciou caminhada por três vezes durante a semana, e que vai com uma colega do grupo. Reforcei as orientações anteriores e parabeneizei-a pelo engajamento na caminhada. Ao final das atividades de grupo, estava com glicemia capilar em jejum, de 134 mg/dl, o que a motivava ainda mais ao engajamento no autocuidado. O engajamento de Amor foi considerado como *total*.

Paz falava pouco durante as discussões grupais, mantendo-se pouco comunicativa. Percebi que a aproximação a esta cliente e sua inserção no grupo seria de forma processual, já que ela por vezes permanecia calada nas reuniões. Assim, nas dinâmicas grupais, tinha o cuidado de respeitar seu silêncio e o seu distanciamento, até que iniciasse uma conquista de confiança a fim de que ela continuasse nos encontros e que conseguisse se engajar no autocuidado.

Durante as discussões grupais, afirmava que não tinha muita força de vontade para aderir à alimentação hipocalórica, além de se sentir desmotivada a continuar participando dos encontros grupais alegando depressão. Agendei visita domiciliar para que pudesse estreitar comunicação terapêutica. Encaminhei-a para

o setor de Psicologia, do NAMI, para que pudesse reiniciar o acompanhamento que havia sido interrompido.

A partir disso, foi se aproximando do grupo de mulheres, demonstrando maior entusiasmo com o grupo. Compartilhou com o grupo o fato de que foi avaliada pelo psicólogo, devendo ter continuidade de acompanhamento por este profissional. Com as discussões grupais e após ter ido visitá-la em seu domicílio, percebi que aumentou a intensidade de sua participação no grupo. Sugeri início de caminhada, o que servirá de lazer e higiene mental, além de ser uma atividade física necessária para manter níveis desejáveis de glicemia e de pressão arterial.

A cada reunião, Paz ia se envolvendo nas discussões nas quais ensejei seu conhecimento sobre o autocuidado em diabetes, tendo enfatizado sobre orientação alimentar. Afirmou que está se adaptando às caminhadas e que aumentou para três vezes na semana a sua frequência. Reconheci a sua atitude de autocuidado e a parabeneizei pelo engajamento no autocuidado.

Ao longo das atividades do grupo de educação para o autocuidado, Paz expressava o quanto o grupo a ajudou no que diz respeito à sua depressão e socialização, além de aprender a ser participativa quanto ao engajamento no autocuidado. Continua a fazer caminhadas e esforça-se para alimentar-se adequadamente. O engajamento de Paz foi *total*.

Considerando que a dieta para a pessoa diabética é um dos fatores fundamentais para manter os níveis glicêmicos nos limites desejáveis, o planejamento alimentar foi discutido nos encontros grupais, de forma que cada uma elaborasse o seu cardápio a partir de seus hábitos alimentares, estilo de vida, nível socioeconômico, enfim, que melhor se adequasse à realidade. Foram consideradas as faixas etárias das mulheres, sobrepeso, obesidade, ocorrência de dislipidemias e presença de hipertensão arterial.

Viggiano (2001) reconhece que o planejamento alimentar em *Diabetes mellitus* foi alvo de muitas alterações ao longo dos anos, desde as dietas mais baixas em carboidratos e em regime de semi-inanição até a dieta pobre em carboidrato e rica em lípideos. Atualmente a recomendação é a de uma dieta rica

em carboidratos e fibras, suficiente em proteínas e restrita em gorduras saturadas e colesterol.

Schmidt, Repetto e Casagrande (2004) sugerem que o indivíduo com diabetes precisa distribuir seus alimentos em várias refeições ao longo do dia, para evitar flutuações bruscas de glicemia, podendo ser feito da seguinte maneira: 20% no café, 35% no almoço, 25% no jantar e 20% ao deitar.

Seja qual for a dieta mais adequada, o engajamento na dieta é considerado imprescindível para as mulheres, pois esta também previne complicações tardias, lembrando aqui que a doença cardiovascular é a mais comum no *Diabetes mellitus* do tipo 2 e constitui importante causa de morte nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2001).

Rique, Soares e Meirelles (2002), considerando que o *Diabetes mellitus* é fator de risco para desenvolvimento de doença cardiovascular, dizem que as mudanças de hábitos alimentares são modificações de estilo de vida que podem melhorar de forma significativa os altos índices de mortalidade causada por esta patologia.

Nesse sentido, quando as mulheres conseguem, se engajam em alimentação saudável, além de reduzir índices glicêmicos, estas atitudes de cuidado favorecem ainda a prevenção de outras complicações crônicas próprias da doença, como a retinopatia, nefropatia e vasculopatia diabética.

Gagliadino et alii (2002) dizem que as complicações crônicas constituem a causa mais importante de morbimortalidade e dos custos dos *Diabetes mellitus*. O custo do tratamento das complicações crônicas representa a metade dos custos com a atenção do *Diabetes mellitus*.

Além da dietoterapia e da prática de atividade física, a utilização das medicações faz parte do tratamento das mulheres. Nas atividades de grupo, as mulheres apresentaram muitas indagações e revelaram adotar condutas indevidas, como a substituição por chás de insulina ou a interrupção, por conta própria, das medicações.

Compromisso enfrentou muitos obstáculos para se engajar no autocuidado. Tinha pouco conhecimento sobre a patologia e importância da adesão ao tratamento. Demonstrava não ter a intenção de se engajar no autocuidado. Negava-se a realizar caminhada por não valorizar esta prática como necessária. Enfrentou muitas dificuldades para compreender os benefícios de uma alimentação planejada e fracionada, pois referia muita fome. Durante o processo grupal, a orientei várias vezes sobre os benefícios de alimentação hipolipídica e a necessidade de adesão à caminhada.

Com o passar dos meses, dava depoimentos de que estava tendo mais cuidado na escolha dos alimentos para integrar o seu cardápio, mas acrescentava que ainda comia bolo e bebia refrigerante nos finais de semana. Não iniciou a caminhada e dizia não ter tido tempo para tal. Disse que o resultado de glicemia venosa continuava elevada—214 mg/dl. Reorientei acerca da medicação –horário e quantidades.

Relatou que iniciou a caminhada, duas vezes durante a semana, embora não goste nem acredite que melhore seu estado de saúde. Dizia que a fome diminuiu bastante e que se medica conforme orientações recebidas no grupo. Foi incentivada sobre o aumento gradativo dos dias de caminhada e a manutenção do tratamento medicamentoso, embora tivesse faltado no NAMI, o que a fez comprar com muito sacrifício.

Ao final das atividades de grupo, continuava caminhando apenas duas vezes na semana; quanto à alimentação, sentia muita dificuldade para reduzir quantidades, e sobre a medicação, passou a usá-la adequadamente. Falou que a caminhada trouxe benefícios à sua saúde, principalmente quanto à perda de peso e disposição física e, que apesar de tanta dificuldade que tem para aderir ao tratamento, procura utilizar o conhecimento obtido no grupo no seu cotidiano de cuidado, mencionando inclusive o auto-exame dos pés. Disse que a glicemia capilar em jejum foi de 154 mg/dl, tendo assim seus níveis reduzidos. O engajamento de **Compromisso** foi *parcial*.

Durante os encontros dos primeiros meses, **Ânimo**, assim como **Persistência**, apresentava-se introspectiva, manifestando pouco as suas necessidades. Expressava que gostava de participar do grupo, mas acredita que, por ser diabética há muito tempo, estes não iriam acrescentar muito ao seu conhecimento. Demonstrava insatisfação e raiva pelo descontrole glicêmico mantido há meses, com valor de 304mg/dl. Nas discussões grupais, eu reforçava as orientações sobre os danos à saúde advindo do descontrole glicêmico e as estratégias de engajamento no autocuidado que favoreceriam a saúde de todas.

As atividades de grupo deram ensejo a expressar de suas práticas de cuidado e por esta notei que **Ânimo** caminhava exaustiva e desordenadamente, o que em níveis elevados glicêmicos pode descontrolar ainda mais a glicemia. Esclarecia a todos do grupo sobre as indicações das caminhadas e solicitei que ela as interrompesse por um período, até que obtivesse novo resultado de níveis da glicemia. Continuou o processo de engajamento pela aceitação de uma alimentação hipolipídica, hipossódica e hipoprotéica. Não desanimava com a elevação glicêmica.

Ânimo já conseguia se expressar à vontade, e, embora a glicemia ainda permanecesse elevada, estava consciente de que devia continuar o tratamento. O medo é ter de ser referenciada à outra instituição para ser “insulinizada”. Embora esteja medicada, a paciente usa uma medicação indisponível no serviço, daí ficar sem ser medicada regularmente. Referiu prurido vaginal. Encaminhei-a à consulta ginecológica. Conversei com a médica sobre a paciente e ambas concordamos que a medicação disponível no NAMI não era suficiente para o tratamento de algumas das pacientes, o que nos impulsionou a solicitar à direção a aquisição de nova droga.

Mostrou-se-se bastante empolgada pela proximidade que o grupo favoreceu com o serviço e solicitou uma visita à sua filha, que é sua vizinha, pois ela tem obesidade e assim preocupava-se com sua saúde e tinha medo de que pudesse vir a ser diabética. Realizei tal visita e fiz intervenções educativas de Enfermagem e encaminhamentos necessários. Esta visita foi comentada por ela, com grande contentamento junto a todas do grupo.

Ao final dos encontros grupais, estava bastante empolgada, pois a glicemia foi reduzida, e assim autorizei a continuidade das caminhadas e incentivei a continuidade do engajamento no autocuidado. **Ânimo** teve engajamento *total*.

Integração expressava que, para poder se cuidar, precisava vencer a depressão e que em grupo ela teria essa chance de melhorar. Quanto ao tratamento não farmacológico, nem sempre caminhava, pois eventualmente acordava indisposta para tal. Foram reforçadas as orientações sobre os benefícios da caminhada para seu bem-estar geral.

Permanecia bastante animada com relação às atividades grupais e dizia que havia aprendido coisas novas no grupo e que, portanto, o considera de grande valia para a sua saúde. Constatei que ainda não iniciara as caminhadas e solicitei que se engajasse no grupo de caminhadas do Dendê, o que foi aos poucos sendo aceito.

Integração sempre comentava no grupo sobre como valorizava as reuniões, pois estas a deixavam mais animada e disposta para a vida, e que melhorou com relação aos episódios depressivos. Durante uma destas reuniões, queixou-se de dor precordial. Constatei pico hipertensivo e a encaminhei ao clínico. Foi ainda encaminhada ao cardiologista. Ao mesmo tempo, suspendi a caminhada até que fossem realizados os exames necessários.

No encontro seguinte a este episódio, disse que esteve muito triste nas últimas semanas e preocupada com seu estado de saúde, mas que no grupo se sente aliviada dos problemas de saúde. Foi avaliada pelo cardiologista, que eliminou qualquer problema mais grave, liberando-a para as caminhadas. Ao final das atividades de grupo, **Integração** não havia reiniciado as caminhadas. Seu engajamento foi *parcial*.

Constatei assim que todas as mulheres se engajaram no autocuidado sendo que **Saúde, Força, Alegria, Esperança, Persistência, Amor, Paz e Ânimo** desenvolveram habilidades para lidar com todos os déficits de autocuidado. As demais integrantes — **Coragem, Tranquilidade, Motivação, Compromisso e**

Integração — desenvolveram habilidades para lidar com pelo menos um dos déficits de autocuidado.

O engajamento se deu a partir da construção, em grupo, de habilidades das mulheres diabéticas para lidar com os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que interferem no autocuidado em diabetes.

Do ponto de vista biológico, o pilar do tratamento e, conseqüentemente, do autocuidado é fundamentado no planejamento alimentar, na prática de atividade física e no uso de medicamentos, sendo estes uma forma de analisar o engajamento. Foi indiscutível o benefício do desenvolvimento das habilidades, do ponto de vista biológico, para a saúde das mulheres.

A habilidade para o planejamento alimentar, em razão de vários fatores interferentes, que trarei na 3ª etapa da discussão, foi um dos pontos determinantes para que o engajamento de algumas mulheres não fosse considerado como total.

A ênfase dada aos fatores biológicos até então é de extrema importância, mas esses não podem ser vistos isoladamente, apenas como um conhecimento científico desconexo com a realidade dos que vivenciam o dia-a-dia sob o pilar do tratamento; mas, é assim que os profissionais de saúde se comportam: priorizam os aspectos biológicos e desconsideram o contexto vivido.

Por tal razão, considero não ter sido fácil fazer algo inovador nas estruturas rígidas dos serviços de saúde. Estava, porém, pronta a enfrentar os desafios surgidos, pois eu desejava utilizar a ferramenta da Educação em Saúde, de forma grupal, que favorecesse o engajamento no autocuidado.

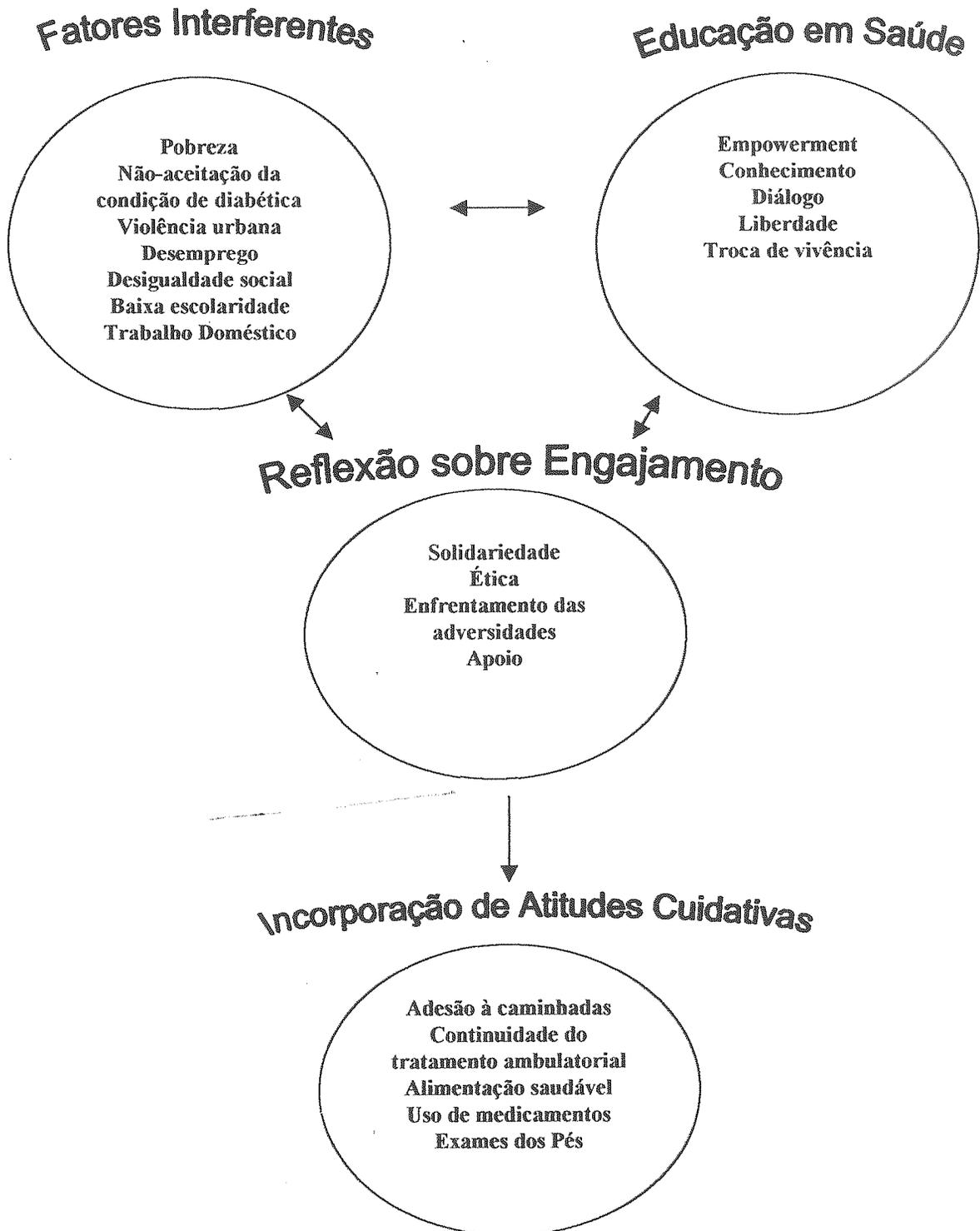
Ao formar o GEAD, construí uma prática social de educação, por meio de, um processo de capacitação dessas pessoas para ajudar na melhoria das condições de saúde, objetivando ainda a promoção da saúde da comunidade onde vivem, ou seja, visando a alcançar a vida com saúde e com dignidade humana.

Em sendo assim, o engajamento ao cuidar de si não pode ser discutido somente nos indicadores que permeiam as questões biológicas, mas no contexto psicológico e social das mulheres, de tal maneira que, ao final desta tese, eu possa

expressar ainda como se processou o engajamento a partir da realidade cotidiana de cada mulher.

Para elucidar essa trajetória em busca do engajamento, torna-se necessário que se compreendam as interfaces do processo de engajamento no autocuidado, que inclui os fatores psicossociais (figura 3).

Figura 3- Interfaces do Processo de Engajamento no Autocuidado



3ª Etapa- As Interfaces do Processo de Engajamento no Autocuidado

O engajamento no autocuidado não ocorre sem que as mulheres possam fazer uma reflexão sobre a situação de seu viver cotidiano, em um ambiente que desfavorece a vida saudável por sustentar múltiplos fatores adversos à ação de cuidado.

Relatos de violência surgiram espontaneamente, sem que eu tivesse um rol de questões para abordar tal tema, por exemplo, quando Força chegou à 2ª reunião focal chorando, extremamente abalada por ter vivenciado, mais uma vez, a traumática experiência de um tiroteio na rua onde mora e logo a seguir a invasão de policiais em sua residência, em busca de componente de gangue que reside na área.

A partir de seus relatos, as demais mulheres iniciaram a expressão de sentimentos sobre outros fatores que interferem, não apenas no processo de engajamento, mas no processo da vida.

Assim, considerando essa realidade enfrentada pelas diabéticas, compreendo que, no engajamento, faz-se necessária uma discussão sobre os fatores adversos a esse processo.

Os fatores socioambientais interferentes no processo de engajamento

A vida em comunidade torna-se mais complexa e densa, ao mesmo tempo em que é agravada pelos conflitos sociais e pelo crescimento da violência urbana. Isso produz explosão de conflitos nas mulheres no que diz respeito ao engajamento, já que elas convivem no cotidiano com muitos fatores que desfavorecem o processo de viver em saúde, o que interfere na adesão do autocuidado.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, aponta em seu documento — Carta de Ottawa — que os

fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos tanto podem favorecer como prejudicar a vida (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, residindo em ambiente conectado com o crime e adverso à vida, as mulheres tornam-se vulneráveis ao sofrimento emocional, o que implica danos à saúde. Sendo vítimas de conflitos entre gangues, as mulheres demonstraram em suas falas como se sentem ante situação tão adversa à vida. Vejamos abaixo:

Eu fico me tremendo toda quando isto acontece.(...) Atinge, atinge muito. Ataca nossos nervos, nossa diabetes e pressão sobe, com toda certeza (Amor).

Mas é claro que atinge, a gente fica num nervosismo grande (Coragem).

É, a diabetes dispara (Saúde).

O diabetes vai lá pra cima, é horrível viver num lugar assim (Alegria).

As falas mostram que as mulheres percebiam o reflexo imediato da violência sobre o seu estado de saúde, o que as deixava sobressaltadas, exigindo de cada uma delas autocontrole e força para superar essas adversidades.

Para Agudelo (1990), a violência representa um risco maior para a realização do processo vital humano, pois ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima.

Outros depoimentos esclarecem como viver sendo surpreendidas por atos violentos na comunidade tem prejudicado as mulheres, não apenas nos aspectos biológicos, mas de convívio social, impedindo-as de exercerem a sua liberdade de ir e vir, já que ficam amedrontadas em suas casas, sem poderem usufruir a liberdade que outrora lhes era permitida quando não havia a exacerbação desse comportamento violento no ambiente cotidiano.

Ela afeta muito porque as pessoas que fazem a violência ficam libertas na ruas e nós que não fazemos ficamos dentro de casa, com medo de sair. Ai altera o problema de saúde da gente (Integração).

A preocupação com a violência é horrível, a gente não dorme direito porque a qualquer momento podem invadir sua casa. Isso dá muita preocupação pra gente, muita preocupação, é horrível e tudo isto abala muito a saúde da gente (Força).

Esse negócio da violência atinge muito a gente, o medo, o rancor a gente sabendo quem a pessoa fica com medo e a gente não quer ter medo, a gente não devia ter medo do nosso próprio irmão (Compromisso).

(...) a violência nos abala, né? Ai onde está o processo da violência que atinje... você hoje não pode sentar mais numa calçada como antigamente você tá tranqüilo o medicamento certo, controlado, e de repente vem uma coisa dessas né... já passei mal com notícia de meu neto. Isso tudo abala, a violência São esse tipos de coisa que afeta, que abala a diabetes da gente... (Ânimo).

A violência é uma constante na vida dessas mulheres e afeta-as acorrentando-as ao medo. Para algumas, permanecer a salvo consiste em fechar as portas de casa e evitar exposição nas áreas conflitantes; para outras, até o lar é um ambiente inseguro.

Força cuida de seus netos que, segundo ela, a todo instante ficam expostos à violência e aos apelos do poder das gangues, o que a preocupa, deixando-a numa interrogação sobre o futuro de seus netos. Abalada emocionalmente, diz não ter paz onde mora, o que também a fez interromper as caminhadas por duas semanas no período de intensos conflitos de gangues.

Essas mulheres são pessoas que enfrentam uma série de problemas cotidianos que interferem em sua maneira de viver, prendendo-as em casa, submetidas ao constrangimento de não poderem sequer sentar-se na frente de suas casas por se sentirem ameaçadas pelo ambiente violento.

A Carta Mundial sobre Violência e Saúde, elaborada pela Organização Mundial da Saúde, dando início à campanha mundial sobre prevenção de violência, mostra preocupação com suas vítimas, ao afirmar que estas podem sofrer danos psicológicos, incluindo depressão e ansiedade (FUENTE et alii, 2002).

É evidente que a reversão desse estado ambiental não é uma tarefa simples nem exclusiva do setor saúde, mas torna-se impositiva, caso se pretenda uma mudança nos padrões de qualidade de vidas destas mulheres a partir do engajamento no autocuidado.

Este ambiente desfavorável agride-as, cabendo lembrar aqui que a Declaração de Sundsvall, em 1991, deixa clara a relação entre ambiente favorável e capacitação de pessoas, ao expressar *que ambientes favoráveis capacitam pessoas*

a expandirem suas capacidades e desenvolverem sua autoconfiança (BRASIL, 2001).

Posso considerar então a violência como um fenômeno decorrente de ambiente desfavorável e, em conseqüência disso, é um problema de saúde para as mulheres, traduzindo em diminuição da qualidade de vida, pois, além de terem de se adaptar a um novo estilo de vida como diabéticas, devem se adaptar a um ambiente gerador de violência que agride a integridade humana, amedrontando-as e encarcerando-as em suas casas.

Para elas não é fácil, nem é simples, aprender a viver com autocuidado contínuo, ao mesmo tempo em que precisam aprender a viver com multiplicidades de fatores adversos à vida. Assim, posso dizer que há uma relação entre ambiente desfavorável e dificuldade em engajar no autocuidado em diabetes.

As condições de moradia propiciam a violência, como fruto do processo de desenvolvimento econômico desigual que delimita as áreas urbanas dos desprovidos de benefícios. Esse ambiente reflete a dinâmica de vida das mulheres diabéticas e os seus elementos componentes do meio social devem ser considerados como interferentes no engajamento no autocuidado.

Adorno (2002) diz que não há como deixar de reconhecer relações entre a concentração da riqueza, da concentração de precária qualidade de vida coletiva nos chamados bairros periféricos das grandes cidades e a explosão da violência fatal.

Precisa-se entender ainda que as pessoas envolvidas na violência nessa comunidade onde vivem as mulheres são seus filhos, sobrinhos, amigos, portanto são pessoas com vínculo emocional, não são desconhecidas, o que agrava ainda mais o sentimento de impotência e descontrole da situação, como constatamos com a fala de **Força** que, chorando, disse

...pois é isso, porque as pessoas envolvidas nessa violência são vizinhos da gente, a gente viu esses meninos nascerem, a gente gosta deles. A gente sabe que eles são ruins, mas, a gente não aceita isso; é ruim demais a gente viver numa violência dessas.

Esse choro também é usual nos consultórios por questões pessoais e familiares; posso assegurar que todo profissional de saúde já vivenciou a experiência de atender um cliente em crise de choro por problemas ambientais e ou familiares. São poucos, entretanto, os que conseguem “ouvir” tais aflições e por um espaço determinado de tempo mudar o foco da consulta do terreno patológico para o âmbito social.

As questões ambientais ou familiares, como processos interferentes no autocuidado, precisam integrar-se ao atendimento como propulsoras de análise crítica e da atuação interdisciplinar para resgatar o engajamento.

Esta mudança de foco é promulgada desde a Carta de Ottawa, em 1986, quando sugere um novo modelo de assistência que priorize o indivíduo como um todo e não apenas como um mero portador de doença (BRASIL, 2001).

Na assistência à pessoa diabética, são necessárias implementações e operacionalizações de maneiras de cuidar que consigam romper com este modelo antigo, mas atual nos serviços de saúde. Devemos incorporar essa visão e considerar os fatores do cotidiano que interferem na adesão ao autocuidado, na adesão à vida.

Assim, não podemos desconsiderar esta realidade, nem nos acomodarmos frente a ela, ao contrário, devemos intervir como profissionais de saúde, sob a égide da promoção da vida, para auxiliar o engajamento no autocuidado em ambientes desfavoráveis.

A Declaração de Sundsvall, em 1991, afirma que um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis (BRASIL, 2001).

Integração parece perceber essa intercessão ao fazer uma conclamação pela paz, quando fala no grupo que

a gente se cuidando em paz, com tranquilidade já e uma ajuda pra gente, mas, sem paz e sem tranquilidade é horrível.

Essa fala me leva a refletir que a vida em autocuidado que tanto ensejamos para essas mulheres está intrinsecamente relacionada às questões ambientais precárias, fruto das desigualdades sociais e da falta de cooperação e de integração dos serviços de saúde com os demais setores da sociedade.

Os profissionais de saúde cooperam timidamente para tal transformação social, pois se isolam em seus consultórios e atentam apenas para o patológico, daí poucos resultados obtém sobre o aumento da adesão do autocuidado em diabetes. É preciso fazer algo mais! Precisamos ouvir e agir mais sobre o clamor social – realidade do cuidado cotidiano.

A violência requer um diálogo interdisciplinar, enfatizando a articulação dos vários saberes, para que se possa desenhar um novo cuidado com equidade social, elevando a possibilidade do autocuidado entre as mulheres.

Nesse sentido, devemos alargar as tendas do cuidado individual para o grupal, buscar uma consciência popular sobre um enfoque da saúde como um recurso para a vida dessas pessoas que são impelidas à não-adesão do autocuidado por circunstâncias adversas. Capacitá-las a viver em situação adversa e transformar tal situação também é meta de cuidado em diabetes, é meta da vida: assim alcançaremos a paz, um dos requisitos básicos para a saúde, segundo a Carta de Ottawa (BRASIL,2001).

A adesão do autocuidado em diabetes é dificultada pela violência, sendo esta crescente no Brasil, afligindo a população mais carente da sociedade. Desta forma residindo, em ambiente violento, as mulheres são submetidas a constantes desafios que implicam o engajamento no autocuidado.

As recentes transformações na economia brasileira contribuem para o aumento das taxas de desemprego e pobreza, as famílias das mulheres não ficaram livres dessa situação. Por tal razão, residem em ambientes cujas condições de moradia propiciam à violência, como fruto do processo de desenvolvimento econômico desigual que delimita as áreas urbanas dos miseráveis desprovidos de benefícios.

Esse ambiente reflete a dinâmica de vida dessas mulheres e os seus elementos componentes do meio social devem ser considerados como interferentes no engajamento no autocuidado.

Maricato (1996) diz que a produção e a apropriação do espaço urbano não só refletem as desigualdades e as contradições sociais, como também as reafirmam e reproduzem.

Posso dizer que isto determina um quadro de insegurança social que também é um tipo de violência velada que vem contribuindo para o rompimento do autocuidado das mulheres.

As mulheres apontam a dificuldade financeira como uma barreira para conseguir-se o autocuidado em diabetes já que são impossibilitadas, pela pobreza econômica, de comprar alimentos, o que dificulta a adesão ao tratamento. A associação, entre o rompimento de hábitos alimentares e dificuldade financeira-pobreza- situa as mulheres em contingência de desvantagem em relação ao engajamento no autocuidado contínuo. Vejamos alguns relatos:

Às vezes o que me preocupa também é a alimentação é porque hoje eu não trabalho.. e nem todo dia tem aquilo que eu precisava comer.. nem todo dia a gente tem dinheiro
(Alegria).

Nem todo dia eu tenho a alimentação certa: a laranja, uma fruta..nem todo dia tem, ai não tem como comprar e eu como o que tenho. Na minha casa só o meu marido trabalha e trabalha quando tem, não é empregado, eu não tenho salário, então quando tem dinheiro eu compro fruta , quando não tenho como o que tenho em casa
(Persistência).

A pobreza é uma realidade nas vidas dessas mulheres que lutam pela sobrevivência em condições mínimas. Apesar disto, elas são imbuídas pelos profissionais de saúde a seguirem um regime alimentar que difere dessa realidade. As falas elucidam como a pobreza interfere na possibilidade de escolha de alimentos ideais às necessidades nutricionais das mulheres para que possam obter um controle metabólico.

Por isso devemos rever o modo como anunciamos as orientações nutricionais às mulheres, adequando-as à realidade de cada uma delas, afim de

facilitar o engajamento nessa prática cuidativa. Existe por parte das mulheres um sentimento de pesar frente à mudança de hábitos alimentares, o que implica a dificuldade em aderir ao tratamento diabetológico pela pobreza econômica e, em consequência, a dificuldade em aderir ao ato de cuidar-se.

Compromisso, em seu depoimento, mostrou como se sente insegura e frustrada ao receber dos profissionais de saúde, um roteiro de alimentação ineficaz, inadequado ao mundo vivido por ela.

(...)quando recebi um papel dizendo da comida, eu disse: "Ai meu Jesus a lista da fome, eu não posso ficar sem comer farinha". AH minha filha sem farinha eu tremo. Nem era pra comer farinha, nem era pra comer arroz...era pra comer bem pouquinho. Ai eu pensei: Eu tenho que cumprir a dieta, ai comecei a cumprir, e passei um mês fazendo a dieta..Mas não agüentei não; eu adorava manga e não podia comer, mas eu só danada e comecei a comer tudo..também não tinha dinheiro pra comer o que tinha no papel.

Ao conceituar o roteiro de alimentação como *lista da fome*, **Compromisso** denuncia a forma como as mulheres percebem as recomendações alimentares: primeiro como algo que representa o rompimento total e imediato de hábitos e costumes alimentares—uma violência ao direito de planejamento do cardápio nutricional; segundo como algo penoso comparado à fome—um castigo por ser diabética.

Quando se trata de lidar com o embate entre a pobreza econômica das mulheres e a alimentação diabetológica, devemos ter cuidado para não focar exclusivamente a pobreza como fator limitante da promoção do autocuidado dessas pessoas, ao contrário, devemos, a partir dessa realidade, ajudá-las a transpor tais dificuldades mediante um planejamento compartilhado, (re) discutido na medida em que elas próprias encontrem soluções para tal adversidade.

Foi possível fazer isto em grupo e sabia que estava me conduzindo com ética e respeito aos direitos de saúde destas mulheres, pois de nada vale distribuir uma *lista de fome*, sabendo que esta não será incorporada ao cotidiano do cuidado.

É necessário que haja um esforço mútuo—profissional e cliente—para ajuda-lás a enfrentar as situações adversas ao ato de cuidar-se, caso contrário,

continuaremos nos sentindo insatisfeitas com o nosso cuidado, quando nos deparamos com pacientes apresentando sintomas de crise hiperglicêmica e/ou desenvolvendo algum tipo de complicação crônica própria da doença. A responsabilidade para reduzir essas intercorrências também é nossa e, para isso, precisamos nos instrumentalizar com maneiras de cuidar que priorizem, além dos aspectos biológicos, os econômicos, sociais e familiares das mulheres.

Assim favoreceremos as mulheres a equidade em saúde que, segundo Braverman e Gruskim (2003), diz respeito *a redução das oportunidades desiguais para ser saudável entre membros de grupos sociais menos privilegiados como as pessoas pobres.*

Essa desvantagem que as mulheres pobres tem com relação aos alimentos de suporte nutricional capazes de manter a saúde biológica tem de ser repensada por todos nós envolvidas no cuidado.

Sendo a pobreza econômica uma realidade, não podemos desconsiderá-la nem abandonar as mulheres nesse confronto tão desigual, cabendo a nós, como enfermeiras, imbuídas dos pressupostos da promoção da saúde, influenciar as instituições de saúde a se envolverem nessa discussão.

Giovanella et alii (2002) ressaltaram alguns aspectos discutidos no seminário intitulado "Saúde e desigualdade: instituições e políticas públicas no século 21", dentre eles, o de que os indicadores de saúde são ferramentas de análise da desigualdade social e se espera que o setor saúde lidere a lista de formulação e implementação das políticas intersetoriais para a redução das desigualdades sociais.

A situação se agrava ainda mais quando não há medicação nas Unidades de Saúde, já que em situação economicamente desfavorável e com tantas solicitações e recomendações dos profissionais de saúde, as mulheres se deparam com a realidade de não conseguir a medicação, intensificando ainda mais a instabilidade do engajamento no autocuidado. Vejamos alguns dos relatos:

Quando falta o medicamento aqui é horrível (Tranqüilidade).

É horrível, gente não tem dinheiro pra comprar. É uma preocupação a mais. Agora mesmo, não tá faltando remédio pra diabetes não só pra pressão e comprimidos pra não engravidar. Olha eu não tenho dinheiro pra comprar e estou preocupada porque não posso engravidar não. É difícil (Coragem).

Nem todo dia tenho dinheiro pra comprar remédio... Às vezes falta daqui (Alegria).

É o remédio que falta muito, porque eu não tenho dinheiro pra comprar quando falta aqui. Ai eu tomo um remédio caseiro que me ensinaram, que disseram que é bom pra diabetes. Tendo o comprimido ou não eu sempre tomo o chá (Compromisso).

É quando não tenho, eu fico muito preocupada e faço o que me ensinam (Esperança).

Ave Maria, eu fiquei com muito medo de não poder comprar, com os preços do remédio e as vezes falta aqui, isso me dá medo. Eu pensei que ia morrer (Paz).

De posse da prescrição médica, as mulheres muitas vezes se vêem desprotegidas do sistema de saúde, que não garante a eficácia da distribuição de medicamentos, levando-as a procurarem outro serviço, como diz **Alegria** ... *a gente tem de sair de madrugada pra conseguir uma ficha arriscando a vida pra conseguir remédio em outro posto.*

A falta de medicação levou as mulheres a serem acompanhadas em várias unidades de saúde para garantir que, faltando medicação em um dos postos elas tenham outros como garantia. Isto é muito desfavorável para o autocuidado, pois rompe a continuidade do tratamento com o profissional de saúde, já que passam a ser atendidas por vários, simultaneamente.

Posso considerar essa falta de medicação, mesmo que temporária, uma injustiça social e assim totalmente contrária a um dos princípios básicos de justiça social, explicitado na Declaração de Adelaide, em 1988, que é o de *assegurar que a população tenha acesso aos meios imprescindíveis para uma vida saudável e satisfatória* (BRASIL, 2001).

Para as mulheres, o tratamento medicamentoso é um meio que pode trazer benefício à sua saúde e, quando interrompido subitamente, pode trazer transtornos, não apenas biológicos, mas também emocionais, como vimos nas falas linhas atrás, tais como a insegurança e medo de desenvolver complicações advindas da patologia.

Em meio a toda essa situação, as mulheres encontram na família apoio e solidariedade:

Se não fossem minhas filhas que podem me ajudar comprando os remédios quando faltam fica difícil. Eu tenho um vizinho que quando falta meu remédio e ele tem, ele me dá..e assim a gente não deixa de tomar remédio. A gente se ajuda, ainda bem que me dou bem com meus vizinhos (Saúde).

Quando pode ajudar eles me ajudam.. mas ajudam com o que podem. É difícil, é difícil, é difícil (Força).

Quando eu to assim com problemas, faltando coisas na minha casa, remédios, com minha criança doente eu sinto logo dor de cabeça, e horrível, horrível, horrível. Ainda bem que quando meu pai pode ele ajuda, né?(Coragem).

Ave Maria, demais..quando falta remédio aqui elas compram e se preocupam comigo. Elas tem muito cuidado comigo. Fazem de tudo pra não faltar nada pra mim, e elas dizem pra eu não faltar de vir pro grupo, porque elas sabem que é aqui é muito bom (Amor).

O apoio dado pela família, quando auxilia as mulheres a adquirirem a medicação, na falta desta no NAMI, demonstra compromisso e apoio além de contribuir na prevenção de danos gerados pela interrupção do tratamento farmacológico.

Nesse sentido, a família constitui a primeira rede de apoio social por toda a vida do indivíduo, além de exercer uma função protetora diante das tensões geradas pela vida cotidiana (LOURO BERNAL, 2003).

Voltando à fala de **Força** quando repete por três vezes *é difícil, é difícil, é difícil*, é preciso que se entenda que esse apoio vem de pessoas desempregadas ou subempregadas e, neste contexto, a falta de medicação surge como um peso no orçamento familiar que nem sempre é possível de se administrar. **Força** não retrata apenas a sua indignação, mas fala a voz das demais, que, como a própria, passam grandes dificuldades financeiras, tornando *difícil, difícil, difícil*, engajar no autocuidado frente a mais esse obstáculo.

Essa falta de medicação no NAMI ocorreu durante os meses de março a junho de 2003, coincidido com as atividades do GEAD, o que me fez procurar a Coordenação para que pudesse esclarecer às mulheres os motivos dessa falta, que foi atribuída ao não-repasse de verbas do Município para a compra das medicações.

A partir desse problema, outra pauta da discussão veio à tona: a falta de metformina, droga imprescindível no tratamento do *Diabetes mellitus* tipo 2, na lista das medicações utilizadas. Solicitei a aquisição dessa droga e busquei parceria com uma médica que também assiste as mulheres que participaram desta pesquisa. Assim conseguimos sensibilizar à Coordenação do NAMI para a compra dessa medicação e posso dizer que as atividades do grupo de autocuidado em diabetes fortaleceram o atendimento a essa clientela e impulsionaram o serviço na melhoria da qualidade de assistência.

Os serviços de saúde que negligenciam o bem-estar dos diabéticos acirram as desigualdades sociais e contribuem para o enfraquecimento da saúde como um direito humano, além de constituir-se como um dos entraves à adesão do autocuidado.

Assim, compete aos gestores de saúde o desafio de avaliar os investimentos financeiros destinados à garantia assistencial à saúde dos diabéticos, a fim de que se possa intervir e colaborar ativamente para a consolidação da melhoria das suas condições de vida.

Rassi Neto e Boguş (2003) dizem que a complexidade das questões relacionadas às condições de vida que influem sobre o cuidado à saúde mostra diferentes processos e desafios na integração da gestão pública e leva a um claro reconhecimento de que não existe uma solução-padrão.

Nesse sentido, as políticas públicas devem considerar tais complexidades para que novas formas de intervenção sejam pensadas e assim possam trazer novas possibilidades de garantia à adesão do autocuidado em diabetes.

Fazendo assim, estarão cumprindo o compromisso para uma saúde pública global, conforme preconizado na Declaração de Adelaide, que considera a paz, a justiça social, alimentação adequada, educação, moradia decente e renda adequada como alguns dos pré-requisitos para o desenvolvimento social e de saúde (BRASIL, 2001).

Não apenas os fatores socioambientais é que se interpõem ao engajamento no autocuidado; a não-aceitação da doença é outro fator que surgiu como barreira para o alcance do engajamento das mulheres no autocuidado.

O ato de cuidar-se sem a perspectiva da cura biológica é um fenômeno de aceitação difícil para as mulheres; orientadas com base no modelo biomédico, as mulheres buscam a satisfação plena do estado de saúde por meio da cura, o que não ocorrerá, já que são portadoras de uma doença crônico-degenerativa.

A expectativa da cura pelas mulheres deve levar os profissionais de saúde à reflexão de que é preciso ter muito talento para envolvê-las no autocuidado com vistas à vida, no sentido mais amplo, e não apenas com vistas ao controle biológico, pois este nunca as devolverá a cura biológica que tanto almejam, contudo poderá assegurar-lhes um viver saudável por intermédio do engajamento.

Tratamento sem cura? É preciso ter comunicação entre profissional e cliente. O GEAD proporcionou essa comunicação e valorização do autocuidado em situação de doença crônico-degenerativa. Os depoimentos das mulheres reafirmam isto:

O grupo ajuda muito...que acho bom porque quando eu descobri que tinha diabetes eu fiquei triste, né? Porque essa doença não tem cura, né, essa doença? Só tem o tratamento, né. Só que com a ajuda do grupo, ave Maria vocês conversavam comigo, me dizia como era a diabetes, e foi logo quando eu descobri que era diabetes (Coragem).

Antes eu pensava assim que o diabetes tivesse cura, cura não tem não mas ameniza né..ai depois comecei a ver as orientações daqui do grupo, e nas orientações o pessoal dizia: não é doença não é só se cuidar ai então eu to gostando por causa das orientações que a gente tem e isso tem me ajudado a viver e a se cuidar melhor (Integração).

Esses depoimentos denunciam que o conceito biomédico de saúde como sendo ausência de doença estava arraigado também nas mulheres. Não podia ser diferente, já que o modelo assistencial individualista que priorizamos ainda está pautado predominantemente no conceito que sustenta a doença como foco central do atendimento.

A postura dessas mulheres nada mais é do que um reflexo da nossa visão para a doença, para os aspectos biomédicos, moldando-as assim na

dimensão curativa que relega a promoção da saúde, o que dificulta a incorporação de atitudes de cuidado já que essas não mudam a sua condição de ter uma doença, alvo maior das mulheres. A substituição desse foco pela revalorização da vida é um modo de "trocar essa moldura".

Nesse sentido, cabe a todos nós renovar, no cotidiano da prática, o significado de saúde enfatizado na Carta de Alma-Ata, em 1978, como não sendo esta apenas a ausência de doença, e valorizar o cuidado, pois assim podemos motivá-las à adesão ao tratamento, embora este não traga cura da enfermidade, mas sim renovação para a vida (BRASIL, 2001).

Para as mulheres, o fato de serem diabéticas é uma grande barreira a vencer, é como um obstáculo constante em suas vidas. Vejamos como as depoentes percebem esse fenômeno:

Não é muito bom viver com diabetes. Bom, não é não, mas a gente fazendo tudo pra controlar, tá indo bem (Força).

Prá mim ela é muito triste, eu fiquei muito triste porque não pode comer nada que gosta, tem que sair das coisas que gosta, doce, açúcar que eu gosto, tudo mudou porque minhas comidas era tudo doce. Eu sinto falta dessas comidas porque eu ainda não me acostumei com essa vida (Coragem).

Diabetes prá mim foi uma surpresa que apareceu, é uma doença que não é muito boa não mas a pessoa tem que saber mudar de vida, fazer o que não fazia antes, né? Tem que fazer regime, as caminhadas, que é pra poder ficar melhor (Saúde).

É uma doença mais pra gente sofrer e pra gente acreditar que não fica boa, mas eu tenho fé em Deus que controlo (Integração).

O diabetes trás depressão. Pra quem não sabe lidar com ela traz muita depressão e pode chegar até a morte(...) A gente tem de ser muito forte e de ter muita vontade de viver quando se descobre que é diabética (Ânimo).

Pra mim é deixar de comer o que gosto, deixar de comer rapadura que gosto muito, deixar de comer comida com gordura. É tirar o que gosto de comer (Amor).

As falas retratam que o diagnóstico significou para as mulheres uma vida com perdas, com depressão, com sofrimento mental e com desesperança. Assim sendo, estes aspectos precisam ser discutidos com as mulheres durante a nossa prática assistencial para que possamos facilitar o aceite dessa condição e, a partir

daí, favorecer a valorização do engajamento no autocuidado como mecanismo de um viver saudável.

Diante de tantos fatores adversos à vida das mulheres, ocasionados pela questão ambiental, violência, desigualdade social, desemprego, fragilidade dos serviços de saúde, inacessibilidade aos alimentos preconizados no programa nutricional, o cuidado centrado nos aspectos biológicos, além da não-aceitação da doença, as vivências em grupo de educação para o autocuidado ensejaram o engajamento no autocuidado das mulheres.

Isto se deu pela oportunidade que todas tiveram em discutir entre si mesmas sobre suas questões de vida, de saúde e autocuidado, por intermédio de um diálogo participativo, baseado em um processo de educação que considera a ética nas relações humanas, como veremos a seguir.

A Educação grupal como norte do processo de engajamento no autocuidado

O encontro, em grupo, das mulheres com outras em semelhante condição de vida, em um espaço onde havia possibilidade para a construção da Educação em Saúde mediada pelo diálogo, favoreceu a reconstrução do engajamento por meio da capacitação mútua.

Candeias (1997) diz que a Educação em Saúde tem como referenciais as concepções de saúde e de educação pautadas no desenvolvimento das potencialidades humanas, no potencial de transformação da realidade, sendo integrantes dos direitos fundamentais da pessoa humana.

Nesse sentido a Educação em Saúde em grupo pautou-se ainda pela possibilidade de mudar o modelo de atendimento imposto ao diabético, que impede uma comunicação eficaz e a troca de experiências, fortalecendo assim o mito de que o profissional de saúde é detentor exclusivo do saber, cabendo a ele transmitir seus conhecimentos, restando ao outro portar-se como alguém desprovido de

saber, que continua a permanecer na rebeldia do comportamento ditado pelos que dominam as fórmulas de vida ideal: é a cultura da deseducação e da rotulagem do diabético.

Essa cultura e esta rotulagem fortaleceram ao longo dos anos, o enfoque predominantemente curativo em detrimento do preventivo no cuidado ao diabético. Por quê? Porque ainda permanecemos céticos em relação às propostas de atividades técnicas — Educação em Saúde — de forma participativa que promovam o encontro de conhecimentos.

Concordo com Cocco (1999), quando diz que as práticas educativas em saúde estão presentes no cotidiano dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços de saúde, porém, não conseguem, via de regra, originar grandes transformações, que tenham impacto no modo de vida da população, em suas condições de saúde e na construção de sua cidadania.

Reafirmo que os profissionais de saúde pouco realizam Educação em Saúde e sim transmitem regras, produzindo imposições por meio de uma comunicação excludente que sustenta o cuidado em saúde sob o olhar biomédico.

Se considerarmos que essas mulheres têm baixa escolaridade e algumas delas são analfabetas, o processo de educação deve ser intensificado para facilitar a compreensão das orientações para o engajamento.

Lessa (1998) concorda com a idéia de que a adesão das orientações está relacionada a um bom nível de escolaridade, mas, sobretudo, com os conhecimentos adequados da doença e suas complicações, a aceitação das doenças. Diz ainda não acreditar que, em face da baixa escolaridade, dificilmente os diabéticos inseridos nos programas de saúde pública do Brasil alcançarão controle satisfatório.

Entendo o pessimismo dessa autora, cabendo a nós mudarmos esse horizonte e entender que as orientações podem não assegurar o processo de engajamento dessas mulheres, mas que o processo de Educação em Saúde grupal, norteado pelo ato de educar que não considera a educação como simplesmente

orientar ou transmitir conhecimentos, pode assegurar o engajamento almejado por todas nós, que somos sensíveis ao cuidado em diabetes.

Existe, no processo educativo, um arcabouço de representações de sociedade e de homem que se quer formar. Assim, não há um processo educativo asséptico de ideologias dominantes, sendo necessária a reflexão sobre o próprio sentido e valor da educação *na e para* a sociedade (LUCKESI, 1994; SAVIANE, 1985).

Este processo educativo foi vivenciado por **Compromisso e Coragem** que traduziram assim seu entendimento sobre educação nas atividades do grupo, que promoveram o engajamento

(...)eu tô gostando por causa das orientações que a gente tem e isso tem me ajudado a viver e a se cuidar melhor (Compromisso).

Só que com a ajuda do grupo, ave Maria vocês conversavam comigo, me dizia como era a diabetes, e foi logo quando eu descobri que era diabetes (Coragem).

Compromisso compreendeu as orientações como uma ajuda para se cuidar, enquanto **Coragem** valorizou a comunicação que havia no grupo que ia ao encontro da sua necessidade momentânea. A orientação foi percebida como uma ajuda para uma reflexão de cuidado que a conduzisse ao engajamento e não como imposição para mudar comportamento. A fala de **Coragem** me levou a pensar que a comunicação é algo essencial entre pessoas e sua eficácia deu-se pelo encontro do diálogo com o que ela precisava no momento para a sua vida, para a sua saúde.

Saúde explicita ainda mais a essência do trabalho em grupo de educação para o autocuidado, não apenas centrado em orientações, mas em diálogo, ao dizer que este *aqui é diferente, aqui tem orientação, tem fala.*

É importante destacar o fato de que as orientações associadas à fala, ou seja, ao diálogo entre profissional e demais membros do grupo, despertaram nas mulheres o interesse pelo engajamento no autocuidado.

Freire (2001) não poderia estar distante desta reflexão sobre diálogo já que ele diz ser *por meio dele que se dá a verdadeira comunicação, onde os*

interlocutores são ativos e iguais. A comunicação é uma relação social igualitária, dialógica, que produz conhecimento.

É válido dizer que o conhecimento em saúde refletiu na educação para o engajamento no autocuidado, tendo sido esta consolidada pelas mulheres no GEAD. Para tanto, foi imprescindível uma comunicação entre mim e as mulheres, a qual demandou tempo, tempo este de que muitas vezes não disponho no ambulatório ao realizar consulta individual.

Rice e Candeias (1998) apontam como entraves à comunicação no âmbito da Educação em Saúde o enfoque predominantemente curativo em detrimento do preventivo, a ausência de integração entre os educadores e os membros da comunidade, a falta de abordagens multidisciplinares e o ceticismo do profissional em trabalhar de forma participativa com a comunidade.

Esses entraves devem ter parcela de contribuição para a não-incorporação, pelas diabéticas, das orientações realizadas pelos profissionais de saúde. Em grupo, entretanto, acontece uma comunicação que denomino de "relacionamento do diálogo", e não um "relacionamento de transmissão de conhecimentos", como veremos nas falas seguintes:

no grupo eu aprendi muita coisa a como controlar a diabetes, controlar o coração, eu tenho problema de pressão alta também. O grupo me ajudou em tudo e além de ajudar nos meus problemas de saúde, me ajudou nas minhas amizades, na minha vida, na minha comunicação...eu sempre fui muito comunicativa mas aqui eu fiz mais amizades(Compromisso).

eu gosto assim de ficar perto, quando a gente tá conversando, eu acho muito importante o grupo, eu até esqueço as coisas de casa...Não gosto de ficar preocupada, pensando...Quando eu chego aqui no grupo eu esqueço meus problemas (Amor).

é alegria, é amor, é fazer boas amizades, fazer amizades dentro do grupo. A coisa pior que tem é fazer o que não se quer e no grupo ninguém é obrigado a vir. Vem quem quer e quem se sente do grupo.Eu me sinto do grupo porque aqui a gente tem liberdade de falar, de dialogar (Integração).

Esse refúgio no grupo de educação para o autocuidado foi construído mutuamente por todas as envolvidos no processo grupal e assim foi rompida de forma gradativa a barreira que me separava (profissional de saúde) das mulheres (clientela diabética), pois havia liberdade para o diálogo. O diálogo despertou nas

mulheres a noção de que o grupo não era um espaço para serem orientadas sobre normas do autocuidado sob a lógica biomédica, mas tornou-se espaço de refúgio dos problemas que enfrentam em seu cotidiano que tanto dificultam a vida saudável em diabetes por meio do engajamento.

Para que as mulheres pudessem superar tantas adversidades e se engajar no autocuidado, elas precisaram de apoio e de atitude dialogal comigo, que representava naqueles momentos o profissional de saúde, conforme posso mostrar agora:

Pra mim me cuidar eu preciso de conversar com as pessoas e eu me sentir que preciso melhorar (Esperança).

Preciso de apoio das amigas, da senhora que está acompanhado a gente muito bem..eu estou muito feliz..a senhora está acompanhando a gente até hoje e vai continuar se Deus quiser. E assim sei que vou melhorar cada vez mais (Alegria).

(...)porque as vezes o apoio que nos temos aqui nos não temos em casa, né(...)Só a atenção que vocês tem pela gente, aqui é maravilhoso, maravilhoso (Ânimo).

Aqui no grupo a senhora dá confiança a gente..são poucas que fazem isso. A senhora devolveu a vontade da gente viver e confiança também, porque às vezes a gente ta em casa triste e quando chega aqui deixa tudo do lado do portão (Paz).

Esses depoimentos comprovam que houve o rompimento da relação, hierarquizada enfermeira (opressor) – paciente (oprimido), passando a assumir uma postura de aprendizes da liberdade do diálogo em autocuidado, no qual cada uma, ao exercer seu papel nessa nova relação, o faz como descoberta consciente da importância do outro, sem ameaças, sem regras impostas e sem rigor, com a finalidade de se almejar o engajamento.

As mulheres foram consideradas como pessoas em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo com capacidade para perceber seu papel pessoal e social diante dos desafios colocados a cada momento (L'ABBATE, 1994).

Isso significa dizer que essa relação não se limitou à transmissão de conhecimento, mas expressou uma comunicação interpessoal, um diálogo, em que eu, como profissional de saúde, pude assumir o papel de cuidadora e as mulheres

assumiram o papel de seres participativos capazes de discutir sobre o processo do engajamento no autocuidado e não como alguém que carrega uma patologia.

No processo de engajamento no autocuidado, é preciso que a Educação em Saúde seja como uma combinação de experiências de aprendizagem delineadas, com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Essas ações dizem respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade, para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (GREEN e KREUTER, 1991).

Para que este efeito intencional fosse alcançado, tive de compreender inicialmente que o estímulo do engajamento das mulheres ao ato de cuidar de si não seria possível pela transmissão de um determinado conteúdo ou uma informação sobre autocuidado em *Diabetes mellitus*, mas devia ser pautado na disponibilidade ético-profissional que legitima o ato de cuidar do outro com qualidade.

A partir disto, ocorreu um despertar da importância do autocuidado fortalecido pela confiança das relações estabelecidas, tal como disse Paz:

Aqui no grupo a senhora dá confiança a gente (...) A senhora devolveu a vontade da gente viver e confiança também...

Essa confiança foi um resultado, ainda, da capacitação para o autocuidado construída no grupo, o que remete à recomendação da Carta de Ottawa, quando diz ser essencial a *capacitação de pessoas para o aprendizado durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, inclusive o enfrentamento de doenças crônicas* (BRASIL, 2001).

A partir ainda da confiança estabelecida entre as mulheres, estas encontram no convívio grupal força para reconstruir o engajamento no autocuidado e prosseguir a caminhada para a vida como uma fonte de saúde.

O grupo é mais vida, mais saúde, mais amizade, mais força de vontade de levantar e dizer eu vou viver, recuperar a minha saúde e essa diabetes vai baixar, essa pressão também. Alguém vai ajudar, o grupo todo tá aqui pra me ajudar, pra me dar força, eu não to sozinha tem muita gente como eu.(...) É um grupo de apoio, apoiar em tudo, na

saúde, às vezes até na vida, um desabafo, porque nem com todo mundo você pode contar alguma coisa que aconteceu com você, que às vezes tem dez pessoas e uma lhe ajuda ...ai então o grupo pra mim é muito importante, eu acho muito importante (Ânimo).

O grupo pra mim é uma alegria, tornou-se um grupo de amizade, né, me dá muita alegria, paz. Às vezes a gente chega aqui muito pra baixo e sai lá no céu (Alegria).

Pra mim grupo é a convivência, é uma ajuda, parece que tira a gente de um canto e bota noutra, dá alegria e ajuda muito a gente ser mais feliz (Paz).

O grupo para mim é a ajuda pra vencer as coisas porque antes eu tinha depressão, eu sentia vezes vontade de chorar não tinha ânimo pra nada, ai depois que eu vim pro grupo acabou a depressão e melhorou a minha diabetes; eu fiquei mais alegre, me sinto ótima (Motivação).

A fala de **Ânimo** traduz como os encontros no grupo de educação para o autocuidado serviram como diretrizes para a tomada de decisão sobre o engajamento no autocuidado, quando suscitou o desejo pela vida, pela saúde, pelas amizades construídas e pelo encorajamento de *levantar e dizer eu vou viver, recuperar a minha saúde e essa diabetes vai baixar, essa pressão também.*

Em grupo, foi possível que as mulheres se percebessem em coletividade, como pessoas que dividem as mesmas expectativas com relação ao diabetes, que enfrentam as mesmas adversidades cotidianas ao engajamento, mas, em grupo, não existe solidão, há solidariedade, pois neste espaço as mulheres sabem que *alguém vai ajudar, o grupo todo tá aqui pra me ajudar, pra me dar força, eu não tô sozinha tem muita gente como eu.*

Fica patente que, para que haja engajamento no autocuidado, as mulheres precisam umas das outras, necessitam de um diálogo e assim a saúde em grupo passa a ser compreendida como uma construção conjunta e participativa, consoante o que defende a Carta de Ottawa: a construção em saúde se dá pelo cuidado consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e obter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros (BRASIL,2001).

Essa construção conjunta e participativa estabeleceu as relações interpessoais pela possibilidade de as mulheres se comunicarem, falarem e serem

ouvidas sobre algo que interessava a todas, fazendo com que houvesse sentido engajarem-se no autocuidado pela valorização da vida despertada no grupo de educação para o autocuidado.

Leiamos o que dizem as mulheres:

Eu me sinto gente, eu me sentia um bicho..é mesmo. Antes eu vivia isolada, agora já consigo me entrosar; eu não conseguia dar nem um bom-dia...agora to melhor. Eu me sinto livre (Paz).

Pra mim desde que comecei que eu acho bom né devido a tudo que eu aprendi aqui sobre me cuidar e porque melhorou a minha diabetes (Coragem).

Eu acho que a minha vida renasceu de novo. O grupo me ajudou em tudo e além de ajudar nos meus problemas de saúde, me ajudou nas minhas amizades, na minha vida, na minha comunicação (Integração).

Estes depoimentos indicam o quanto cada uma delas avançou com relação a autocuidado e valorização da vida. Remeto-me ainda ao período de seleção dos sujeitos dessa pesquisa, com base nos déficits de autocuidado, e percebo ainda mais a importância do grupo como facilitador do engajamento no autocuidado e de como essa forma de cuidar transforma a vida das mulheres, fazendo-as reconhecer a sua singularidade e relembrar a sua trajetória como ser humano, estabelecendo a fronteira do antes e depois do grupo. Isto foi retratado no depoimento de **Paz**, que ultrapassou a fronteira do isolamento social, quando disse ... *eu me sentia um bicho....agora eu to melhor.Eu me sinto livre.*

As mulheres olharam para si como pessoa humana, como ser social, que precisa dos outros para se engajar no autocuidado em diabetes e não apenas como alguém que porta uma patologia.

Desta feita, em grupo, foi possível o engajamento no autocuidado porque ensinamos o ato de encorajar a ajuda recíproca—cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural, conforme mencionado na Carta de Ottawa (BRASIL,2001).

Coragem, ciente da sua condição humana, embora passe por tantos problemas com seu filho, portador de doença crônica, encontrou suas respostas no

GEAD e diz que tudo *que eu aprendi aqui sobre me cuidar e porque melhorou a minha diabetes.*

Nas vivências do GEAD, tendo como fundamento a convivência entre as mulheres, houve momento para manifestações das emoções humanas, tais como cantar, brincar, dançar, rezar, aprender, ser livre, ser em grupo, ou seja, traduzindo tudo pelo depoimento de **Integração**: *grupo me ajudou em tudo e além de ajudar nos meus problemas de saúde, me ajudou nas minhas amizades, na minha vida, na minha comunicação.*

Isso indica ter havido, em grupo, além de uma cooperação para o engajamento no autocuidado em diabetes, a resolução de conflitos individuais de modo eficaz, criando condições para viver em comunidade, tornando-se um agente coletivo capaz de pensar sobre suas vidas, promovendo assim a tomada de decisão sobre o viver sob autocuidado. Neste espaço de convívio, também se dividem alegrias, risos que podem servir a muitos que chegam em condição de tristeza e desânimo.

Desta forma, é lícito dizer que o GEAD funcionou como promotor da saúde, valorizando as mulheres como indivíduos, fazendo com que se percebessem como alguém responsável pela sua vida. A vida é valorizada em grupo, onde também se dividem expectativas, uns com os outros, de pessoas que precisam de diálogo para se *sentir gente*, conforme afirmativa de **Paz**.

Esse *sentir gente* aconteceu porque, em grupo de educação para o autocuidado, cada mulher foi focalizada como pessoa integral, com liberdade para mostrar-se como peessoa histórica, capaz de refletir e transformar sua realidade de saúde, com liberdade de escolhas a fim de construir o engajamento no autocuidado.

O engajamento no autocuidado ocorreu porque houve uma mudança de atitude das mulheres por via do aprendizado construído gradativamente, sem regras rigorosas, sem "lista de fome", mas de forma prazerosa e consciente para a busca de um viver saudável e que culmine em uma conscientização sobre o valor para a vida de cada uma sobre a adesão ao ato de cuidar-se.

É o que Minkler (1985) chama de *empowerment*, isto é, um processo pelo qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos.

Ainda sobre *empowerment* Laverack (2001) diz que ele está diretamente relacionado ao desenvolvimento de programas que promovam nas comunidades uma consciência crítica sobre sua realidade vivida.

Alguns depoimentos mostram como essa maneira de aprender em grupo favoreceu a tomada de decisões sobre o autocuidado, o que culminaria no engajamento:

É, é mesmo muito bom...Ficar perto dos outros...A gente aprende e a gente ensina.(...)eu gosto de aprender no grupo com as outras colegas. antes de vir pro grupo eu sabia muita coisa que a gente não deveria fazer, né? Mas depois que eu entrei no grupo eu sei o que devo e o que não devo fazer (Força).

é no grupo nos entendemos muitas coisas porque uma coisa é ser atendida no consultório e outra é ser do grupo (Saúde).

No GEAD a figura da mulher diabética como paciente no sentido de “ser passivo no cuidado” deixa de existir e cede lugar à pessoa diabética como “ser agente de sua vida”, capaz de compreender que, nesse processo de viver em autocuidado, *a gente ensina e a gente aprende* e assim é estabelecida a distinção entre *o eu sabia muita coisa que a gente não deveria fazer e o que eu devo e o que eu não devo fazer*, a partir de uma capacitação construída em ambiente de liberdade, *porque uma coisa é ser atendida no consultório e outra é ser a do grupo*.

Portanto, na relação dialógica com essas mulheres, sujeitos ativos desse processo, devem ser reconhecidas a dignidade e a integridade das pessoas envolvidas, estabelecendo-se uma relação de reciprocidade e crescimento com vistas ao engajamento no autocuidado.

Fazendo assim, estaremos seguindo a recomendação contida na Carta de Ottawa aos serviços de saúde, ou seja, de que façam uma mudança de atitude e de organização para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral (BRASIL, 2001).

O reconhecimento das mulheres como sujeitos ativos do processo de engajamento com dignidade humana é um modo de reconhecê-las como pessoas integrais que são, já que assim podemos focalizar as suas necessidades por intermédio de uma Educação em Saúde norteadada pela liberdade do dialogo e da manifestação de sentimentos que favorecem o engajamento no autocuidado.

Atitudes de engajamento cotidiano como possibilidade de garantia à saúde

O engajamento no autocuidado permeado pela educação, em que o diálogo e a liberdade foram cultivados nas atividades do grupo de educação para o autocuidado, foi imprescindível para que as mulheres pudessem ser tornar autônomas, participativas, responsáveis para tomar decisões quanto ao engajamento.

Desta forma, vencendo as dificuldades socioambientais e de adaptação à incorporação de atitudes de autocuidado, as mulheres se engajaram nas caminhadas, na escolha de alimentos saudáveis, na continuidade do uso de medicação, enfim, na incorporação gradativa do engajamento, conforme se constata nos depoimentos seguintes, reiterando assim que o grupo favoreceu o engajamento no autocuidado:

(...)todo dia em faço caminhada, mas por causa do grupo. Eu nunca tinha feito caminhada. Eu aprendi muitas coisas, eu aprendi a fazer caminhada..Eu agora gosto de fazer caminhada.Eu acho que eu estou ótima desde que aprendi no grupo a fazer caminhada (Amor).

O grupo ajudou na minha caminhada, né..de não usar aquilo que eu pensei que não faria mal..Graças a Deus prá mim é uma maravilha (Força).

A alimentação eu vou levando, a dieta, aprendendo aqui no grupo com outras mulheres que tem diabetes, e vou levando a dieta. É tanto que agora me dou com a dieta porque eu comia muito antes e agora eu como menos. Agora eu me dou bem com a dieta (Esperança).

(...)porque eu comia coisas que faz mal ao diabetes e aí devido as orientações do que podia comer, então to me saindo dessas comidas, porque se não fosse isto, eu não vou mentir não, não tinha saído das comidas não, mas eu agradeço muito ao grupo que ta me ajudando demais (Coragem).

Amor e **Força** incorporaram a caminhada como recurso para o engajamento. **Esperança** procura alimentar-se saudavelmente e **Coragem** utiliza medicação de forma adequada, sem interrupções no tratamento, além de constatar perda de peso.

Tais atitudes que denotam engajamento podem parecer simples, mas não para essas mulheres que vivem enfrentando tantos fatores adversos à vida e com dificuldade de aceitação de sua condição como diabética. Deve-se compreender que, quer seja para realizar uma caminhada, quer seja para alimentar-se de forma saudável ou usar uma medicação, muitos obstáculos se erguem nessa caminhada do engajamento.

As mulheres, contudo, não se retraíram ante essa realidade demasiadamente dura; ao contrário, trilharam o caminho para o engajamento no autocuidado, assumindo responsabilidades inerentes à sua condição.

Acredito ser importante contextualizar o processo do engajamento de algumas delas:

Amor não realizava caminhada porque o tênis que tinha era de seu filho, e o pé dele era bem maior do que o seu. Lembro-me de que, quando a vi pela primeira vez usando tênis, ela me disse que estava muito envergonhada por usar algo maior que seu pé. Apesar disto, adaptou-se e engajou-se em caminhadas.

Força, apesar de residir numa área extremamente violenta e de ouvir piadas e críticas quando saía de casa para caminhar, adotou esse comportamento e percebe melhora em sua saúde.

Coragem, malgrado tantas idas e vindas ao hospital com seu filho de seis anos, portador de doença renal, o que a fez faltar por alguns dias às atividades grupais, procura utilizar a medição adequadamente e faz dieta da melhor maneira possível; e está feliz por estar diminuindo de peso, o que a deixa motivada a prosseguir no engajamento no autocuidado.

As mulheres se engajaram no autocuidado pelo enfrentamento das adversidades da realidade da vida cotidiana, por via da relação com outras na

situação face a face, o que lhes tornou possível a expressividade de experiência cuja falta tanto lhes dificultava a adesão de atitudes e atos de autocuidado. Sem dúvida, essa expressividade capacitou as mulheres a encontrarem uma possibilidade de recuperar a cidadania para a vida mediante o engajamento.

Isto me faz lembrar ainda a reflexão sobre a natureza do ser humano no contexto do processo pedagógico, feita por Freire (1977), ou seja, a de que ele é *um ser da práxis, da ação e da reflexão*.

O engajamento no autocuidado como ação reflexiva não pode ser conduzido em separado do contexto e da realidade vivida das mulheres que estão envolvidas no *continuum* de construção da saúde por meio da *práxis* cotidiana do autocuidado, da *ação* do cuidado e da *reflexão* sobre o autocuidado em diabetes.

Catrib et alii (2003) concordam com a noção de que a reflexão-ação é capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para outras em grupo.

Nesse *moto continuo* de reflexão, as mulheres consolidaram a ação do engajamento no autocuidado, seguindo-se a isto a promoção da saúde, pois elas apontaram para a transformação dos processos individuais e de tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde. Por conseguinte, o engajamento no autocuidado deu-se como mecanismo da promoção da saúde por incrementar decisões e ações que as mulheres tomaram e exercitaram em benefício de sua própria saúde, conforme registrado nos depoimentos:

Porque eu não sabia, eu não ligava e agora eu me cuido, não estou comendo mais do jeito que eu comia..tô comendo mais diferente (Motivação).

(...) eu antes de vir pra esse grupo eu comia só tudo(...) agora tô fazendo o tratamento, tô fazendo tudo certinho e tô me dando muito bem (Esperança).

Eu aprendi a comer menos, a me controlar mais, é difícil, mas tô conseguindo. É duro, mas tô conseguindo (Persistência).

(...) porque eu comia tudo que tinha pela frente...comia mesmo e não tava nem aí, (...) tô conseguindo diminuída a comida..eu tô conseguindo..tá difícil mas tô conseguindo(Paz).

(...)eu nunca pensei em ter a saúde que tenho agora porque eu sei me cuidar , eu como só o que posso comer pra diabetes e tudo isso eu aprendi aqui no grupo (Esperança).

(..)tenho mais cuidado, melhorei bastante nas coisas que fazia que não estou fazendo mais porque sei que não é bom pra mim,né?(...) eu tenho aprendido que não posso exagerar (Alegria).

O exercício eu fazia errado...aprendi a forma de caminhar certo, de me alongar..eu vim compreender que a caminhada era pra ser feita de forma que também aliviasse a mente(Ânimo).

Eu vivia só em casa e só deitada (risos), vivia cansada e com cansaço nas pernas mas agora que aprendi a caminhar, a diabetes parou de subir e baixar porque era um tal de sobe e desce; mas agora tá controlando um pouco mais (Tranqüilidade).

Agora tomo meu remédio direito e como as coisa que posso.(...) eu já me sai do pão, me sai do macarrão, eu uso adoçante(..) eu faço tudo isto (Coragem)

Todo dia quando eu levanto pra caminhar eu digo:obrigado por mais um dia de vida(Saúde).

Eu sei o que devo e o que não devo fazer.(...) o grupo ajudou na minha caminhada (Força).

O engajamento no autocuidado foi construído pelas mulheres, de *per se*, e estas se mostram como sujeitos efetivamente capazes para escolher as ações de cuidado com o propósito de alcançar a saúde em sua plenitude.

Motivação, Esperança, Persistência, Alegria, Paz e Esperança engajaram-se no autocuidado pela habilidade de redefinir o plano alimentar, embora considerem não ser uma fácil tarefa, ao contrário exige delas esforço e compromisso.

Ânimos, Tranqüilidade, Saúde e Força incorporaram à sua vida de cuidado a caminhada como habilidade para alcançar aquilo que tinham como propósito.

Evidentemente, isto demonstra o interesse despertado nas mulheres em repensar uma nova prática de autocuidado, aderindo aos hábitos, tais como a alimentação saudável e a realização de caminhada, rompendo aos poucos com as barreiras que se erguiam e que as impediam à capacitação do autocuidado.

Essa capacitação, aos poucos realizada, bem como a mudança de comportamento de cada mulher, não foram decisões individuais, mas grupais, pelo

olhar crítico de si mesmas em grupo e pela influência das outras ao ato de cuidar-se.

Para Levy (2000), a Educação em Saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, não apenas pela sua própria saúde, mas também pela saúde da comunidade, merecendo consideração como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde.

Dessa forma, em engajamento no autocuidado, as mulheres tornaram-se cidadãs participativas e críticas do cuidado, estreitando, ainda, por intermédio desse comportamento participativo, o relacionamento entre a comunidade em que vivem e o NAMI.

Tudo isso culminou na promoção da saúde das mulheres por meio do engajamento no autocuidado que pode ser comparado ao incremento do poder (*empowerment*) comunitário e pessoal, pelo desenvolvimento de habilidades e atitudes, conducentes à aquisição de poder técnico (saberes) e político para atuar em prol de sua saúde, como propõe a Carta de Ottawa (BRASIL, 2001).

O incremento do poder tornou as mulheres com capacidade de se engajarem no autocuidado, pois houve um despertar da conscientização crítica sobre sua realidade vivida, de forma participativa, com vistas à transformação de sua condição de vida/ de saúde.

O engajamento das mulheres partiu do princípio da discussão participativa sobre modos de autocuidado em diabetes em conexão com a realidade vivida, para levá-las a uma reflexão sobre sua conduta e, a partir disto, criar força que emerge do grupo para reconstruir o engajamento com um viver saudável.

Denomino isto de retroalimentação de cuidado: as dificuldades que cada mulher considerava sobre o engajamento foram compartilhadas e confrontadas com as dificuldades das demais integrantes no grupo. Foi via dessa reflexão mútua sobre o engajamento que se construiu o compromisso grupal, pela participação efetiva de todos.

Evidenciei, assim, pelo engajamento das mulheres, que, ao trabalhar com grupo, estive capacitando essas pessoas à realização completa do seu potencial de saúde, incluindo acesso a informações, experiências e habilidades para a vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia, conforme determina a Carta de Ottawa (BRASIL, 2001).

A escolha pelo engajamento suscitou nas mulheres os sentimentos de capacidade e segurança no autocuidado, além da satisfação pessoal pela constatação das repercussões benéficas na saúde, como vemos nas suas falas:

O meu colesterol baixou e estou muito feliz (Paz).

(...)com as orientações do que era bom e o que não era bom fazer, agora to controlando a diabetes um pouco mais e to mais feliz (Persistência).

(...)Minha diabete baixou mais. O grupo trouxe muitos beneficios pra gente e a gente agradece a todos e tudo bem (Alegria).

Hoje eu to bem graças a Deus, não sinto nada, dor nas pernas nem tontura, graças a Deus (Esperança).

E ai eu aprendi a fazer caminhada todo dia.. e to perdendo peso...(Tranqüilidade).

(...)Com as orientações eu aprendi o que devia fazer ... tudo melhorou pra mim (Saúde).

(...) eu sinto assim que depois que eu comecei nessa comunicação até minha pressão é boa, nunca mais eu fui pra hospital assim pra me internar, nunca mais tive crise pra me levarem as carreiras pro hospital de pressão alta, com diabetes alta, com depressão também (Integração).

As mulheres destacam o modo como o engajamento no autocuidado concorreu para a melhoria de qualidade de suas vidas, quer seja diminuindo a taxa de colesterol, reduzindo os níveis glicêmicos, reduzindo peso, minimizando sintomas de hiperglicemia e níveis de pressão arterial.

O engajamento no autocuidado e a constatação de benefícios à saúde foram possíveis em virtude da implementação das atividades de grupo como uma prática de cuidado, na qual a promoção do autocuidado como conceito de vida saudável capacitou as mulheres à compreensão e incorporação do engajamento no cotidiano.

As atitudes de engajamento incorporadas ao cotidiano das mulheres mostram que a concepção de promoção da saúde ocorreu por meio de desenvolvimento de habilidades e atitudes, conducentes à aquisição de poder técnico (saberes) e político para atuar em prol de sua saúde, como propõe a *Carta de Ottawa* (BRASIL,2001).

Convém destacar o fato de que, a partir da vivência grupal, essas mulheres puderam enfrentar o cotidiano com diabetes, vencendo as adversidades que se opõem ao cuidado contínuo de si. Essa vontade de viver em engajamento foi conseguida em grupo após discussões e redefinições de cuidado em diabetes durante todo o processo de troca de vivências e dos debates sobre os problemas concretos das participantes.

Paulatinamente, as mulheres construíram a promoção da saúde, por possibilitarem o desenvolvimento pessoal e social com a incorporação das informações reflexivas, da Educação para a Saúde e intensificação das habilidades vitais (BRASIL,2001).

Considero o desenvolvimento pessoal das mulheres um fator significativo na melhoria da confiança, da satisfação com a vida e da capacidade de desenvolverem habilidades de autocuidado. Este envolvimento despertou nas mulheres à vontade de construir o autocuidado em conexão com a realidade do seu contexto vivido. Assim se processou o engajamento no autocuidado das mulheres em estudo.

Não posso deixar de destacar o fato de que, além do engajamento no autocuidado, as mulheres despertaram motivações para a vida, em busca irrefreável de restauração pessoal e existencial. Por isso destaco dois depoimentos, para representar todas as mulheres que participaram desta pesquisa, sobre como o GEAD favoreceu o engajamento no autocuidado e à vida:

De primeiro me sentia assim dentro de casa entre quatro paredes com as porta fechadas, trancada, pelejando abrir pra sair mas não podia né? Por que? Porque lá fora não tinha um apoio, um apoio que a gente tem hoje aqui, de amigas das doutora da unifor que acompanham a gente, eu gosto das minha amigas aqui. Sou diabética mas

agora to me cuidando,tem tempo que ta alta, tem tampo que ta baixa mas dá pra ir levando o barco. (Integração)

Antes do grupo eu era igual uma tartaruga malvada e hoje me sinto uma abelha voando no espaço, e obrigada.Eu espero melhorar muito mais, com todo mundo pra me ajudar eu vou conseguir mais saúde e mais felicidade.Eu estou me dando muito bem no grupo porque quando eu entrei a diabetes tava muito alta e agora depois que to me cuidando já ta mais baixa (Amor).

Os depoimentos de **Integração** e **Amor** têm similaridade no sentido de que ambas sentiam-se aprisionadas a sua condição de doente, sem motivação, sem força e sem apoio para mudar esse modo de olhar a sua condição de diabética. A doença as estava oprimindo e impedindo um viver em sociedade.

Integração sentia-se numa situação de aprisionamento, ao perceber-se trancada em sua casa, sem forças para abrir a porta; posso dizer que estava aprisionada à sua própria condição, sem motivação para recomeçar a vida e comportar-se de modo cuidador, isolando-se em si mesma, sem força para viver em grupo. O engajamento no autocuidado foi possível pelo apoio de todas as envolvidos nesse processo como constatado na sua afirmação: (...) *Sou diabética mas agora to me cuidando,tem tempo que ta alta, tem tampo que baixa mas dá pra ir levando o barco.*

Já **Amor** fala sobre a sua condição existencial antes de participar das atividades de educação para o autocuidado ao comparar-se com uma tartaruga, mas, agora, depois de vivenciar o acompanhamento grupal, sente-se como uma abelha. Uma tartaruga é um animal protegido por uma carcaça dura, rígida, quase que inatingível aos outros e, quando amedrontada, esconde a cabeça dentro dessa rígida carcaça. Talvez, **Amor**, ao mencionar esse animal, pretendesse dizer que estava tão rígida quanto o seu modo de viver, a ponto de esconder-se dos outros. O grupo possibilitou a ela olhar a vida sob uma perspectiva mais ampla, fazendo-a mudar o sentido que dava à vida em diabetes. Agora se percebe livre para sair do chão e voar, para tomar decisões sobre o autocuidado, *pois agora que estou me cuidando.*

Ambas, **Integração e Amor**, renovaram as forças no grupo para vencer a "solidão autocuidativa" e transformaram-se para enfrentar as adversidades do cotidiano do cuidado de maneira grupal.

Sentimentos como tristeza, desânimo e solidão foram manifestados pelas mulheres como aqueles que comprometiam seriamente o cotidiano de suas vidas, *impelindo-as a incorporar atitudes anti "cuidativas" em diabetes, prejudicando-as no seu modo de vida e no sentimento que tinham acerca de si mesmas.* Com o agrupamento humano, houve o cessar desses sentimentos e o engajamento no autocuidado foi possível.

Esses relatos e os demais trazidos no decorrer de toda a discussão me permitem dizer que muitos dos déficits de autocuidado encontrados no momento da seleção dos sujeitos dessa pesquisa foram minimizados a partir da compreensão de como eles se manifestavam e por quais razões eles surgiram.

Cabe destacar que, uma questão central ao engajamento no autocuidado, foi a noção de que o grupo é o norte para a tomada de decisões que promovam a vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa foi desenvolvida a partir da observação de que os diabéticos têm dificuldade de adesão no autocuidado, o que compromete sobremaneira a sua saúde. Esta constatação se transformou em inquietação, que manifestei por intermédio das seguintes questões centrais: *como estimular o autocuidado contínuo? Como ensinar ao diabético a verbalização de suas dificuldades em relação ao seguimento do tratamento?*

Compreendi que essas perguntas poderiam ser respondidas pelo método científico e assim iniciei minha trajetória investigativa, com o objetivo de analisar o processo de engajamento no autocuidado em pessoas diabéticas que participaram de vivências grupais de educação, no Núcleo de Atenção Médico Integrada-NAMI, partindo da tese de que **o trabalho em grupo é uma estratégia facilitadora do engajamento do diabético no autocuidado.**

Elegi a pesquisa-ação, pois esta me permitiu criar condições para que, durante todo processo de investigação, as mulheres, de forma participativa e dialogada alcançassem o engajamento no autocuidado pelo desenvolvimento de habilidades de cuidado.

No início do mês de março de 2003, realizei a seleção dos sujeitos a partir dos indicativos dos déficits de autocuidado, tal como estabelece Orem (1995), totalizando 18 diabéticos (15 mulheres e 3 homens) e, destes, 13 mulheres permaneceram até o final da pesquisa. No período de março a setembro de 2003, realizamos 20 encontros do grupo de educação para o autocuidado em diabetes e em outubro de 2003, encerramos a pesquisa, utilizando o grupo focal para coletar os depoimentos das mulheres que vivenciaram o processo de engajamento.

Os dados foram organizados e analisados em três etapas: na primeira, apresentei os sujeitos do estudo e os respectivos déficits de autocuidado. Na segunda etapa, trouxe a programação e execução das atividades do grupo de educação para o autocuidado em diabetes, utilizando o referencial da Teoria do Déficit do Autocuidado, de Orem (1995), e a exposição do processo de engajamento no autocuidado de cada diabética que participou das atividades do grupo e, ao final, realizei análise fundamentada em estudiosos sobre educação em diabetes. Na

terceira etapa, interfaces do processo de engajamento no autocuidado, os dados foram coletados por meio do grupo focal e organizados com base em Bardin (1979), enquanto que a análise se fundamentou nas Conferências da Promoção da Saúde e estudiosos sobre a Educação em Saúde.

Os resultados indicaram que os déficits de autocuidado que dificultavam o engajamento das mulheres foram: limitação para fazer julgamento, indicativo de desequilíbrio de manutenção da saúde, falta de conhecimento sobre sua condição de saúde.

Constatai que os déficits identificados estão relacionados aos fatores biológicos e psicossociais, o que me leva a considerar que a inter-relação desses fatores pode influenciar no engajamento no autocuidado das diabéticas.

Dessa forma, os seguintes critérios de análise de engajamento foram elaborados: engajamento total, engajamento parcial e não-engajamento. A totalidade das mulheres (13) se engajou no autocuidado, sendo que 8 desenvolveram habilidades para lidar com todos os déficits de autocuidado—engajamento total—e as demais (5) desenvolveram pelo menos uma das habilidades para lidar com os déficits de autocuidado.

O engajamento no autocuidado foi consolidado pelas mulheres quando desenvolveram habilidades “cuidativas”, tais como a participação em grupo de caminhadas na Comunidade do Dendê, grupo este formado a partir das mulheres que compuseram esta pesquisa. Atualmente, esse grupo está sob a coordenação de uma professora de Educação Física, da UNIFOR.

A continuidade do tratamento farmacológico foi um modo de engajamento das mulheres, a partir das discussões reflexivas e contextualizadas à realidade vivida por elas, levando-as à compreensão dos benefícios à saúde. Nesse processo de engajamento, as mulheres se depararam com a falta de medicação no NAMI, tendo de recorrer a outras instituições de saúde e às famílias para não serem prejudicadas.

A adesão à alimentação saudável mostrou-se como um grande desafio a ser vencido, pois, muito embora algumas mulheres tenham incorporado uma nova opção alimentar, esta não é feita de forma prazerosa e contínua, quer seja por problemas econômicos para comprar alimentos mais saudáveis, quer por fatores culturais, já há muito incorporados por elas.

O desconhecimento e as dúvidas sobre a patologia foram minimizados, pois foi construído conhecimento, considerando o nível de escolaridade das mulheres, permitindo assim um diálogo, aprendizado mútuo, o que facilitou o engajamento no autocuidado, pois as orientações se tornaram exequíveis e compreensíveis.

É preciso, porém, considerar que essas mulheres vivem à margem das condições fundamentais de saúde, tais como a paz, condições dignas de vida humana, moradia, acesso aos serviços de saúde. Tudo isto, além da não-aceitação da doença, interfere no engajamento do autocuidado das mulheres.

Isso ocasiona uma explosão de conflitos nas mulheres no que diz respeito ao engajamento no autocuidado, já que elas convivem no cotidiano com muitos fatores que desfavorecem o processo de viver em saúde. Convivendo com a violência, desigualdade social, desemprego, fragilidade dos serviços de saúde, falta de condições financeiras para comprar alimentos adequados e sendo atendidas no modelo hegemônico que prioriza os aspectos biológicos, as vivências em grupo de educação para o autocuidado ensejaram o engajamento no autocuidado dessas mulheres.

O processo de engajamento em grupo foi possível porque as mulheres encontraram chance e instrumentos para potencializar o autocuidado, mediante a capacitação para o enfrentamento das adversidades cotidianas, pelo diálogo entre todos os integrantes, o que originou autonomia e confiança "cuidativa". Houve uma co-construção dialógica, possibilitando o engajamento no autocuidado pela compreensão dos fatores biológicos e psicossociais que norteiam o processo de engajamento.

Ficou demonstrado que o grupo facilitou o engajamento no autocuidado das mulheres, mas que esse engajamento não pode ser visto como uma opção para executar uma orientação e sim como uma vontade para cuidar-se em diabetes, no sentido de cuidar-se para a vida. Essa compreensão foi obtida na medida em que as mulheres exteriorizavam seu viver cotidiano e eram fortalecidas mutuamente no processo grupal, com vistas ao engajamento no autocuidado, construído processualmente.

Posso dizer que no grupo houve uma relação interativa, de parceria e de igualdade, não desconsiderando as posições e traços de cada mulher que integrava o grupo, constituindo-se um local de refúgio e de produção de bem-estar humano. Nessa perspectiva, como enfermeira, vivenciei o rompimento do discurso hegemônico a partir dos discursos do senso comum, dos experienciados no cotidiano das mulheres diabéticas sobre o engajamento no autocuidado.

Para continuar capacitando, porém, essas mulheres ao engajamento no autocuidado em grupo, torna-se imprescindível a parceria dos profissionais das outras áreas de conhecimento, tais como os de Direito, Sociologia, Economia, Psicologia e Arquitetura. A promoção da saúde dos diabéticos não pode ser feita de forma especializada, excluindo outras profissões e pessoas comuns. Além desses profissionais, os componentes familiares também devem participar dos encontros de grupo para que auxiliem no processo de engajamento dessas mulheres.

Considero o trabalho em grupo como ferramenta essencial na luta para que as mulheres diabéticas desenvolvam habilidades e incorporem ações "cuidativas" no cotidiano. A perspectiva grupal aponta para a construção de uma prática de saúde das-diabéticas com base no diálogo, aproximação e reeducação processual para o autocuidado.

Assim, abriu-se a possibilidade de construir conjuntamente as habilidades de autocuidado, ensejando ações específicas e favorecendo o engajamento do autocuidado em diabetes.

7 REFERÊNCIAS

ADORNO, S.. Exclusão socioeconômica e violência urbana. *Sociologias*, Porto Alegre, n.8, p.84-135, jul/dez. 2002.

AGUDELO, S.F. La violencia: um problema de salud publica que se agrava em la region. *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, n.11, p.1-7.1990.

ALMEIDA, H.G.G.de.; TAKAHASHI, O.C.; HADDAD, M.do.C.L.; GUARIENTE, M.H.D.M.; OLIVEIRA, M.L.de. Avaliação dos conhecimentos teóricos dos diabéticos de um programa interdisciplinar. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.3, n.2, p.145-164, jul.1995.

ALONSO, I.L.K. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. *Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis, v.8, n.1, p.122-132, jan/abr.1999.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Position stand. Exercise and type 2 diabetes. *Med Sci Sports Exerc*, v.35, n.4, p.1-13.2000.

ARAÚJO, R.B.; SANTOS, I. dos; CAVALETI, M.A.; COSTA, J.S.D. da. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n.1, p.24-32.1999.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I. da S. dos S.; COSTA, J.S.D. da. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com *Diabetes mellitus*, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 205-211, jan/fev. 2002.

ATAIDE, M.B.C; PAGLIUCA, L.M.F; DAMASCENO, M.M.C. Interrelação dos propósitos da teoria de Peplau com o cuidado ao diabético. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.55, n.6, p.674-679.2003

BARBOSA, R.B.; BARCELÓ A.; MACHADO, C.A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de *Diabetes mellitus* no Brasil: relatório preliminar. *Rev. Pnam Salud Publica/Pan Am/Public Health*. Washington, v.10, n.5, p.324-327. 2001.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1979.

BARRETO-FILHO, J.A.S; CONSOLIM-COLOMBO, F.M.; LOPES, H.F. Hipertensão arterial e obesidade: causa secundária ou sinais independentes da síndrome plurimetabólica? *Rev. bras. Hipertensão*. vol.9, n.2, abr-jun, 2002.

BARROS, C.A.S.M. de. Grupos de auto-ajuda. In: ZIMMERMAN. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997. p.107-117.

BASCH, C.E. Focus group interview: um underutilized research technique for improving theory and practice in health education. *Health education quaterly*, New York, v.14, n.4, p.411-448, winter.1987.

BEUTER, M. Prática de atividades lúdicas com mulheres portadoras de câncer no contexto hospitalar. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.7, n.3, p.73-84, set./dez.1998.

BICUDO, S.D.S. *Estilo de vida em portadores de Diabetes mellitus tipo 2: um enfoque diferenciado para a prática da Enfermagem*. Rio de Janeiro: 2000. 197 f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Plano Nacional de Reorganização de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus no Brasil*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Declaração de Alma – Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega países e Declaração do México*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. *Plano Nacional de Reorganização de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRAVEMAN, Paula; GRUSKIN, Sofia. Pauvreté, justice sociale, droits de l'homme et santé. *Bull World Health Organ*, 2003, vol.81, n.7, p.539-545.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.2, p.209-213. 1997.

CAREY, M.A. The group effect in focus group: planning, implementing, and interpreting focus group research. IN: MORSE, J.M. (ed) *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage. 1994. p.225-241.

CATRIB, A. M.F.; PORDEUS, A.M.J.; ATAIDE, M.B.C.de.; ALBUQUERQUE, V.L.M.de.; VIEIRA, N.M.F. Promoção da saúde –saber fazer em construção. In: BARROSO, G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VIEIRA, Z.M.de V. (org). *Educação em Saúde no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003. Parte 2, p.31-38.

CHINN, P.L.; KRAMER, M.K. *Theory and nursing- a systematic approach*. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1999.

COCCO MIM. Práticas educativas em saúde e a construção do conhecimento emancipatório. In: BAGNATO MHS, COCCO MIM, SORDI MRL, organizadoras. *Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares*. Campinas, SP: Alínea, 1999. p.63-70.

DAMASCENO, M.M.C.; ROCHA, T. de J.; LINO, R.L.P.; CARVALHO, Z.M.F. Problemas identificados na clientela diabética: análise quantitativa. *Rev. Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.19-28, maio.1995.

DAWSON, S.; MANDERSON, L.; TALLO, V.L. *The focus group manual*. Genebra: UNDP/WORLD BANK/WHO, 1992.

DEMO, P. *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. Campinas, SP: Papirus, 2001.

DENNIS, K.E.; PRESCOTT, P. A. Florence Nightingale: yesterday, today and tomorrow. *Adv. Nurs. Sci.*, v.7, n.2, p.66-71.1985.

DOTA. Comité de Educación. Normas para el desarrollo de programas de educación sobre la diabetes en América. *Rev. Panam Salud Publica*, Washington, v.10, n.5.2001.

DURAN, E.C.M.; COCCO, M.I.M. Software educativo sobre *Diabetes mellitus* para profissionais de saúde: etapas de elaboração e desenvolvimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p.104-107, jan/fev.2003.

FARIA, E.M. Comunicação e informação-instrumentos para a transformação da prática dos serviços de saúde. *Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis, v.4, n.1, p.47-59, jan/jun.1995.

FERNANDES, W.L. *Assistência de Enfermagem ao diabético jovem embasada no autocuidado*. 1995. 120 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade-Federal da Paraíba, João pessoa, 1995.

FONSECA, A. H. L. *Grupo: fugacidade, ritmo e forma - Processo de grupo e facilitação na psicologia humanista*. São Paulo: Ágora, 1988.

FONTANA, A.; FREY, J.H. Interviewing: the art and science. In: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994. p361-376.

FREIRE, M. O que é um grupo? In: GROSSI, E.P.; BORDIN, J (org). *Paixão de aprender*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992. p.59-68.

FREIRE, P. *Extensão ou Comunicação?* Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1977

_____. *Educação e Mudança*. 24ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2001

FUENTE, K.E.; MERCY, J.A.; DAHLBERG, L.L.; ZWI, A.B. *The World Report on Violence and Health*. *Lancet*, v.5, n.360, p.1083-1088, oct. 2002.

GAGLIARDINO, J.J.; HERA, M.de.; SIRI, F. Avaliação da qualidade da assistência ao paciente diabético na América Latina. *Diabetes Clínica*, v.6, n.1, p.46-54. jan/fev.2002.

GIOVANELLA, L.; VAITSMAN, J.; ESCOREL, S. et alii. Salud y desigualdad: instituciones y políticas públicas en el siglo XXI. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, vol.11, n.5, p.466-470, May/June. 2002.

GÓMEZ, E. G. Equity, and access to health services: an empirical approximation. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, vol.11, n.5, p.327-334, maio/jun. 2002

GONZALES, R.M.B. A autopercepção-um trajeto vivenciado por enfermeiras. In: GONZALES,R.M.B.; BECK,C.L.C.; DENARDIN,M.de L. *Cenários de cuidado:aplicação de teorias de Enfermagem*. Santa Maria: Pallotti,1999. Parte I,p.15-59.

GREEN, L.W. & KREUTER, M.W. *Health promotion planning, an educational and environmental approach*. 2nd. ed., Mountain View: Mayfield Publishing Company, 1991.

GUARIENTE,M.H.D.M.;TAKAHASI,O.C.;HADDAD,M.C.L.;HIRAZAWA,S.A.Autocuidado em diabetes. In:ALMEIDA,H.G.G. de (org) *Diabetes mellitus: uma abordagem simplificada para profissionais de saúde*. São Paulo: Atheneu, 1997. P-47-54.

IDE,C.A . C.; CHAVES,E.C. A intervenção do enfermeiro na assistência ao diabético. *Rev.Esc.Enf. USP*, São Paulo, v.26,n.2,p.187-204,ago.1992.

JOHNSON,D. Focus groups. In: ZWEIZIG,D et alii. *Tell it! Evolution sourcebook & training manual*. Madison:SLIS,1994.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde:uma nova abordagem. *Cad.Saúde Publica*. Rio de Janeiro,v.10,n.4,p.481-490.1994

LAVERACK, G., An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Development Journal* -Oxford University, England, n.36, p.134-146. 2001.

LEINO M, RAITAKARI OT, PORKKA KV, TAIMELA S, VIKAR JS. Associations of education with cardiovascular risk factors in young adults. *Int J Epidemiol* 1999; 28:667-75.

LEITE,A.M.; GONÇALVES,R.; STEFANELLI,M.C.; BONADIO,I.C. Jogo educativo na orientação grupal de puérperas em alojamento conjunto:uma estratégia de educação para a saúde. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.7, n.3, p.59-72, set./dez.1998.

LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria :Pallotti,2001.

LESSA,I. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do *Diabetes mellitus* In: *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade-Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1998. p.223.238

LEVY, S., 2000. Programa Educação em Saúde. Outubro 2000 <<http://www.saúde.gov.br/programas/pes/pes/index.htm>>. Acesso em: 10 maio 2004.

LIMA, M.A.D. da S. Educação em Saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de Enfermagem. *Rev. gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.17, n.2, p.87-91, jul.1996

LOURO BERNAL, I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*, Habana, vol.29, no.1, p.48-51, jan/abr.2003.

LUCE, M. et alii. O preparo para o autocuidado do cliente diabético e família. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.25, n.2, p.137-152, ago.1991.

LUCKESI, C. C., *Filosofia da Educação*. São Paulo: Cortez Editora, 1994.

MACDOUGALL, C.; BAUM, F. The devil's advocate: a strategy to avoid group think and stimulate discussion in focus group. *Qualitative health research*, v.7, n.4, p.532-541.1997.

MADJAROF, S. *A atuação do enfermeiro na educação de pacientes idosos diabéticos*. 2001. 240 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

MAILHIOT, G.B. *Dinâmica e gêneses dos grupos*. São Paulo: Duas Cidades, 1981.

MARICATO, E. *Metrópole na periferia do capitalismo: ilegalidade, desigualdade e violência*. São Paulo: Hucitez, 1996.

MARINEAU, R.F. *Jacob Levy Moreno 1889-1994: pai do psicodrama, da sociometria e da psicoterapia de grupo*. São Paulo: Agora, 1992.

MATOS, M.C.G.; BRANCHTEIN, L. Tratamento da hiperglicemia. In: DUNCAN, B.B et alii.. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004. cap.67, p.657-668. Cap.69, p.677-689.

MCKINLAY, J. B. Health promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. *Can. J. Public Health*, Ottawa, v.83, sup.1, p.9-11.1992.

MELEIS, A.I. *Theoretical nursing: development & progress*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997

MINAYO, M.C de S.(org) *Pesquisa social-teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*. Brasília: Ministério da Saúde. 1997.

MINKLER, M., 1985. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Outreach Project. *Health Educational Quarterly*, 4:303-314.

MONTEIRO, A.R.M.; MORAES, A.P.P. Grupo de vivência-facilitador do estágio de enfermagem psiquiátrica. *R.Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.78-86, jan./jun.1999.

MOSCOVICI, F. *Desenvolvimento interpessoal*. 11^a.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. *Enfermagem e grupos*. Goiânia: AB, 1997.

MUNARI, D.B.; Processo grupal em Enfermagem: possibilidades e limites. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.50, n.1, p.37-52, jan./mar.1997.

NUNES, A.M.P. Motivação para o autocuidado, um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. *Texto e contexto enf.*, Florianópolis, v.2, n.1, p.53-66, jan./jun. 1993.

OREM, D. E. *Nursing: concepts of practice*. 5 th ed. Mosby-Year Book, Inc. 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: *Promoção da Saúde e Saúde Pública: Contribuição para o Debate entre as Escolas de Saúde Pública na América Latina* (P. M. Buss, org, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, p. 158-162, 1986.

PAIVA, M.M.S. et alii. Avaliação das ações educativas em enfermagem para diabéticos: uma experiência de integração docente-assistencial, no Hospital Universitário -UFC, Fortaleza-Ceará. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília, v.39, n.2/3, p. 55-61, abr/set. 1986

PEIXOTO, M.R.B. Divergências e convergências entre um modelo de assistência de Enfermagem a pacientes diabéticos e a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.30, n.1, p.1-13, abr.1996.

PEREIRA, C.B.M. *Diretrizes programáticas para o ensino no autocuidado do diabético*. 1980. 91 f.-Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, 1980.

PICHON-RIVIÉRE, E. *O processo grupal*. 5ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. dos S. Gênero, morbidade acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 687-707.2002.

POLAK, Y.N.S. *Enfermagem em nutrição parenteral: uma revisão da prática segundo OREM*. Curitiba: Relisul, 1991.

POZZAN,R. et alii. Experiência com um programa de educação para pacientes diabéticos com baixo nível sócioeconômico. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília. v.47,n.3.p.241-249, jul/set.1994.

PRATLEY, R.E; HAGBERG, J.M; DENGEL, D.R; ROGU, E.M; MULLER, D.C, GOLDBERG. A.P. Aerobic exercise training induced reductions in abdominal fat and glucose stimulated insulin responses in mild-aged and older men. *Journal American Gerontologic Soc*; v. 48, n .9, p. 2022-33. 2000

RABELO,S.E.; PADILHA,M.I.C. de S. A atividade lúdica no processo educativo ao cliente diabético adulto. *Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis,v.7,n.3,p.106-111, set/dez.1998.

_____. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. *Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis,v.8,n.3,p.250-262, set/dez.1999

_____. Compreensão dos déficits de autocuidado à partir da prática assistencial. *Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis,v.9,n.2,p.312-323, mai/ago.2000.

RASSI NETO,E. BOGUS,M.C. Alguns indicativos para a ação institucional, acadêmica e social. IN: RASSI NETO,E. BOGUS,M.C. *Saúde nos aglomerados urbanos:uma visão integrada*. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde.2003. p.339-342.

RICE, M. & CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da Educação em Saúde - Um projeto pioneiro. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, p.347-351.1998.

RIQUE,A.B.R.; SOARES,E.de A.; MEIRELLES,C. de M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Ver Brás Med Esporte*,Rio de Janeiro, v.8, n.6, p.244-254, nov/dez.2002.

RODRIGUÉ, E. *Psicoterapia de grupo- enfoque psicanalítico*.Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1976.

ROGERS, C. *Grupos de encontros*. São Paulo:Martins Fontes, 1985.

SAEKI,T.; MUNARI,D.B.; ALENCASTRE,M.B.; SOUZA,M.C.B.M. Reflexões sobre o ensino de dinâmica de grupo para alunos de graduação em Enfermagem. *Rev.Esc.Enf. USP, São Paulo*,v.33,n.4,p.342-347,dez.1999.

SAIDON, O. et alii. *Práticas grupais*. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

SANTOS,R.B.Autocuidado, trabalho e *Diabetes mellitus*:uma abordagem de Enfermagem.*Diabetes clínica*. n.3.p.194-200.2001

SAVIANE, D., 1985. *Escola e Democracia*. 6ª Ed. São Paulo: Cortez Editora.

SCAIN,S.N. Educação para a saúde a grupos de clientes diabéticos. *Rev. Gau. Enf.*,Porto Alegre, v.7,n2,p.232-46,1986.

SCHMIDT,M.I.;REPETTO,G.;CASAGRANDE,D.S. Orientações para mudanças alimentares do adulto. In:DUNCAN,B.B et alii.. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3.ed.Porto Alegre: ARTMED,2004. cap.67,p.657-668.

SCHUTZ, W. *Profunda simplicidade*. São Paulo: Agora, 1989.

TAKAHASHI,O.C.; HADDAD, M.do.C.L.;GUARIENTE, M.H.D.M.; ALMEIDA, H.G.G de.; SCARINCI,I.C.;TAKAHASHI,I. Atendimento ambulatorial interdisciplinar ao paciente diabético. *Acta paul. Enfermagem*. São Paulo, v.6, n.1/4, p.43-47, jan/fev.1993.

TEJADA,R.; SOLEDAD,H. Valoración de la conducta de autocuidado de las personas diabéticas no insulino-dependientes que se atienden en el programa de control de diabetes em Trujillo, Perú. Concepción, Chile; s.n; 1996. 162 p.

THIOLLENT,Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 4ª ed. Editora Cortez:São Paulo,2000.

THOFEHRN,M.B.; LEOPARDI,M.T. Teorias de Enfermagem, trabalho e conhecimento contemporâneo.*Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis,v.11,n.1,p.86-104, jan/abr.2002.

TORRES, H. de C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na Educação em Saúde para diabéticos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de janeiro, v.19, n.4, p.1039-1047, jul./ago. 2003.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.;PINHEIRO, R. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v.11, n.5, p.365-373, maio/jun. 2002.

TRIVINOS,A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sócias: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Ática,1987.

VASCONCELOS,E.M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*.2ed.São Paulo:Hucitec,Sobral:UVA,2001.

VIGGIANO,C.E. Proposta de pirâmide alimentar para o diabético. *Diabetes clínica*. n.4, p.278-280. 2001.

VILLA, E.A. *O enfermeiro-educador no mundo da Enfermagem*. 2000.140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2000.

ZANETTI, M.L. *Papel educativo do enfermeiro e o locus de controle da pessoa diabética*. 1990.121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,1990.

ZIMMERMAN,D.E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre:Artes Médicas Sul.1993.

_____. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre:Artes Médicas sul.1997.

ZINKER, B. A. Nutrition and exercise in individuals with diabetes. *Clin Sports Med*, v.10, n.3. p.585-606.1999.

WALL,M.L. *Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de Enfermagem a grupos*. Goiânia:AB,2001.

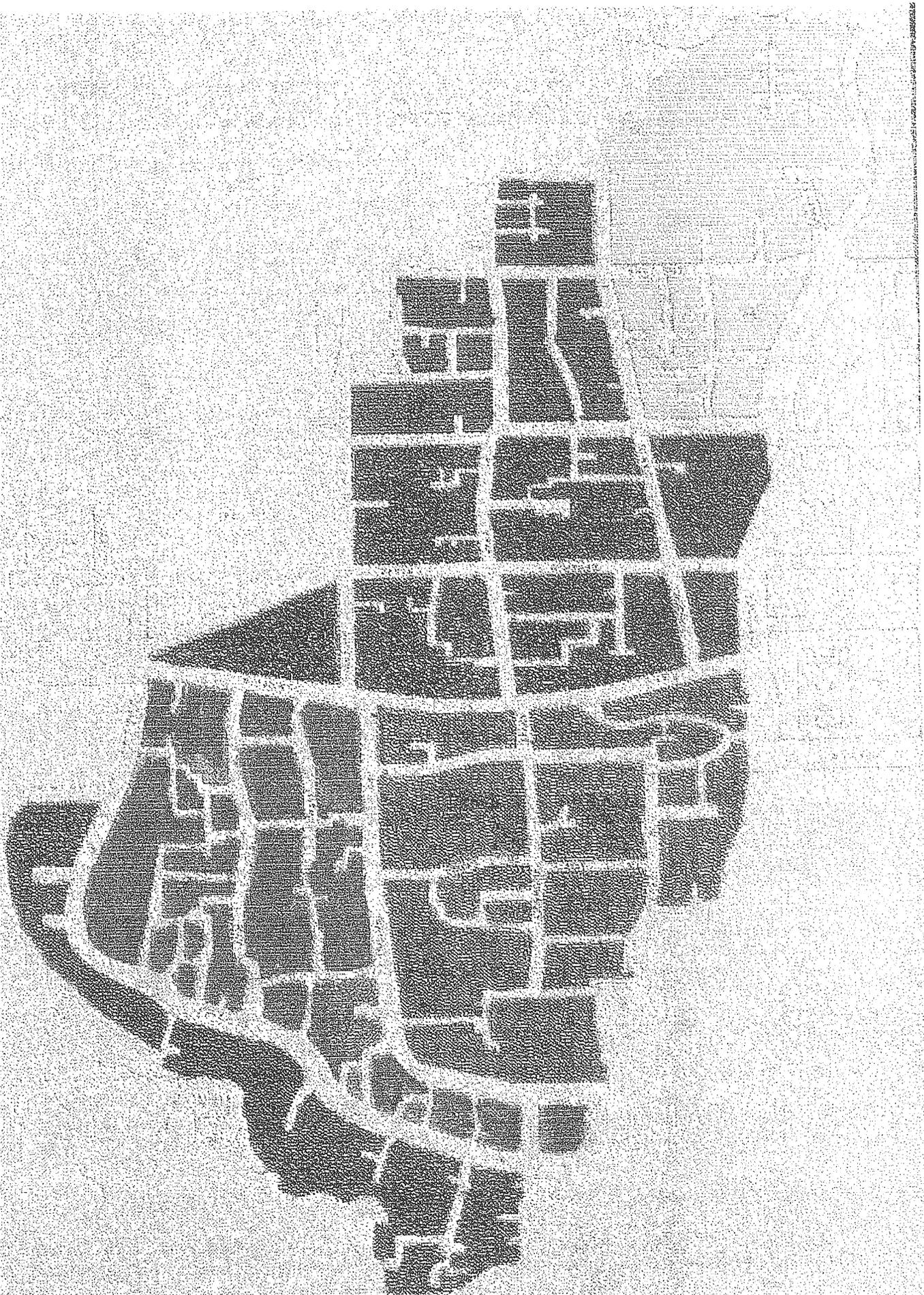
WITT,R.R. Gênero e diabetes: implicações para o autocuidado. IN: LOPES,M.J.M;MEYER,D.E.;WALDOW,V.R.*Gênero e saúde*. Porto Alegre:Artes Médicas,1996.p.150-156 .

YACH, D. The use and value of qualitative methods in health research in developing countries. *Soc. Sci. Med.*, n. 35, p.603-12, 1992.

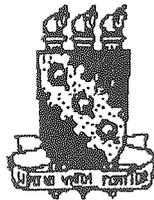
WORLD HEALTH ORGANIZATION.*Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report of a WHO consultation group on obesity. Geneva: WHO, 1997.

8 ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO 1



Escuela Superior de Ingeniería y Arquitectura - División de Estudios de Posgrado - Facultad de Ingeniería



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 60/03

Fortaleza, 07 de março de 2003

Protocolo COMEPE n° 19/03

Pesquisador responsável: Márcia Barroso Camilo de Ataíde

Dept°./Serviço: Núcleo de Atenção Médico Integrada/NAMI

Título do Projeto: "As vivências de um grupo de diabéticos em déficit de autocuidado: Estratégia de educação para a saúde"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 27 de fevereiro de 2003.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/IIUC/UFCE

APÊNDICE 1

LEVANTAMENTO DOS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO

I- Dados de Identificação

Nome: _____ Idade: ____ Sexo: ____ Estado civil: _____

Grau de Escolaridade: _____ Renda Familiar: _____

Moradia: _____

Endereço: _____ Com quem mora: _____

II- Dados sobre situação de saúde/doença

Tempo da Doença _____ Tempo de Tratamento _____

Patologia associada: _____

Tratamento : Farmacológico () Não Farmacológico ()

ii- Dados sobre a classificação dos déficits de autocuidado:

a) A limitação para fazer julgamento e decisão o autocuidado
sim () não () Qual: _____

b) Falta de conhecimento sobre suas condições de saúde,
sim () não () Qual: _____

c) Indicativo de desequilíbrio da manutenção da saúde
sim () não () Qual: _____

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, **Márcia Barroso Camilo de Ataíde**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado) do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado: "AS VIVÊNCIAS DE UM GRUPO DE DIABÉTICOS EM DÉFICIT DO AUTOCUIDADO: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE", tendo como objetivo principal avaliar o engajamento no autocuidado em pessoas portadoras de *Diabetes mellitus* acompanhadas no Núcleo de Atenção Médico Integrada-NAMI.

Solicito sua colaboração para participar dos encontros grupais de educação para o autocuidado, a serem realizados no período de março a setembro de 2003. Além disso, solicito sua participação em grupo focal a ser realizado em outubro de 2003. Essas discussões serão gravadas e transcritas na íntegra.

Garantimo-lhes acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionado à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas; também liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo; salvaguarda da sua confidencialidade, sigilo e privacidade.

Precisando de maiores esclarecimentos pode contactar no endereço abaixo relacionado.

Diante do esclarecimento sobre a pesquisa, eu _____, aceito voluntariamente desta pesquisa.

_____ Data: ___ / ___ / ___
Pesquisadora

_____ Data: ___ / ___ / ___
Informante

Dados de Identificação da Pesquisadora:

Márcia Barroso Camilo de Ataíde

RG: 93002179172 SSP-CE CPF: 316937253-04 COREN-CE: 27482

Endereço: Rua François Teles de Menezes, 100 Bloco 7 Ap.202, Fátima

CEP:60415-110 Fortaleza-CE

APÊNDICE 3

ROTEIRO DA REUNIÃO

Data da Reunião:

No. de Participantes:

Início da Reunião:

Local: Sala de Estudo de Enfermagem-NAMI

Pauta da Reunião:

Discutir sobre grupo focal

Convidar as mulheres para participarem do grupo focal

Explicar sobre como acontecerão as reuniões de grupo focal

Apresentar os observadores

Explicar a necessidade de divisão do grupo em dois subgrupos para se trabalhar com grupo focal.

Solicitar ao grupo que façam a subdivisão.

Discutir sobre os dias de preferências das participantes para que as reuniões de grupo focal aconteçam.

Agendar as 4 reuniões focais para o mês de outubro.

APÊNDICE 4
ANOTAÇÕES DO COORDENADOR/ GUIA DE QUESTÕES

Data da 1ª Reunião: _____

O Tema foco: Refletindo em grupo sobre o autocuidado,

As questões:

As reuniões de grupo e a contribuição no cuidado diário em diabetes.

O aprendizado em grupo sobre diabetes e autocuidado.

Os benefícios para a saúde a partir das reuniões grupais.

As modificações na maneira de cuidar-se a partir das reuniões grupais.

O aprendizado sobre autocuidado em diabetes.

Data da 2ª Reunião: _____

O Tema foco: As dificuldades para a adesão no autocuidado em diabetes.

As questões:

As dificuldades cotidianas com relação ao autocuidado em diabetes.

Como vencer as dificuldade com relação ao autocuidado cotidiano.

O despertar para o autocuidado.

As estratégias de autocuidado cotidiano.

Data da 3ª Reunião: _____

O Tema foco: diabetes, grupo e o autocuidado.

As questões:

Para mim grupo é.....

Acho importante participar do grupo porque....

As dinâmicas do grupo foram....

As discussões do grupo me fizeram....

No grupo aprendi

Em grupo eu me sinto...

Não gosto de grupo...

O grupo me ajudou a

Data da 4ª Reunião: _____

O Tema foco: A minha vida antes e depois do engajamento no autocuidado.

As questões:

Expressão espontânea sobre o antes e depois do engajamento no autocuidado a partir das vivências grupais de educação.

APÊNDICE 5**ANOTAÇÕES DO OBSERVADOR**

Data da Reunião: _____

No. de Participantes: _____

Horário do início da reunião: _____

Horário do término da reunião: _____

O Tema Focal da Reunião: _____

Dinâmica da Reunião: _____

APÊNDICE 6

1ª. Sessão de Grupo Focal

Data: 07/10/03 (3a. Feira)

Tema Foco: Refletindo o autocuidado em grupo

Participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranqüilidade, Amor e Integração.

Coordenadora: COMO AS REUNIÕES DE GRUPO AJUDARAM VOCES NO CUIDADO DIARIO EM DIABETES?

O grupo ajudou bastante...Já to participando há muito tempo, e o grupo ajuda muito...que acho bom porque quando eu descobri que tinha diabetes eu fiquei triste, né? Porque essa doença não tem cura, né, essa doença?Só tem o tratamento, né. Só que com a ajuda do grupo, ave Maria vocês conversavam comigo, me dizia como era a diabetes, e foi logo quando eu descobri que era diabetes.. quando eu não vinha ao grupo, as vezes eu parava era porque quando meu menino tava com crise eu não podia vir, quando eu podia vir eu vinha,eu não faltava não. (CORAGEM)

O grupo tem ajudado muito porque antes das reuniões eu me sentia uma pessoa presa, sozinha, deprimida e então depois que eu comecei no grupo melhorou tudo, agora já tenho coragem de abrir minha porta e sair eu já tenho muitas amizades aqui no grupo.

(INTEGRAÇÃO)

Coordenadora: COMO O GRUPO TEM AJUDADO VOCES A VIVEREM MELHOR TENDO DIABETES?

O grupo me ajudou e tá me ajudando, porque eu comia coisas que faz mal ao diabetes e aí devido as orientações do que podia comer, então to me saindo dessas comidas, porque se não fosse isto, eu não vou mentir não, não tinha saído das comidas não, mas eu agradeço muito ao grupo que tá me ajudando demais (CORAGEM).

Eu achei bom porque eu emagreci um bocado, e gosto de fazer caminhada, todo dia em faço caminhada, mas por causa do grupo. Eu nunca tinha feito caminhada. Eu aprendi muitas coisas, eu aprendi a fazer caminhada..Eu agora gosto de fazer caminhada.Eu acho que eu estou ótima desde que aprendi no grupo a fazer caminhada. Eu tô bastante satisfeita, a minha glicose tava em 381 e agora tá em 140. Eu não quero faltar de jeito nenhum ao grupo

(AMOR).

No grupo eu aprendi muita coisa a como controlar a diabetes, controlar o coração, eu tenho problema de pressão alta também. O grupo me ajudou em tudo e além de ajudar nos meus problemas de saúde, me ajudou nas minhas amizades, na minha vida, na minha comunicação..eu sempre fui muito comunicativa mas aqui eu fiz mais amizades

(INTEGRAÇÃO).

Aprendi demais mesmo. O grupo é importante pra gente (AMOR).

Coordenadora : VAMOS FALAR SOBRE O QUE VOCES APRENDERAM NO GRUPO.

O grupo ensina a gente a se prevenir, ensina pra como fazer pra diabetes não subir, ensina a gente a controlar a diabetes, tudo isso. Eu acho o grupo uma maravilha. Depois que eu vim pro grupo a minha vida tá ótima, eu não me preocupo com diabetes mais, controlo bem direitinho, tá ótimo.

(AMOR)

Antes eu pensava assim que o diabetes tivesse cura, cura não tem não mas ameniza né..ai depois comecei a ver as orientações daqui do grupo, e nas orientações o pessoal dizia: não é doença não é só se cuidar ai então eu to gostando por causa das orientações que a gente tem e isso tem me ajudado a viver e a se cuidar melhor. Antes eu me sentia assim uma pessoa 70 anos, 80 anos hoje eu tenho 65 e penso que tenho 18.Eu acho que a minha vida renasceu de novo. Antes deu vir pra cá eu ficava em casa trabalhando e começava a chorar, eu encostava os meus trabalhos e começava a chora, eu era deprimida, eu tinha muita depressão, eu pensei muitas vezes em fazer besteira mas depois eu comecei no grupo o meu tempo não dá mais pra pensar besteira não.

(INTEGRAÇÃO)

Coordenadora :VOCÊS CHEGARAM ALGUM MOMENTO EM SE PREOCUPAR COM DIABETES?

Muito não. Cada pessoa ensina uma coisa diferente, não é como aqui no grupo que a senhora ensina as coisas bem. Aqui no grupo a gente conhece mais amigas, tem mais amizade...antes deu vir pro grupo eu sabia muita coisa que a gente não deveria fazer, né? Mas depois que eu entrei no grupo eu sei o que devo e o que não devo fazer.

(FORÇA)

Eu era muito doente, mas mesmo com os problemas eu me sinto com saúde eu só sinto que estou doente quando tenho crise, quando não tenho não me sinto doente O que me preocupa é que quando eu passo três horas sem comer alguma coisa ai minha vista começa a faltar eu querendo ficar tonta, as minhas carnes tremendo, ai eu me lembro que eu não comi nada, e vou comer seja o q for. Será que sem ter essa comunicação com as doutoras eu ia saber o que podia comer.Depois das orientações eu renasci de novo sou hoje criança, né?

(INTEGRAÇÃO)

Coordenadora: VAMOS FALAR SOBRE COMO VOCES ESTÃO SE CUIDANDO NO GRUPO.

Tô conseguindo graças a Deus. O grupo ajudou na minha caminhada, né..de não usar aquilo que eu pensei que não faria mal..Graças a Deus prá mim é uma maravilha. (FORÇA).

Eu gosto muito do grupo...eu acho que eu nasci pra viver só não, eu gosto de viver em grupo, conversando se entendendo, fazendo amizade. Quando eu vim prá cá eu tinha um parente bastante doente em São Paulo, e minha irmã desesperada e me disseram que na UNIFOR tinha uma doutora lá que fazia umas reuniões com grupo de diabetes e eu procurei a Dra. Márcia e ela me encaminhou para o grupo...é melhor do que sozinha num consultório...o grupo tá cada vez melhor, tem muita gente legal..e a gente aprende muito.(SAÚDE).

Coordenadora :A SAUDE FALOU QUE GOSTA DE VIVER EM GRUPO..

É a melhor coisa é viver em grupo..(SAÚDE).

É, é mesmo muito bom...Ficar perto dos outros...A gente aprende e a gente ensina. Tem gente que acha que eu gosto de me apresentar, mas não é isso eu gosto de brincadeira no grupo..eu gosto de me divertir, de brincar e de aprender no grupo com as outras colegas. (FORÇA).

Da minha parte, quando eu chego aqui a senhora me dá atenção, sabe conversar comigo sobre diabetes..eu acho bom participar com as pessoas que tem diabetes,né? Porque uma ajuda a outra..ave maria é muito bom. Meu pai diz pra eu não deixar de vir, quando eu não venho eu fico triste acredita?aquí a gente também se diverte com as brincadeiras, a gente parece umas crianças, é muito bom o grupo. Quando eu conto em casa, até meu menino pede pra vir..eu gosto muito desse grupo porque se eu não gostasse eu não vinha, porque eu só assim eu só gosto de fazer as coisas que eu gosto, não gosto de fazer por fazer não. (CORAGEM)

Eu gosto de viver em grupo porque eu sou catequista, trabalhei na comunidade eclesiate de base aí me achava tão só, eu pedia a Deus que me mandasse uma pessoa pra me tirar dessa prisão porque a gente, eu vivia presa dentro de casa; a diversão da minha filha é festa, é praia; eu não gosto de praia.Eu gosto assim de comunicação de caminhada de diversão. Porisso que gosto de grupo. (INTEGRAÇÃO)

Eu gosto assim de ficar perto, quando a gente tá conversando, eu acho muito importante o grupo, eu até esqueço as coisas de casa...Não gosto de ficar preocupada, pensando...Quando eu chego aqui no grupo eu esqueço meus problemas. (AMOR)

Coordenadora:É, REALMENTE MUITAS PESSOAS ME PERGUNTAM DRA MÁRCIA. PORQUE MEU DIABETES TÁ ALTO? AÍ EU PERGUNTO PRA VOCES: VOCES ESTÃO COM ALGUM PROBLEMA?..

É verdade...os problemas atrapalham muito a saúde da gente, uma raiva tudo parece que atrapalha e aqui no grupo a gente esquece deles. A própria dona Persistência me disse que a dela tava alta..E é porque ela tava muito preocupada. (AMOR)

Agora eu vou falar...Quando eu soube que era diabética eu chorei muito, fiquei que nem uma louca, fiquei desesperada, mas não queria telefonar pra minha filha prá não preocupar ninguém...Não almocei, não merendei.. aí liguei pra minha filha e ela disse:mamãe deixe de ser tola, diabetes é uma doença besta é só a senhora se cuidar, a senhora come muito..Eu comia 2ks de carne de porco de uma vez...Ela disse: a senhora deve sair, passear na casa de suas amigas..Mas eu não me conformava não...Eu tinha medo até de dormir, era, era.. Eu pensava se eu dormir eu morro....Quase fiquei louca...E eu tenho problema de pressão alta. (TRANQUILIDADE).

Coordenadora: EU LEMBRO QUANDO A SENHORA ME PROCUROU NO AMBULATÓRIO...A SENHORA ESTAVA MESMO MUITO PREOCUPADA! ME DIGA O GRUPO AJUDOU A SENHORA A VENCER OS MEDOS?

Muito, muito, muito, muito...Porque logo eu melhorei muito vindo prá cá...Gostei muito...Agora eu tinha vergonha porque todo mundo tinha sapato e eu não tinha, mas hoje eu tenho três parzinho de tênis e agora posso minha caminhadinhas...Não são bons mas já posso caminhar. TRANQUILIDADE

Coordenadora: OS TEMAS QUE FORAM DISCUTIDO NO GRUPO...VOCE LEMBRAM SOBRE DIETA, AUTOCUIDADO...TODOS OS TEMAS DISCUTIDOS...ELES SERVIRAM PRÁ VOCES?

Lembro demais...adiantou bastante...porque agora a gente sabe fazer que deve ..o que comer...como se cuidar...é bom demais...eu fico só esperando que chegue a 5ª feira pra vir pro grupo..as minhas filhas dizem logo: mamãe amanhã é quinta feira dia do grupo.

(TRANQUILIDADE).

Eu já me sai do pão, me sai do macarrão, eu uso adoçante, quando não tem adoçante eu não tomo café, acredita? Eu faço isto. Tava 280 e agora ta 116, só que quando ela tá alta eu sentia moleza no meu corpo., mal estar, tudo isto eu sentia, sabe? Eu dizia assim meu Deus, acho que foi porque eu faço arte!Só que agora doutora eu como pouco, agora eu to comendo menos, igual como eu aprendi aqui no grupo..eu gosto do acompanhamento porque nunca vi ninguém com cara feia, até hoje não. Mas eu gosto do grupo, eu adoro. (CORAGEM)

É muito boa mesmo, ajuda a gente está reunidas eu amei eu adorei estar neste grupo...(SAÚDE).

Coordenadora: VOCES FALARAM QUE NO GRUPO VOCES ATÉ ESQUECEM DOS PROBLEMAS..

Eu só sei que eu esqueço..fico lá conversando, caminhando, ouvindo vocês falarem sobre a nossa saúde..parece que aquilo tudo sai de dentro de mim..eu nem me lembro dos problemas..sai tudo...te juro. (AMOR)

A minha filha diz: mamãe tu é louca ainda vai fazer almoço..mas custou; ai eu digo: que nada minha filha eu tava num lugar tão bom que nem ligo se pego sol na volta..(SAÚDE).

A gente tem vontade de chegar de manha e voltar só de tarde...(Risos). (FORÇA).

Mas ai também é demais(Mais risos). (TRANQUILIDADE).

Eu me sentia uma pessoa só,né..mas depois o grupo me ajudou, as doutoras de ajudaram. Quando eu venho pra cá eu não me lembro se sou dona de casa, não me lembro se tenho problema, não me lembro do horário pra voltar. Eu acho bom esse encontro pra.Eu gosto bastante. Eu não sinto quer to doente, que to com problema, eu não sinto que tenho o que fazer em casa, embora que quando chegue em casa eu tenha de fazer as coisas. Eu não tinha mais gosto de cantar, não tina mais gosto.de viver a minha vida, eu dizia eu vou vier isolada, mas depois q começou esse grupo eu gosto, acho bom, faço parte de outros grupos, é muito bom.

(INTEGRAÇÃO)

Coordenadora: BEM DEIXA EU FAZER UMA PERGUNTA BEM DIRETA: QUANDO VOCES CHEGARAM AQUI VOCES JÁ SABIAM ALGUMAS COISAS...AQUI NO GRUPO APRENDERAM OUTRAS...O GRUPO FACILITOU DE ALGUMA FORMA A VOCES ENTENDEREM O QUE É DIABETES?

é no grupo nos entendemos muitas coisas porque uma coisa é ser atendida no consultório e outra é ser do grupo...Aqui a gente se abraça, conversa, fala um monte de coisas. (SAÚDE).

a gente reza, agente canta e também se diverte. (AMOR)

é o médico ensina...Mas é diferente, porque ele não explica direito...Aqui é diferente, aqui tem orientação, tem fala...Aqui eu aprendi aquele negócio da margarina, da manteiga que a gente não deve levar ao fogo, eu não sabia não..Nunca tinha ouvido falar disto... (SAÚDE).

baixou o meu colesterol que era alto direto,que eu tomava remédio direto, a pressão graças a deus está normatizada,12 por 8, no ano passado eu fiz quatro cirurgias era pra tá toda doente...Ma,s eu agradeço a você por este grupo, porque quando eu ia me tratar em outra clínica, lá não tinha destas coisas não...Tinha uma reuniãozinha,mas não dava pra aprender não... (SAÚDE).

Coordenadora:O GRUPO ACONTECE TODA SEMANA..O QUE VOCES ACHAM?

é muito bom..faz tempo que não tomo meu remédio pra pressão, só dá boa, não subiu mais não...eu não disse prá senhora? (AMOR)

não é cansativo não... eu aprendi muito...Sobre o meu colesterol, a doutora pediu pra eu comer mais pouco (SAÚDE).

Tô comendo carne de porco...Mas, é magra...Mas tem dias que eu como um pedaço bem bom (TRANQUILIDADE).(risos)

Mas não pode... (FORÇA).

Só um dia na semana não faz mal não..não é doutora?(TRANQUILIDADE) fixando olhar para mim...eu sorri

Coordenadora; QUAIS OS BENEFÍCIOS QUE AS REUNIÕES GRUPO TROUXERAM PRA SAÚDE DE VOCES?

Esse grupo aqui, o beneficio maior que ele fez na minha vida foi me libertar das ocupações duras, me libertar desse problemas de eu só viver doente, eu sinto assim que depois que eu comecei nessa comunicação até minha pressão é boa, nunca mais eu fui pra hospital assim pra me internar, nunca mais tive crise pra me levarem as carreiras pro hospital de pressão alta, com diabetes alta, com depressão também, Tudo junto aquilo ali me amava.Depois que eu comecei com o grupo acabou, eu acho que acabou porque eu não sinto mais nada. (INTEGRAÇÃO)

Prá mim..pra mim eu vou dizer logo...prá mim eu já tinha consciência de que a pessoa que tem diabetes podia viver bem desde que seguisse as regras, os exercícios, evitar essas comidas gordas...prá mim eu já tinha consciência de que a pessoa podia viver uma vida normal..Você não pode pensar que a vida parou porque é diabética, não...É uma vida normal tendo cuidado, né? (FORÇA).

Coordenadora: TENDO CUIDADO DIÁRIO?

É, todo dia se cuidando. (CORAGEM)

Pois é nem gordura, nem óleo, nem carne eu não como mais, menina, certas comidas eu só como o que a doutora disse: feijão, arroz ou macarrão e verdura...e pronto depois que eu to fazendo a dieta que ela mandou, que ela tava dando 380 ficou em 140...Porisso é que to me dando bem..ô grupo maravilhoso...Tem uma mulher perto lá de casa que eu ensinei e ela tá bem, só com a dieta que a doutora me deu, a que eu aprendi no grupo...ela disse que agora não deu mais diabetes não (AMOR)

mas diabetes não fica mais bom não (TRANQUILIDADE).

a gente controla, pode controlar, mas boa a gente não fica não (FORÇA).

a minha irmã morreu há pouco tempo de diabetes.. (AMOR)

se a gente fizer tudo como manda o figurino, a gente controla...tudo com uma disciplina a gente controla (FORÇA).

È difícil a gente controlar mas a gente fazendo uma forcinha, porque a gente não pode esperar só pelas doutoras não, nem só pro Deus. A gente tem que se ajudar, aprender a se ajudar a prender a se cuidar, a se tratar. Porque não adianta aqui a gente ouvir tudo direitinho e em casa encher a barriga de doce..serviu de alguma coisa? Não serve. Tem que se cuidar pra controlar a diabetes. (INTEGRAÇÃO)

mas boa..fica não (TRANQUILIDADE).

tem seguir o figurino, o figurino.. (FORÇA).

é a gente tem que querer mesmo senão... (CORAGEM)

a gente tem que se ajudar porque senão vai sair mais caro pra gente (INTEGRAÇÃO)

Coordenadora; É MUITO PESADO PRA VOCES SE CUIDAR?

dá pra gente seguir as norma..não é essa coisa pesada..depende muito do nosso esforço né..de querer (FORÇA).

é mais quando ela dá alta..prá mim..avē maria era triste ..quando eu cheguei no grupo eu pesava 106 quilos...(TRANQUILIDADE).

quantos quilos você está pesando agora? (FORÇA).

..se eu perder mais eu fico muito velha (TRANQUILIDADE). risos

eu tenho um problema eu tenho muita fome..com meia hora depois do almoço eu já tenho fome..e antes da jantar eu tenho de comer qualquer coisa...(TRANQUILIDADE).

a dificuldade prá mim é o regime que temos de fazer, não poder comer açúcar, não pode comer bolo nem toma refrigerante..mas já percebi que se como bolo a diabetes logo sobe, ela responde logo: eu não quero comer doce. Isso é o que a diabetes fala pra mim (INTEGRAÇÃO)

Coordenadora: VAMOS DISCUTIR MAIS SOBRE OS BENEFÍCIOS QUE O GRUPO TROUXE A SAUDE DE VOCES?

Depois que entrei aqui eu melhorei porque eu vivia dentro de casa, não saia pra canto nenhum...ela (apontando pra mim) já foi três vezes na minha casa pra me chamar quando eu estava sem vontade de vir..ai a minha filha disse:mãe vá para o grupo com a Dra. Márcia... e ai eu aprendi a fazer caminhada todo dia de seis e meia até sete e vinte.. e tô perdendo peso..o grupo me ajudou a fazer as caminhadas, eu nunca tinha feito caminhada antes, primeira vez foi aqui..foi...com certeza (TRANQUILIDADE).

ALGUEM QUER DIZER MAIS ALGUMA COISA SOBRE OS BENEFÍCIOS NA SAUDE?

Ela tá mais controlada achei que me dei bem, no grupo eu melhorei, quando eu cheguei aqui eu tinha um peso nas minhas pernas, sem coragem..parece que meu corpo pesava demais... agora to me achando o meu corpo até mais manero, tô me sentido mais forte, graça a Deus, porisso que eu tenho vontade de que chegue logo a quinta feira (AMOR).

o que de concreto que o grupo trouxe foram muitas coisas boas né, o encontro com todo mundo, aprendendo como me cuidar, como me prevenir..prá mim foi ótimo..porque foi por meio desse grupo que eu aprendi a me prevenir e a como controlar o diabetes..vale a pena continuar porque pra continuar ensinando mais coisa a gente..ave maria se a gente não continuar-com esse grupo..a gente quer que cada vez mais vá melhorar por meio desse grupo (FORÇA).

O grupo trouxe muita coisa boa, agora tomo meu remédio direito e come as coisas que posso.Eu to perdendo peso, tava com 82 e agora to com 77, as minhas bermudas tão frouxas, eu noto.Eu sei que não é bom ter peso alto pra quem tem diabetes, ainda mais pela preocupação que eu tenho com meu filho, eu sei que ele depende de mim.Ave Maria, eu tenho que me cuidar! (CORAGEM).

Doutora eu vou dizer uma coisa, antes deu vir pra cá eu passava noite e noites acordada, assistindo televisão, e vendo tudo o que acontecia na rua. Mas hoje já to dormindo bem, me liberei dos remédios controlados que eu tomava isso já foi um grande presente na minha vida que nunca recebi de ninguém, e foi por meio de Deus e de vocês que recebi esse presente.Eu vivia doente, oprimida.a cabeça querendo espocar e nem dor de cabeça sinto mais (INTEGRAÇÃO).

Coordenadora: VOCE SE CONSIDERAM PESSOAS DO GRUPO? PORQUE VOCES SE CONSIDERAM DO GRUPO?

Por que aqui nos aprendemos muita coisa...a sra ensinou muita coisa pra gente fazer..pra fazer isto..pra não comer isto..e assim a gente fez parte deste grupo quando a gente foi entender o que a senhora queira ensinar...Nós gostamos do grupo...eu não venho pro

folia..aqui a gente conhece outra pessoas, ajuda elas..apesar da gente todo mundo morar no bairro a gente às vezes não conhece as outras mesmo morando no mesmo bairro e por meio do nosso grupo..ave Maria, aonde eu ando, aonde eu estou a gente se cumprimenta..bate um papo..é uma maravilha né? a gente esquece até o problema naquela hora ... conhece a pessoa melhor, a gente conta um problema pra uma, a gente conta o problema pra outra..a gente diz uma coisa pra uma..dia uma coisa pra outra...ai a gente em grupo faz isso..aqui a gente se ajuda (FORÇA).

Eu acho assim também..eu lembro pra minhas colegas: lembrem quinta feira é o grupo da doutora Márcia...eu convido pra ninguém esquecer. (SAÚDE).

É aqui no bairro todo mundo sabe do seu grupo...é muito bom, aqui a gente faz caminhada, faz alongamento, conversa, faz relaxamento, só coisa boa...e com a participação sobre diabetes ficou melhor ainda...era isso que eu precisava. (FORÇA).

Eu também, eu sabia que era diabética, mas, não sabia as orientações para saber controlar, né?Ai com essas orientações fui ficando melhor, pois aqui no grupo orienta bem direitinho e toda semana tem um grupo diferente, com assunto diferente. É tão bom que até convido quem é diabético pra procurar a doutora Márcia...Pra fazer parte do grupo. Elas até agradeçam e dizem (SAÚDE). obrigada, eu não sabia que existia esse grupo...e depois a Dra. Márcia botou elas no grupo.É tão bom a pessoa saber como se cuidar, né? (SAÚDE).

Coordenadora: POR QUE É IMPORTANTE SABER SE CUIDAR?

Pra ter saúde...é tão bom ter saúde, quem tem saúde tem ânimo pra tudo. O poder de Deus e saúde é tudo na vida. Todo dia, quando eu me levanto pra caminhar eu digo:Obrigado Jesus por mais um dia de vida....Eu agradeço a Deus. Esse grupo pra mim é tudo...todos gostam. (SAÚDE).

Coordenadora: OBRIGADA A TODAS POR TEREM VINDO..ATÉ O PRÓXIMO ENCONTRO.

1ª. Sessão de Grupo Focal

Data: 08/10/03 (4a. Feira)

Tema Foco: Refletindo o autocuidado em grupo

Participantes: Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Paz, Compromisso e Ânimo.

Coordenadora: COMO AS REUNIÕES SEMANAIS DE GRUPO AJUDARAM VOCES NO CUIDADO DIARIO EM DIABETES?

Eu entendo assim, porque eu comecei a fazer a caminhada...você atendiam a gente muito bem, a gente andava e depois tinha a palestra com a gente, tirava nossas duvidas..eu gostei das palestras, adorei, fiquei muito alegre em participar e como estou participando até hoje; adoro quando chega o dia de vir para cá para o grupo (ESPERANÇA).

Coordenadora: O QUE FOI DISCUTIDO NO GRUPO AJUDOU VOCÊS? TIROU SUAS DUVIDAS SOBRE DIABETES?

Tirou muito...eu sei que sou diabética, mas não assim quando eu consultava com a dra, foi pro intermédio dela que eu sabia que era diabética, ai ela só passava os comprimidos pra mim da diabetes, mas não tinha assim uma palestra...eu não sabia como era que eu me cuidava..só sabia dos comprimidos...e essas palestras no grupo eu fui gostando e fiquei porque aprendi muitas outras coisas que não sabia, e isto me ajudou muito ; eu adoro, estou me sentindo muito bem com tudo que eu estou aprendendo aqui, to sabendo mais ou menos como é que se cuida da diabetes.Vivendo e aprendendo.(ESPERANÇA).

Coordenadora: É MUITO IMPORTANTE ISTO QUE FOI DITO, POIS AS PESSOAS VIVEM APRENDENDO COISAS TODO DIA.O GRUPO PROPORCIONA UM APRENDIZADO EM DIABETES?

É, eu já tenho diabetes desde 92 e há dois anos me trato aqui no NAMI, antes eu me tratava no Meireles..ai eu fiquei só me consultando mesmo até que a senhora me encaminhou pro grupo. Aqui no grupo, a novidade que o grupo trouxe pra mim foi esse momento de alegria, né, pois os cuidados da diabetes eu já sabia, pois eu acho que quem já tem doze anos de diabetes não tem mais muito o que aprender..se fizer alguma coisa errada, faz porque gosta mesmo..é esse bolo ta tão bom, mas só uma vezinha não faz mal..ai vai e come né..é o que a gente não deve fazer, porque come um pedaço hoje, toma um refrigerante amanhã e aí quando dá fé a diabetes ta lá em cima..ai-diz mas eu só comi um pouquinho assim..aí então é esse o erro do diabético. Ele começa a fazer uma coisinha ali uma coisinha ali porque acha que o diabetes ta lá em baixo ai ela vai subindo..a diabetes é como a maré, ela vai e volta.Uns dias ta baixo outra hora ta alto e assim vai, né (ÂNIMO).

Coordenadora: O QUE ATRAIU A SENHORA AO GRUPO?

O que me atraiu muito foi a atenção da senhora e sua equipe, que todas são maravilhosas, as amizades que fazemos no grupo, e o momento que a gente se encontra aqui, a gente nem se lembra que tem casa e que tem problemas, e isto é ótimo e maravilhosos pra saúde (ÂNIMO).

Eu também acho isto, me esqueço dos problemas da minha casa ...é muito bom (COMPROMISSO). (risos)

A minha historia é parecida com a da Ânimo, a Dra. Márcia me encaminhou pra cá e a Dra. Oda também disse pra eu participar do grupo, pois a consulta só era a cada três meses e com a Dra Márcia seria toda semana...ai eu comecei a vir, e eu gosto muito pois a senhora é um amor) de pessoa e aqui no grupo tudo é bom, as dinâmicas que a senhora faz com a gente, faz a gente se sentir muito bem, pois é faz a gente se sentir como crianças..é bom demais..eu adoro ta no meio desse grupo..tenho fé em Deus que vou ficar boa pro modo d'eu nunca faltar. Pois é mulher eu gosto muito, adoro o grupo. No grupo eu tenho me cuidado melhor..não mulher o grupo é uma maravilha, é muito bom, eu gosto de participar dele porque mesmo que eu não tenha uma cabeça muito boa eu aprendo muitas coisas; eu até queria trocar a minha cabeça por outra melhor (RISOS) (COMPROMISSO).

Ai por meio da doutora Márcia eu to nesse grupo..eu me sinto muito bem no grupo, maravilhosa, grças a Deus, e vamos levando a vida né. Depois que entrei no grupo tenho mais cuidado, melhorei bastante nas coisas que fazia que não estou fazendo mais porque sei que não é bom pra mim, né (ALEGRIA).

Coordenadora: O QUE VOCÊ FAZIA QUE NÃO ERA BOM?

Eu às vezes fazia extravagância né..comia o que não devia comer porque achava que como era uma vez na vida não fazia mal..eu adoro comer bolo e agora não faço mais bolo em casa porque senão eu como (ALEGRIA).

Mas ai vou dar uma palavrinha pra você: não é desse jeito que você deve fazer não, nem todo muito na sua casinha é diabético, você tem de entender que você não pode, mas sua família pode (ÂNIMO).

Mas se eu fizer vai dar vontade (ALEGRIA).

É ..com o tempo eu vou aceitando melhor e quem sabe volto a fazer bolo pra minha familia.Bolo é um bicho que a gente gosta, né (ALEGRIA).

É tem razão, o tempo vai dizer o que ela deve fazer (ÂNIMO).

Eu tenho aprendido que não posso exagerar né...sei que no final de ano posso até comer um pedaço. A minha diabetes tá controlada, fiz exame agora e tava 139, melhorou foi muito,. É como ela disse né, sôbe e baixa (ALEGRIA).

Se tivesse um grupo assim naquela época que eu descobri que era diabética, eu podia ter ficado boa, pois no grupo mesmo já sabendo muita coisa dela eu fico mais ciente da situação e continuo me tratando, não abandono não. Eu já sofri muito, já cheguei a pesar 35 Kg quase que morro.Passei quase um ano nessa arrumação.Pensei até que ia morrer, todo mundo dizia que eu não escapava. Agora estou bem, isto é pelejando com a diabetes (PERSISTÊNCIA).

Coordenadora: VAMOS FALAR DA AJUDA DO GRUPO.

Eu me sinto bem, muito alegre e satisfeita quando encontro outras pessoas como eu diabéticas e gente vai se ajudando (PERSISTÊNCIA).

O grupo é bom porque tem muita gente pra conversar é aquela alegria né (ÂNIMO).

É uma alegria né, a gente tá ali esquece todos os problemas (ALEGRIA).

Às vezes a gente chega aqui com problema, com dor de cabeça aí a gente começa a conversar, escutar coisas boas pra gente e aí fica outra pessoa..chega em casa tão livre, parece até que nem sinto que tô doente, de tanta alegria que tenho (PERSISTÊNCIA).

É fica outra pessoa (COMPROMISSO).

Se a gente fica em casa a gente fica só pensando besteira (ALEGRIA).

Coordenadora: O QUE É PENSAR BESTEIRA?

É pensar na doença, a gente pensa tanta gente que tem saúde e a gente não, né? a gente fica com aquilo na cabeça...no grupo a gente se diverte e ao mesmo tempo aprende a viver com ela.

(ALEGRIA).

Quando eu quero pensar assim eu levanto a cabeça aí já penso diferente: aí meu Deus tanta gente pior do que eu, tem tanta gente com a cadeira de roda né, tem tanta gente na cama de hospital, com doença mais perigosa. (ÂNIMO).

Eu penso porque já sofri tanto na minha vida com diabetes, essa doença já me fez sofrer tanto.Mas agora com tudo que passei, e vindo pro grupo eu to tendo mais cuidado. (PERSISTÊNCIA).

Coordenadora: COMO É FICAR COM CUIDADO?

É não passar de merendar, eu como na hora certa, a pessoa que tem diabetes tem de comer de três em três horas, de três em três horas uma alimentação; nem que seja uma bolacha. Pois é no grupo me lembram disso (PERSISTÊNCIA).

Coordenadora: ALGUÉM MAIS QUER FALAR SOBRE O GRUPO?

Eu me sinto muito bem nesse grupo a senhora foi duas vezes na minha casa me lembrar do grupo e sempre a minha filha me dizia : mãe a doutora da UNIFOR teve aqui pra lhe chamar pro grupo. Até que um dia eu resolvi vir, fui de novo no ambulatório..aí tudo bem, aí passou uns tempos e aí desisti de vir..Sumi uns tempos, não fiz mais exames aí parei tudo, o que vinha na minha frente eu comia tudo. Quando eu vim no ambulatório, senhora fez o exame e tava 280, aí fiquei apavorada chorei muito e ela me consolando. Aí meu Deus o que eu vou fazer? Aí eu tive de parar o que eu tava fazendo e começar a tomar os comprimidos, vim para o grupo pra que eu pudesse me acostumar com a doença e agora tá em 110. Tudo o que eu via na minha frente eu comia, comia, era bolo e eu não tomava mais os comprimido não. Aqui no grupo eu me sinto mais tranqüila, graças a Deus, fico muito feliz, gosto muito das

peessoas do grupo, eu adoro, gosto de brincar com as dinâmicas de aprender as coisas. Um dia eu cheguei aqui com minha pressão 21 por 12 e não tava sentindo nada e agora já baixou pra 16 por 10. MOTIVAÇÃO

Eu to com vontade de chorar são muito problemas com meus netos, eu prefiro ficar calada (PAZ).

A gente tem de conviver com os problemas..porque a gente morre e os problemas ficam (ÂNIMO).

Todo mundo tem problemas, mas graças a Deus meu marido me ajuda, minha família é ótima..minha família é uma benção que Deus me deu (ESPERANÇA).

Eu agradeço a Deus toda hora pelo grupo porque aqui a gente se introsa e esquece os problemas (MOTIVAÇÃO)

Coordenadora: VAMOS FALAR SOBRE OS BENEFÍCIOS DO GRUPO PARA O CUIDADO TODO O DIA.

Pra mim era assim, eu antes de vir pra esse grupo eu comia só tudo, e então nós temos um butiquim,lê vende bolo , essa coisas, sabe..vez por outra eu ia lá e comia. Eu dizia:não vou mais comer, porque quando eu como me sinto assim mal. Ai não comia. Ai resolvia fazer um teste pra ver se era o bolo que me fazia mal, ai eu sentia, ai meu Deus era o bolo que tava me fazendo mal. Ai eu olhava o doce e pensava será que como ou não? Ai não comia não.Eu lembrava do que eu assistia nsa reuniões que não podia comer doce, comer bolo e salgado e ai mudei e não to mais comendo (ESPERANÇA).

Eu de noite tomava sorvete, tomava refrigerante, agora só tem uma coisa que não tirei foi o pão.Eu aprendi a comer menos, a me controlar mais, é difícil mas tô conseguindo.É duro mas to conseguindo (PERSISTÊNCIA).

Pra mim trouxe controle, porque eu comia tudo que vinha pela frente..comia mesmo e não tava nem aí, comia chega ficava alojada, e ainda tem mais, quando eu sinto fome eu choro..quanto mais fome mais tenho vontade de comer. A primeira semana pra eu me controlar foi ruim, foi difícil, dizia que queira morrer, que não queria mais comer..mas se eu não me cuidar eu que vou morrer mesmo, ai resolvi fazer tudo direitinho..tô conseguindo diminuir a comida, duas colheres de arroz, cenoura ralada...eu tô conseguindo..Ta difícil mas tô conseguindo

(PAZ).

O beneficio que o grupo trouxe foi o exercício que eu fazia errado.. aprendi a forma de caminhar certo, de me alongar..bota o corpo pra cá, bota o corpo pra lá..o beneficio do grupo foi esse porque eu achava que caminhar aquela coisa deseSperada..eu caminhava daqui até o Iguatemi, muito rápido, de uma forma desesperada mesmo, mas como eu entrei no grupo eu vim a compreender que a caminhada era pra ser feita de forma que também aliviasse a minha mente, de forma que eu estou muito grata ao grupo porisso. Às vezes a gente até convida as celegas do bairro pra caminhar agora também (ÂNIMO).

Coordenadora: MUITO OBRIGADA A TODAS POR TEREM VINDO, ATÉ O NOSSO PRÓXIMO ENCONTRO.

2ª Sessão de Grupo Focal

Data: 14/10/03 (3a. Feira)

Tema Foco: As dificuldades para a adesão no autocuidado

Participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranqüilidade, Amor e Integração.

(Neste dia Força chegou chorando muito em virtude de sua preocupação com a violência. antes mesmo que eu fizesse a questão inicial ela começara a se expressar).

O grupo é um local pra gente relaxar, porque onde a gente mora é difícil, muito difícil, você está na frente de sua casa, e imediatamente você ver todo mundo correndo, é bala, bala, bala pra todo lado, você fica de um jeito tão grande que tem vontade de sair correndo pra dentro e não tem nem ânimo pra se levantar, não tive mais vontade de fazer minhas atividades, não tive mais. É terrível, deixa a gente sei lá, sem ânimo pra viver (FORÇA).

Eu fico me tremendo toda quando isto acontece (AMOR).

As pessoas envolvidas nessa violência são vizinhos da gente, a gente viu esses meninos nascerem, a gente gosta deles. A gente sabe que eles são ruins mas, a gente não aceita isso..é ruim demais a gente viver numa violência dessas (FORÇA).

Coordenadora: VOCÊS ACHAM QUE A VIOLÊNCIA ATINGE A SAÚDE DE VOCÊS?

Mas é claro que atinge, a gente fica num nervosismo grande. (CORAGEM)

Ela afeta muito porque as pessoas que fazem a violência ficam libertas na ruas e nós que não fazemos ficamos dentro de casa, com medo de sair. Ai altera o problema de saúde da gente (INTEGRAÇÃO).

É com certeza... (TRANQUILIDADE).

Atinge, atinge muito. Ataca nossos nervos, nossa diabetes e pressão sobe, com toda certeza (AMOR).

E a gente que tem filhos..eu tenho sete netos dentro da minha casa..as mães trabalha e eles fica comigo..é uma preocupação a mais pra gente, tudo isto. Choro (FORÇA).

E tu aceita esses netos todos? (CORAGEM)

O que é que eu posso fazer, muita gente me critica, mas o que eu posso fazer? (FORÇA).

É por causa disso ai que a pressão da gente sobe (AMOR)

Deus sabe o que a gente passa (CORAGEM)

Por isso é bom estar aqui no grupo por que a gente pode falar o que sente, já no ambulatório não dá não (FORÇA).

Não dá mesmo não, muito pouco tempo (CORAGEM)

Cada um tem seus problema (SAÚDE).

COMOÇÃO NO AMBIENTE. SILÊNCIO E CHORO

Quando eu to assim com problemas, faltando coisas na minha casa, com minha criança doente eu sinto logo dor de cabeça, e horrível, horrível, horrível (CORAGEM).

Coordenadora: ESTES ACONTECIMENTOS DIFICULTAM VOCES A SE CUIDAREM?

Dificulta assim dessa maneira...eu quero dizer assim, sobre o tratamento do remédio, alimentação, a gente sempre procura se controlar, mas já dificulta da preocupação, dor de cabeça, sei lá, essas coisas...os problemas não dá pra controlar. O que a gente pode controlar a gente controla e já é difícil lutar sozinha imagine com sete. É tão difícil da gente cuidar. Eu não quero ver nos meus netos o que eu vejo nos meus vizinhos já com lutando com drogas. Eu fico 24 horas no pé deles. Eu tenho medo do futuro deles. Cada um tem a natureza diferente, aí eu tenho que agüentar aquilo calado e isso vai fazendo mal a minha saúde. Isto abala muito a gente, tira a tranqüilidade. Por isso eu faço parte do grupo pra eu esquecer tudo isto (FORÇA).

É, a diabetes dispara (SAÚDE).

Eu às vezes, me esqueço de tomar os remédios (AMOR).

Esse negócio da violência atinge muito a gente, o medo, o rancor a gente sabendo quem a pessoa fica com medo e a gente não quer ter medo, a gente não devia ter medo do nosso próprio irmão. Tudo isso faz minha pressão subir e a diabete também. A gente se cuidando em paz, com tranqüilidade já é uma ajuda pra gente. mas sem paz e sem tranqüilidade é horrível. Doutora eu vou dizer uma coisa, antes deu vir pra cá eu passava noite e noites acordada, assistindo televisão, e vendo tudo o que acontecia na rua. Mas hoje já to dormindo bem, me liberei dos remédios controlados que eu tomava isso já foi um grande presente na minha vida que nunca recebi de ninguém, e foi por meio de Deus e de vocês que recebi esse presente. Eu vivia doente, oprimida. A cabeça querendo espocar e nem dor de cabeça sinto mais (INTEGRAÇÃO).

Quando eu deixo meu filho doente meu pensamento é aqui e lá. Sabe doutora Márcia, quando a minha diabetes ta alta é um pouco da preocupação com meu filho, porque quando o meu menino ta bem é tão bom a minha diabetes, fica normal e às vezes quando ele diz: minha barriga ta doendo.. eu fico pensando que pode ser do problema do rim dele e penso coisa pior. Hoje mesmo ele reclamou de dor e aí eu me abalei..mas não era nada não, foi só uma queimadura na barriga dele. A minha felicidade é ele (CORAGEM).

As minhas filhas dizem: ave Maria a mãe só vive nesse grupo, mas elas sabem que eu saindo assim é uma coisa pra esfriar a minha cabeça (FORÇA).

Já aconteceu duas vezes de eu esquecer de tomar os remédios (CORAGEM).

Aconteceu comigo também, de eu achar que tomei o remédio sem ter tomado quando minha mãe tava doente. E outra coisa, eu estando preocupada me dá um peso nas pernas, como uma pessoa que não consegue andar, sabe? Eu digo: já sei, eu vou é relaxar e fazer de conta que não ta acontecendo nada, que eu já sou doente e eu quero é viver mais..aí vou me lembrando de uma coisa e outra. Vou prá máquina costurar invento qualquer coisa, me distraio e pronto (SAÚDE).

Coordenadora: A FAMÍLIA AJUDA VOCÊS A VENCEREM ESTES PROBLEMAS?

Ave Maria, demais..quando falta remédio aqui elas compram e se preocupam comigo. Elas tem muito cuidado comigo. Fazem de tudo pra não faltar nada pra mim, e elas dizem pra eu não faltar de vir pro grupo, porque elas sabem que é aqui é muito bom (AMOR).

A família às vezes causa problemas mas, também ajuda quando precisa (FORÇA).

Coordenadora: *EU ENTENDI QUE VOCÊS ESTÃO VIVENDO UM MOMENTO DE VIOLÊNCIA...*

É, e na rua onde eu moro é muito violenta, porque aqui tem gangues que são divididas nas ruas e não nos bairros, aqui é tudo perto. A gente vive com medo..quando soltam uma bomba eu penso que é bala..eu vivo com medo..é horrível..os meninos compram aquelas bomba e soltam porque já sabem que confunde com bala..é horrível..tudo isto é muito ruim pra nossa saúde. A gente tem de enfrentar isso tudo, pro que der e vier (FORÇA).

Coordenadora: *BEM, SENDO UM AMBIENTE DE VIOLÊNCIA VOCÊS DEVEM PROCURAR ESTAR NO MELHOR CONDIÇÃO DE SAÚDE.*

É porque senão a gente não agüenta(CORAGEM).

Não agüenta mesmo(AMOR).

Pode acontecer coisa pior com a gente (SAÚDE).

O que dá pra controlar a gente controla mas a violência como fazer? Porque tudo acontece muito perto, porque é rua contra rua e não bairro contra bairro. Se dependesse da gente a vida era como antigamente, que a gente dormia até na rua, mas agora..Eu gosto de sentar na frente da minha casa, mas agora, o medo de vir bala, o pessoal atirando. (FORÇA).

Coordenadora: *ALÉM DA VIOLÊNCIA E DOS PROBLEMAS FAMILIARES, QUE OUTROS FATORES DIFICULTAM VOCÊS SE CUIDAREM?*

Quando falta o medicamento aqui é horrível (TRANQUILIDADE).

É horrível, gente não tem dinheiro pra comprar.É uma preocupação a mais.Agora mesmo, não ta faltando remédio pra diabetes não só pra pressão e comprimidos pra não engravidar. Olha eu não tenho dinheiro pra comprar e estou preocupada porque não posso engravidar não. É difícil (CORAGEM).

Se não fossem minhas filhas que podem me ajudar comprando os remédios quando faltam fica difícil. Eu tenho um vizinho que quando falta meu remédio e ele tem, ele me dá..e assim a gente não deixa de tomar remédio. A gente se ajuda,ainda bem que me dou bem com meus vizinhos (SAÚDE).

Quando pode ajudar eles me ajudam.. mas ajudam com o que podem. É difícil, é difícil, é difícil (FORÇA).

As minhas filhas com muito sacrificio ajudam.Isto é uma preocupação a mais (AMOR).

A preocupação com a violência é horrível, a gente não dorme direito porque a qualquer momento podem invadir sua casa.Issó dá muita preocupação pra gente, muita preocupação, é horrível e tudo isto abala muito a saúde da gente.Por isso doutora é bom vir pro grupo, porque aqui a gente esquece um pouco de tudo isto e se prepara pra não se abalar muito a nossa saúde (FORÇA).

A falta de remédio é muito ruim porque o dinheiro é curto pra ta comprando eles(INTEGRAÇÃO).

Hoje eu tive uma preocupação grande, na hora que eu boto o arroz no fogo, a gás seca. Ai eu pensei, meu deus o que eu vou fazer sem dinheiro pra comprar o gás, com uma criança doente é horrível, né?Ai fui na minha mãe, ela entendeu e contou pro meu pai..meu pai Ave Maria é tudo o que eu tenho, ele e minha mãe, deixam de comer pra me dar..meu pai trocou uns cupons e comprou o meu gás, e chegou com o gás na minha casa.. a minha família em ajuda muito (CORAGEM).

Meus filhos são ótimos..no dia que meu filho começou a trabalhar todo sem me da dinheiro e isto ajuda muito (SAÚDE).

Coordenadora: ESTAS SÃO AS DIFICULDADES NO MOMENTO..E QUAIS FORAM DIFICULDADES QUE VOCES ENFRETARAM QUANDO DESCOBRIRAM QUE ERAM DIABÉTICAS?

Quando o médico olhou e disse que eu estava com começo de diabetes, essa historia né..eu fiquei triste..só que na minha familia não tem ninguém, só aconteceu isso comigo. Ai eu entendi que diabetes não tem cura, só tratamento mesmo. Eu me acostumei por mim mesmo, as vezes eu fingo que não tenho diabetes, porque não adianta ta pensando, me dá logo dor de cabeça, eu não gosto de pensar. Eu fingo que não tenho diabetes, mesmo tomado os remédios e fazendo o tratamento, eu faço assim.A minha maior dificuldade foi a comida, a doutora, a senhora e o grupo me ajudaram muito (CORAGEM).

Coordenadora: EU GOSTARIA DE DEPOIMENTO DE TODAS VOCÊS.

*Quando eu descobri eu pensei: Meu Deus mais um problema. Mas a maior dificuldade foi mesmo a comida sabe doutora, porque eu sou gulosa, tudo o que eu vejo eu quero comer..eu adoro doce, e não poder comer doce! Mas é isso mesmo, eu faço aquilo que pode..às vezes sou teimosa, como o que não. Posso comer, eu digo não, não vou comer não. Por Deus que eu conheci o grupo aqui, porque me ajudam muito a não ficar fazendo o que não devo, porque vocês foram orientando, fui pegando experiência, e eu fazendo o que posso, né. Às vezes eu passo da medida, mas...Eu adoro participar do grupo porisso, porque que toda semana tá reforçando, né. E estar no meio de muita gente a gente se anima e vai levando a vida. Acho que o tratamento pro diabético é o grupo mesmo, se reunir tudo junto, conversa uma coisa, conversa outra e ai a gente vai se cuidando melhor(SAÚDE).
É, eu também acho, ta lembrando a gente de como se cuidar (CORAGEM).*

Quando eu descobri em tava pesando 88 Kg e urinava muito..fui pro médico e tomava um monte de comprimido.. tava 380 e agora ta cento e pouco. Eu faço como a senhora disse, não como macarrão não, aprendi a caminhar eu to ótima (AMOR).

Eu fui à reunião no colégio dos meus meninos e fiz exame lá que tinha uma campanha.. a dificuldade mesmo foi de entender mais da doença porque eu até agora to bem..faz pouco tempo e agora no grupo dei sorte. Não tomo comprimido. Mas quando eu soube do grupo pela senhora ela ta sempre controlada, graças a deus, apesar das minhas preocupações, das minhas loucuras, do que acontece na minha vida, ms graças a Deus ta controlada. Eu faço o possível, só a preocupação que não dá pra gente controlar, mas o resto (FORÇA).

Pra mim quando descobri foi como uma provação, porque a minha filha mais velha é diabética e ela não aceitava, ai então eu pedi a São Francisco das Chagas que ela ficasse boa; então, quando eu descobri e quis me assustar com a diabetes eu me lembrei do que tinha pedido a São Francisco das Chagas. Ai então o que aconteceu: a minha filha ta boa, quer dizer assim ta bem controlada . Eu acho que é provação de Deus (INTEGRAÇÃO).

Coordenadora:EU QUERO AGRADECER NOVAMENTE E ATÉ O PRÓXIMO ENCONTRO.

2ª. Sessão de Grupo Focal

Data: 15/10/03 (4a. Feira)

Tema Foco: As dificuldades para a adesão no autocuidado

Participantes: Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Paz, Compromisso e Ânimo.

Coordenadora: EU QUERO QUE VOCÊ FAÇAM UM ESFORÇO DE MEMÓRIA E CADA UMA DISSESSE COMO DESCOBRIU QUE ERA DIABÉTICA E AS DIFICULDADES EM RELAÇÃO AO CUIDADO.

Posso começar? Quando eu descobri que eu era diabética, sabe, eu fiquei muito triste, eu até chorei. Isso faz três anos. Eu senti uma reação muito grande, uma dor muito forte, porque era a única coisa que eu não queria ter era essa diabetes. Eu sempre via senhoras com mais idade do que eu dizer que tinha diabetes, que era diabética, e eu via como elas ficavam com essa diabetes, sabe? Elas não podiam ter susto, vexame, não comia todas as comidas e tinha remédio que elas tomavam todo dia..Ai eu via muita dificuldade (ESPERANÇA).

Comigo foi parecido, depois eu conto..pode continuar (ÂNIMO)

Quando eu não tinha remédio, que faltava no posto, ficava de 15 a 20 sem tomar por falta de remédio...quando a consulta daqui servia para pegar no CIES, tudo bem, pegava o remédio que precisava, mas depois que cortaram isto.ai lá nem tinha nem aqui tinha. Aconteceu de eu passar 15 a 20 dias sem tomar remédio,só tomando chá de folhas, mão de vaca, folha de insulina e outros chás, sabe?tomava o urucum em carocinho para o colesterol(ESPERANÇA).

Coordenadora: QUEM ENSINOU ISTO À SENHORA?

O pessoal que já era acostumado a tomar me ensinaram. Eu cheguei até a tomar o fel de boi, porque foi na época em que aqui não tinha remédio. Eu tava sentada ali pertinho e uma mulher perguntou: já vai? Eu disse: vou, não tem remédio. Ela perguntou: qual remédio que a senhora toma? Eu disse eu tomo a glibenclâmida e captopril. Ela disse: tom,a esse remédio não mulher, se você quiser eu lhe ensino um remédio que vai melhorar. É alta a sua diabetes?Ta descontrolada porque to sem os remédios. Então vou lhe ensinar um remédio pra baixar tudo até sua pressão, é o fel do boi, a senhora arranja na feira ou no matadouro(ESPERANÇA).

Quando eu descobri essa história de diabetes o que eu mais senti foi a comida, quando recebi um papel dizendo da comida, eu disse: "Ai meu Jesus a lista da fome, eu não posso ficar sem comer farinha". AH minha filha sem farinha eu tremo. Nem era pra comer farinha, nem era pra comer arroz...era pra comer bem pouquinho. Ai eu pensei: Eu tenho que cumprir a dieta, ai comecei a cumprir, e passei um mês fazendo a dieta..mas não agüentei não; eu adorava manga e não podia comer, mas eu só danada e comecei a comer tudo..também não tinha dinheiro pra comer o que tinha no papel. (COMPROMISSO).

Coordenadora: A FALTA DE DINHEIRO É UMA DIFICULDADE PRA VOCÊS?

É pra comprar as coisas que dizem que é bom pra gente. Eu passei a maior luta e não agüentei não.(COMPROMISSO).

É muito. MOTIVAÇÃO

Coordenadora: VAMOS CONTINUAR FALANDO DAS DIFICULDADES.

É o remédio que falta muito, porque eu não tenho dinheiro pra comprar quando falta aqui. Ai eu tomo um remédio caseiro que me ensinaram, a que disseram que é bom pra diabetes. Tendo o comprimido ou não eu sempre tomo o chá (COMPROMISSO).

A minha dificuldade é quando não tem remédio, eu fico muito preocupada e faço o que me ensinam. A alimentação eu vou levando, a dieta, aprendendo aqui no grupo com outras mulheres que tem diabetes, e vou levando a dieta. É tanto que agora me dou com a dieta porque eu comia muito antes e agora eu como menos. Agora eu me dou bem com a dieta(ESPERANÇA).

Comer escondido é coisa de diabético(ÂNIMO).Risos

É mesmo..quando dá uma fome a gente come o que não deve. (ALEGRIA).

Prá quem tem controle e tudo, são poucos que não dá uma bicadinha escondida...tô comendo ninguém tá vendo, né?ninguém tá vendo, vou comer um pouquinho hoje,mais um pouquinho amanhã e assim vai... o diabético sente aquela vontade de comer mesmo. Tudo o que a gente comer fora do limite, seja o que for, a gente engorda.Antes deu saber que era diabética era muito bom, muita cerveja, ia pro muito forró todo final de semana, eu curtia a minha vida né.Quando descobri que era diabética ela tava muito alta, lá pra 300, a pressão nas alturas e tava muito gorda, ai pronto ai eu chorei, mas chorei, ai pronto..vou fazer como a dona Compromisso:lá se vem a lista da fome, né?quando eu olhei pra dieta eu disse: pronto, eu vou morrer agora e é de fome. Minhas filhas disserem: mãe pelo amor de Deus..eu disse: é eu vou fazer que eu queria é viver, não to nem ai não.Eu fiz mesmo, eu fiz a dieta do jeitinho que era pra ser..mas sofri, mas sofri, mas sofri, mas sofri mesmo. Eu sofria com vontade de comer, eu sentia vontade de beber minha cervejinha no final de semana, que eu bebia..Ta aqui quem me conheceu bebendo, eu era muito alegre..não sou triste hoje porque já me acostumei mas no começo pra mim tinha acabado o mundo...eu chorava muito.Ai, proibi todo mundo de comer as coisas lá em casa. Eu dizia: Meu Deus me ajude que não pode ser assim, tô sendo egoísta demais, eles não são diabéticos..eu tenho mais é que ver aquilo ali e entender, e botar na minha cabeça que eu não posso,né?Ai em pensei na minha mãe que morreu de diabetes. O sangue dela açucarou de repente.Ai eu pensei: é minha mãe morreu assim.Então eu me esforcei e fazia a dieta, eu tinha condições naquela época. Mas o que mais foi difícil era que eu sentia falta das comidas gostosas. Eu era cozinheira, fazia bolos de aniversário e nada pôdia provar ai pronto foi assim o meu sofrimento (ÂNIMO).

Coordenadora: E HOJE QUAL A SUA DIFICULDADE?

A violência atrapalha no meu tratamento porque fico preocupada com meus netos ,e é muito difícil, muito difícil controlar a violência. Porque de repente você ta em casa, ta deitada como aconteceu uma vez, eu tava deitada assistindo a novela das oito eu tava feliz, ai eu ouvi uns tiros, e disse: vixe é tiro..tinha acabado de dar uma neblina, tinha chovido. A minha menina tinha saído, quando de repente ela chega chorando e diz que foi no vizinho, e que ele já foi pro hospital morto..eu comecei a chorar.. Por que Deus aconteceu isso com ele. (ÂNIMO).

Era meu sobrinho. (COMPROMISSO).

Eu me abalei muito.. a violência nos abala, né? Ai onde está o processo da violência que atinge...você hoje não pode sentar mais numa calçada como antigamente. Também tive dois sobrinhos mortos no trânsito da violência, numa moto..eles não andavam correndo na moto, não tinha bebido..a família não vai atrás pra não gerar mais violência.São esse tipos de coisa que afeta, que abala a diabetes da gente.. se você ta tranquilo o medicamento certo, controlado, e de repente vem uma coisa dessas né..tem a família também que , se não seu filho que dá trabalho, mas já é seu neto..como já aconteceu comigo. Que já passei mal com notícia de meu neto.Issso tudo abala, a violência... (ÂNIMO).

O diabetes vai lá pra cima, é horrível viver num lugar assim. (ALEGRIA).

Eu corro pra tomar os remédios porque sei que ela vai se abalar. (ÂNIMO).

Eu não.. eu esqueço de mim..esqueço de tudo..de tomar remédio, da dieta e corro pra comida. Às vezes o que me preocupa também é a alimentação é porque hoje eu não trabalho.. e nem todo dia tem aquilo que eu precisava comer.. nem todo dia a gente tem dinheiro (ALEGRIA).

Nem todo dia eu tenho a alimentação certa: a laranja, uma fruta..nem todo dia tem, ai não tem como comprar e eu como o que tenho. Na minha casa só o meu marido trabalha e trabalha quando tem, não é empregado, eu não tenho salário, então quando tem dinheiro eu compro fruta , quando não tenho como o que tenho em casa (PERSISTÊNCIA).

Nem todo dia tenho dinheiro pra comprar remédio..às vezes falta daqui.. a gente tem de sair de madrugada pra conseguir uma ficha arriscando a vida pra conseguir remédio em outro posto (ALEGRIA).

Uma dificuldade que eu tinha era porque tinha vergonha de ser diabética..hoje não, eu digo que sou diabética que não pega, não pega não.A comida muita pouca, uma laranja, uma banana, um pãozinho é ruim..um ovo por semana..nem posso comer miúdo de galinha...é horrível. (PERSISTÊNCIA).

No mês passado acabou o meu e faltou aqui..como ela (apontando para uma participante do grupo) tinha ela dividiu o remédio dela comigo..isso porque a gente ficou mais amiga aqui no grupo e eu contei pra ela que tinha acabado o meu aí eu fui na casa dela e ela me deu. (ALEGRIA).

Coordenadora: VOCÊS COSTUMAM SE AJUDAR?

Ela me ajudou. Ela é do grupo, a gente conversava muito quando se reúne e ela me ajudou.(ALEGRIA).

Mas você é minha cunhada e não me disse?MOTIVAÇÃO

Mas ela é do grupo, já disse e a gente conversa muito lá..então ela me ajudou. (ALEGRIA).

Coordenadora: O GRUPO TEM AJUDADO VOCÊS A VENCEREM ESSAS DIFICULDADES?

O grupo me ajuda muito, ele funciona de 2ª a 2a, é muito bom, ele renova a gente. Aqui agora, depois do grupo eu to comendo mais verdura e to conseguindo perder peso. Agora o que eu gosto mesmo é da caminhada, ela me faz muito, muito bem. O grupo é maravilhoso porque me ajuda a controlar a diabetes melhor (ÂNIMO).

Eu me sinto assim, às vezes eu to lá em casa, vejo meus netos brigando, aí fico com raiva e me abato, né? E quando venho pro grupo melhora, fico mais feliz (PERSISTÊNCIA).

O grupo me dá alegria e assim vai me ajudando a vencer os problemas e as dificuldades do dia a dia né? (ALEGRIA).

O grupo é bom porque anima a gente e a gente não se sente sozinha.. vocês dão atenção e são educadas, e ensinam tudo direitinho pra gente. Eu me lembro de como eu fiquei apavorada quando descobri a diabetes. Eu tava perdendo peso e não sabia porque era, eu achava que era um gripe, aí eu fui pra cá pra doutora da prevenção, aí fiquei apavorada, a doutora disse: minha filha, não você não faz três meses que fez a prevenção. Eu disse: mas doutora pelo amor de Deus eu to perdendo peso, o que é que ta acontecendo? Ela disse assim: vá ali pró médico, clínico geral. Eu vim pra doutora e recebi o resultado do exame, tava 380. Isso faz uns três anos. Eu tinha umas dores nas pernas muito grande. A doutora me mandou pro posto 3, quase que eu não encontro e lá me disseram pra voltar no outro dia bem cedinho. Eu fui e fiz todos os exames e recebi uma lista deste tamanho de remédio e da dieta; eu não podia comer manga, não podia comer ata. Meu Deus do céu. Eu disse Ah doutor eu vou morrer.. você me matou. Foi horrível. Fiquei uns tempos lá e quando deu 170 o doutor disse para eu voltar por posto aqui, ele não me deu nem remédio lá. MOTIVAÇÃO

Coordenadora: OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO DE TODAS E ATÉ O PROXIMO ENCONTRO.

3ª Sessão de Grupo Focal

Data: 21/10/03 (3a. Feira)

Tema Foco: Grupo, diabetes e autocuidado

Participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranquilidade, Amor e Integração.

Coordenadora: HOJE NÓS VAMOS BRINCAR DE UMA DINÂMICA CHAMADA CHUVA DE IDÉIAS, OK?EU VOU COMEÇAR A DIZER FRASES OU PALAVRAS E VOCÊS VÃO DIZENDO AQUILO QUE DESEJAREM SOBRE ELAS.VAMOS COMEÇAR AGORA:

Coordenadora: DIABETES...

Não é muito bom viver com diabetes. Bom, não é não, mas a gente fazendo tudo pra controlar, tá indo bem (FORÇA).

Quando eu fiz o exame que descobri que era diabetes, eu não sabia, aí me deu uma crise, eu fiquei muito triste de achar que ia morrer logo, mas já tá com uns três anos..graças a Deus to quase boa, a doutora Márcia me encaminhou pra cá, já tem quase uma ano que to com ela e to adorando. Eu pesava cento e seis quilo e meio e agora to com noventa e seis. Tô gostando bastante, to bem melhor a minha diabetes não é mais alta..a minha urina era bem docinha e agora tá salgada..aí to bem, graças a Deus (TRANQUILIDADE).

Prá mim ela é muito triste, eu fiquei muito triste porque não pode comer nada que gosta, tem que sair das coisas que gosta, doce, açúcar que eu gosto;tudo mudou porque minhas comidas era tudo doce. Eu sinto falta dessas comidas porque eu ainda não me acostumei com essa vida (CORAGEM).

Diabetes prá mim foi uma surpresa que apareceu, é uma doença que não é muito boa não mas a pessoa tem que saber mudar de vida, fazer o que não fazia antes, né? Tem que fazer regime, as caminhadas, que é pra poder ficar melhor (SAÚDE).

É uma doença mais pra gente sofrer e pra gente acreditar que não fica boa, mas eu tenho fé em Deus que controlo (INTEGRAÇÃO).

Pra mim é deixar de comer o que gosto, deixar de comer rapadura que gosto muito, deixar de comer comida com gordura.É tirar o que gosto de comer (AMOR)

Coordenadora: MUDAR OS HÁBITOS ALIMENTARES...

Ah minha filha é tão ruim. Você gostar e não poder comer é muito ruim, mas a saúde da gente é melhor (FORÇA).

Meu Deus não comer doce de caju é horrível, é horrível, pois sim, mas a pessoa sofre viu, a pessoa sofre, que sai assim e vê aquelas comidas boas que não pode comer, saber que não pode comer, mas a pessoa faz um jeitinho, se controla e deixa passar (SAÚDE).

Fico com água na boca, as vezes eu tiro o olho prá não ficar vendo, porque se eu ficar olhando eu tenho certeza que como. Mas, eu faço tudo pra esquecer né, eu não posso comer mesmo (CORAGEM).

Porque não comer é muito difícil, seguir o regime é horrível mas depois que a gente se costuma a gente tem de fazer mesmo pro nosso bem (INTEGRAÇÃO).

Se eu não como o que gosto a minha diabetes fica melhor (TRANQUILIDADE).

Se eu for comer tudo o que gosto eu me dou mal, mas me dou bem agora porque não como o que não posso (AMOR).

Coordenadora: TER SAÚDE...

Ter saúde é poder cuidar do meu filho porque sem minha saúde eu não posso cuidar dele, né? o que eu mais queria é ter saúde do meu filho porque quando deus quiser dá ele dá mesmo. o que eu mais quero é ter saúde pra cuidar de mim e do meu filho (CORAGEM).

Saúde prá mim é a melhor coisa que existe, porque com ela a gente trabalhar, lutar, ajudar os outros né.. porque você tem força. prá dar aquela palavra de força . Prá mim saúde é muito importante porque assim ajudo minha familia. Tudo o que eu quero é pra minha familia (SAÚDE).

Quando a gente tem saúde tudo é mais fácil pra gente, né? A gente vive mais feliz com saúde. (AMOR)

Ter saúde é ter coragem de conversar, de caminhar. É ter coragem de viver. porque a gente sem saúde perde o gosto de viver (INTEGRAÇÃO).

Saúde é tudo na vida da gente. Primeiramente Deus, segundo a saúde, porque você com saúde você pode trabalhar, principalmente eu, quer cuidado dos meus netos, mas a gente com fé em Deus. Eu queria mais saúde que é o que eu não tenho, queria emprego para os meus filhos, paz na nossa comunidade e dinheiro. (FORÇA).

É uma beleza pra gente, a gente fica tranqüila , satisfeita e sendo doente a gente acha ruim a gente pensa em morrer eu não quero morrer cedo, tenho seis filhos quero viver muito ainda, eu penso em morre bem velhinha. A minha mãe morreu disso, de diabetes e minha irmã morreu também agora, mas não foi disso não, forma as veia entupidas, ela gorda como eu. (TRANQUILIDADE).

Coordenadora: PARA MIM, PARTICIPAR DO GRUPO É...

Muito bom, porque fiquei atenta a mim, fiz muitas amizades, conheci gente nova. Primeiro eu moro aqui há muito tempo e não sabia o nome das pessoas, pois sim, pra mim foi a melhor coisa ter participado desse grupo e, é porisso que faço questão de não faltar e pedir pra minhas colegas virem também (SAÚDE)

Pra mim desde que comecei que eu acho bom né devido a tudo que eu aprendi aqui sobre me cuidar e porque melhorou a minha diabetes. (CORAGEM).

É muito bom porque tudo melhorou pro lado da gente, graças a Deus (AMOR).

É uma beleza, eu gosto, a gente conhece mais as amigas, e foi aqui que eu aprendi a me cuidar e tem um bocado de doutora também pra ajudar a gente. É uma beleza (TRANQUILIDADE).

Pra mim é maravilhoso porque no grupo eu aprendi o que se deve e o que não se deve comer tive mais amizades com mais gente eu acho que somos uma família principalmente a nossa coordenadora que é a senhora. A gente tem de dizer o que sente e é isso o que sinto, é que aqui é uma família (FORÇA).

É alegria, é amor, é fazer boas amizades, fazer amizades dentro do grupo. A coisa pior que tem é fazer o que não se quer e no grupo ninguém é obrigado a vir. Vem quem quer e quem se sente do grupo. Eu me sinto do grupo porque aqui a gente tem liberdade de falar, de dialogar (INTEGRAÇÃO).

Coordenadora: CUIDAR PARA MIM É..

Cuidar pra mim é evitar tudo o que for de ruim pra saúde. A gente tem de ser limpo, de lavar bem os pés e enxugar bem os dedos por causa da diabetes e também saber se alimentar do que deve. É saber evitar outras doenças (SAÚDE).

Pra mim é amanhecer o dia e enfrentar mais uma luta em casa. Me acordo cedo, tomo banho, como duas bolachinhas com café e adoçante, né. E o resto da vida é cuidar do meu filho e das minhas coisas (CORAGEM).

Pra mim se cuidar é entender tudo o que passaram pra gente, e a saúde é mais, com mais chance de ficar boa, né? De controlar né? (AMOR).

Tem muitos tios de cuidar: é cuidar da saúde, cuidar de vida, é cuidar de amizades. Não adianta me cuidar no grupo se eu não me cuidar na minha casa. Não adianta tomar um banho e vestir a mesma roupa. Eu não tô cuidado de mim assim, tô cuidando do banho mas não de mim. O cuidado você tem de ter diariamente. Eu acho muito bom ter cuidado de mim. É ter uma esperança que você vai chegar lá, vai melhorar a saúde. Tudo tem que ser feito com amor e com a liberdade. (INTEGRAÇÃO)

Se cuidar pra mim é tanta coisa..eu acho assim, primeiramente cuidar da minha saúde e depois das obrigações da casa, sei lá tocar a vida pra frente..andar, caminhar até o dia que Deus permitir (FORÇA).

É ter cuidado é ter as responsabilidades de não comer o que não é pra comer e fazer as coisas que passam pra gente fazer (TRANQUILIDADE).

Coordenadora: EM DIABETES EU NÃO QUERO...

Não quero que a minha diabetes dê alta, alterada, que sempre de baixa, porque quando ela tá alta eu me sinto mal, sinto tontura a minha preferência é que ela fique sempre baixa. (CORAGEM)

Não quero mais complicar mais nada quero fazer tudo direitinho que é pra ela não complicar e não aumentar, controlar bem controlada para eu fazer tudo o que eu quero, né. Viver minha vida. Diabetes pra mim, não quero nem falar nisso eu vou me curar se Deus quiser. Quero viver, né (FORÇA).

Eu não queria mais que ela suba e que ela continue sempre normal, como ela ta sendo, baixa. Eu quero é me esquecer da diabetes. Eu quero que diabetes saia de perto de mim, porque Deus é os médicos dos médicos. Ele é tudo na minha vida (SAÚDE).

Eu tenho medo que ave Maria tenho que amputar minhas pernas. Eu morro de medo. Eu faço tudo pra não me ferir (INTEGRAÇÃO).

Eu não quero morrer como a minha mãe disso (TRANQUILIDADE).

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO DE TODAS.

3ª. Sessão de Grupo Focal

Data: 22/10/03 (4a. Feira)

Tema Foco: Grupo, diabetes e autocuidado.

Participantes: Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Paz, Compromisso e Ânimo.

Coordenadora: VAMOS FAZER UMA DINÂMICA CHAMADA CHUVA DE IDÉIAS. EU VOU COMEÇAR A DIZER FRASES OU PALAVRAS E VOCÊS VÃO DIZENDO O QUE DESEJAREM SOBRE ELAS.OK?VAMOS COMEÇAR AGORA:

Coordenadora: PARA MIM GRUPO É...

Para mim é muito importante porque eu estou aprendendo muitas coisas que eu não sabia, eu to aprendendo aqui no grupo, né?A me cuidar mais da minha saúde,né?que eu não tinha muito cuidado..nas caminhadas que forma muito importante pra mim..e muitas outras coisas que foi importante (PERSISTÊNCIA).

É mais vida, mais saúde, mais amizade, mais força de vontade de levantar e dizer eu vou viver, recuperar a minha saúde e ess diabetes vai baixar, essa pressão também. Alguém vai ajudar, o grupo todo ta aqui pra me ajudar, pra me dar força eu não to sozinha tem muita gente como eu.O grupo prá mim é isso, né?É um grupo de apoio, apoiar em tudo, na saúde, às vezes até na vida, um desabafo, porque nem com todo mundo você pode contar alguma coisa que aconteceu com você, que às vezes tem dez pessoas e uma lhe ajuda ..ai então o grupo pra mim é muito importante, eu acho muito importante (ÂNIMO).

O grupo é esse que nós se encontra agora de pessoas né que vem pra cá participar das palestras. Isto me deixa tão feliz que eu vivo maravilhosa, muito bom mesmo. A minha vida mudou completamente, mudou em muitos sentidos: eu antes não era assim alegre, eu era alegre mas não era muito alegre, porque quando chega quinta feira eu fico doida que chegue esse dia aqui. Eu me sinto bem acompanhada e sei que estou bem, bem mesmos, eu nunca apensei em ter a saúde que eu tenho agora porque eu sei me cuidar eu como só o que posso comer pra diabetes e tudo isso eu aprendi aqui no grupo. Quando eu vejo alguma coisa que eu não posso comer, porque lá em casa tem um botequim e lá vende bobo, ai eu digo, eu vou lá pegar três pedaços de bolo, mas eu dou três viagens e não tenho coragem de pegar e me lembro que faz mal, que aumenta a minha glicose e ai pronto dou meia volta.Eu me sinto muito feliz aqui (ESPERANÇA).

O grupo pra mim é uma alegria, tornou-se um grupo de amizade, né, me dá muita alegria, paz. Às vezes a gente chega aqui muito pra baixo e sai lá no céu (ALEGRIA).

Pra mim grupo é a convivência, é uma ajuda, parece que tira a gente de um canto e bota noutra, dá alegria e ajuda muito a gente ser mais feliz (PAZ).

O grupo para mim é a ajuda pra vencer as coisas porque antes eu tinha depressão, eu sentia vezes vontade de chorar não tinha ânimo pra nada, ai depois que eu vim pro grupo acabou a depressão e melhorou a minha diabetes; eu fiquei mais alegre, me sinto ótima (MOTIVAÇÃO).

Coordenadora: PARA EU ME CUIDAR EU PRECISO DE...

Apoio das pessoas (ALEGRIA).

Como a senhora que está dando muito apoio a gente, ta dando muita tranqüilidade, muita paz, quando a gente tá aqui parece que ta do outro lado , aquela coisa boa, muito bom, pra ta sendo ótimo (PERSISTÊNCIA).

Eu preciso de muitos amigos, muita gente boa, porque já tem gente ruim demais nesse mundo, e eu preciso de força de vontade, como eu já disse, pra controlar a minha boquinha né. Esse final de semana foi lindo e maravilhoso por um lado e ruim pelo outro, porque foi batizado de quatro criancinhas lá em casa e foi um festa muito bonita, os meninos de branco; aí foi o lado bom, né. Ai teve o lado ruim pra mim né? eu vi amanhecer o sábado e domingo fazendo os comes e bebes, né; eu fiz uma feijoada, bolo confeitado, fiz sem ser confeitado, fiz brigadeiro, caipirinha né, que é uma coisa que eu sempre gostei muito, né. mas ai tive aquela força de vontade de fazer tudo aquilo, só olhar e não provar. Passou tudo isso, chegamos da igreja e tudo feliz, terminou o dia e entrou pela noite e ai eu fui muito aplaudida sabe, elogiada: vamos bater palma pra coroa que ela não provou a caipirinha e nada. Eu fiquei alegre e ao mesmo tempo triste (risos) de não poder participado daquela linda festa q eu mesma fiz né. mas é isso mesmo fazer o que? Coloquei na minha cabeça que eu não podia mesmo. Que isto possa servir de espelho pras minhas amigas que são como eu né? Que bote isso na cabeça como uma maneira de que vocês podem conseguir. Eu não podia ser egoísta e não fazer a festa lá em casa, na minha filha a casa é bem apertadinha. Eu fiz na minha casa e me senti muito bem. Tive um final feliz (ÂNIMO).

Pra mim me cuidar eu preciso de conversar com as pessoas e eu me sentir que preciso melhorar (ESPERANÇA).

Preciso de apoio das amigas, da senhora que está acompanhado a gente muito bem. eu estou muito feliz. a senhora está acompanhando a gente até hoje e vai continuar se Deus quiser. E assim sei que vou melhorar cada vez mais. (ALEGRIA).

Coordenadora: ACHO IMPORTANTE PARTICIPAR DO GRUPO PORQUE...

Por que a gente tem apoio dos amigos e vocês cuidam da gente e por ai vai. (ALEGRIA).

Porque dá muita alegria é muito bom prá mim, eu me sinto outra pessoa. As vezes a gente tá em casa preocupada com umas coisas, né? com um filho, com um neto.. e a gente chega aqui a cabeça da gente não pensa em outra coisa a não ser na saúde, como a gente deve agir com a gente mesmo, né.. (PERSISTÊNCIA).

Aqui no grupo a senhora dá confiança a gente.. são poucas que fazem isso. A senhora devolveu a vontade da gente viver e confiança também, porque às vezes a gente ta em casa triste e quando chega aqui deixa tudo do lado do portão (PAZ).

Eu melhoro muito da minha diabetes, to sabendo como está a minha a saúde, tanto a minha diabetes como a minha pressão (ESPERANÇA).

Eu me sinto bem no meio do grupo, porque quando tô aqui esqueço todos os meus problemas.(MOTIVAÇÃO)

Coordenadora: AS DINÂMICAS DO GRUPO FORAM...

Boas pra mim, né? me diverti muito, foram engraçadas e a gente se esquece até do tempo. o tempo passa rápido e a gente nem percebe, né? (PERSISTÊNCIA).

Eu adorei também..elas deixam a gente bem a vontade. Me fez lembrar os tempos de criança.Me lembro que a gente foi desenhar pra reativar a memória..foi orimo..foi maravilhoso(ÂNIMO).

Deixa a gente feliz (ALEGRIA).

Muita boas pois a gente também se diverte (ESPERANÇA).

Pra mim me faz ficar à vontade no grupo pra falar (PAZ).

Foram muita boas porque me ajudaram a esquecer os problema e ajuda a ter força pra gente se cuidar (MOTIVAÇÃO)

Coordenadora: AS PALESTRAS ME TROUXERAM...

Muita atividade porque a gente aprende muita coisa, pra gente falar, tudo isso(PERSISTÊNCIA).

Pra mim trouxe muita coisa boa mesmo, coisa que reanima a gente (ÂNIMO).

São ótimas, pois as coisas que eu não sabia agora eu sei,né (ESPERANÇA).

Nas palestras eu aprendi, aprendi como é que a gente se cuida da saúde da gente,né?Porque eu não sabia, eu não ligava e agora eu me cuido, não estou comendo mais do jeito que eu comia..to comendo mais diferente.(MOTIVAÇÃO)

Coordenadora: NO GRUPO EU APRENDI...

A conhecer vocês, né? (ALEGRIA).

A fazer amigos e não é nenhum sacrificio, porque as vezes o apoio que nos temos aqui nos não temos em casa, né? A gente fica chateado as vezes com os meninos, com uma pequena frase que filho diz com a gente,ai quando chega aqui a gente se anima, olha mais pra gente e pensa mais em nós. Não é só eu, mas muita gente pensa assim.Só a atenção que vocês tem pela gente, aqui é maravilhoso, maravilhoso (ÂNIMO).

A fazer amizade e a me cuidar melhor (ESPERANÇA).

A me cuidar mais e fazer amizades. Eu acreditei no grupo, ave Maria, às vezes eu fico pensando assim:será que o grupo vai continuar mesmo?Eu to torcendo pra continuar(MOTIVAÇÃO).

A ser feliz e a se cuidar mais um pouco. (PAZ)

Coordenadora: NO GRUPO EU ME SINTO...

Muito alegre, traz muita alegria. (ALEGRIA).

Eu me sinto gente, eu me sentia um bicho..é mesmo. Antes eu vivia isolada, agora já consigo me entrosar; eu não conseguia dar nem um bom-dia. Eu não me lembrava de quando era que eu tinha dado um bom-dia..eu tinha medo de dar até um bom-dia. E agora já me entroso, eu já chego e brinco e converso..foi muito bom pra mim..eu não falava não, às vezes eu fazia só chorar..eu tinha uma coisa tão esquisita, o meu negocio era sumir , sumir, fugir..Agora to melhor. Eu me sinto livre. (PAZ)

É uma maravilha. Foi uma benção eu ter entrado neste grupo.Foi uma coisa mandada por Deus a senhora ter me mandado pra este grupo.(ESPERANÇA).

Com vontade de viver, faz a gente tirar a máscara e jogar fora e dizer: agora eu vou encarar mesmo sem máscara.O diabetes trás depressão. Pra quem não sabe lidar com ela traz muita depressão e pode chegar até a morte (ÂNIMO).

Coordenadora: COMO ASSIM?

De tristeza. Porque eu acho não existe uma coisa mas triste do que você gostar de uma coisa e não poder fazer. Por exemplo, eu gosto de rapadura. Posso ver qualquer doce que pra mim não sinto nada, mas se eu ver uma rapadura na minha frente eu sei não, o meu coração chora de vontade, eu sou louca de rapadura. O diabetes tirou essa delicia de mim (ÂNIMO).

Pra mim tirou o bolo. (ALEGRIA).

A gente tem de ser muito forte e de ter muita vontade de viver quando se descobre que é diabética (ÂNIMO).

Eu nunca tive depressão por causa disso, graças a Deus.As vezes tenho medo de faltar remédio (PERSISTÊNCIA).

O diabetes me deu tristeza em relação a alimentação e os remédios, Ave Maria, eu fiquei com muito medo de não poder comprar, com os preços do remédio e as vezes falta aqui, isso me dá medo.Eu pensei que ia morrer. (PAZ).

Eu era aquela garota da brincadeira, da curtição, nunca deixei de trabalhar..trabalhava de 2ª a sábado. Quando o diabetes apareceu ela mudou a minha vida, porque tive de parar tudo praticamente de uma vez, ai eu tinha medo da diabetes subir..chegava final de semana não saia mais, porque se eu saísse cometia erros, né? Fazia o mal caminho,né(risos)Aí mudou, né. (ÂNIMO).

Coordenadora: ALGUEM QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA? BEM, ENTÃO OBRIGADA MAIS UMA VEZ.

4ª Sessão de Grupo Focal

Data: 27/10/03 (3a. Feira)

Tema Foco: A minha vida antes e depois do grupo.

Participantes: Coragem, Saúde, Força, Tranquilidade, Amor e Integração.

Coordenadora: Hoje é nossa última reunião e queria fazer uma dinâmica diferente. Primeiro eu gostaria que vocês se juntassem a uma das colegas e aproveitassem o tempo para conversar sobre como o grupo ajudou a vocês a se cuidar. O objetivo é que vocês troquem idéias sobre como estavam antes de participar do grupo e como estão agora. Vocês têm 20 minutos para trocar idéias e conversar umas com as outras em dupla ou tripla se for o caso. Quero que conversem com todas.

(Depois dessa conversa dois a dois, fiz uma única questão a ser discutida)

Coordenadora: Agora que já conversaram quero também que vocês dêem um depoimento final, pra todas nós possamos ouvir, de como se sentiam e se sentem ao participar do grupo.

Antes eu era muito triste, mas depois que eu entrei no grupo eu me sinto muito melhor, aprendi muitas coisas que eu não sabia e agradeço as pessoas do grupo pois eu gosto muito. Esse grupo foi tudo o que eu gostei, porque antes eu não sabia de nada, né? Quando eu entrei no grupo eu tava triste por causa da diabetes. Aqui eu aprendi com a senhora e com as meninas a cuidar da diabetes, né? Eu aprendi muitas coisas no grupo. Quando eu vejo o que eu não posso comer, eu não como. Sinto vontade, mas eu não como, né? Só que às vezes eu quero comer, mas eu só como as coisas que eu sinto que me fazem bem. E agora eu to outra pessoa, alegre e me dou com todas do grupo e sou muito feliz, tomo meu remédio direito, né? Como minha dieta do jeito que é pra mim comer. Ave Maria, se não fosse o grupo eu não tinha aprendido nada. Eu aprendi muitas coisas por meio dele.

(CORAGEM)

Eu era muito desanimada, hoje eu sou alegre com vontade de viver e de fazer tudo que eu não fiz a minha vida, graça a Deus. Graças a Deus to me sentindo feliz, fiz muitas amizades, eu era desanimada porque pra mim mudou muita coisa porque quando soube que era diabética eu fiquei assim meia desorientada, né? Eu sou hipertensa e diabética, mas fui me tratando, conversando aqui no grupo e a doutora foi me incentivando. Com as orientações eu aprendi o que devia fazer. Então continuei no grupo fiquei muito bem e tudo melhorou pra mim. Eu não tinha essa sabedoria porque não tinha quem me explicasse, né? Tenho esse problema mas me acostumei e pra mim, sou igual a outras que não tem nada. Não fazia parte de grupo nenhum! Ai, nesse grupo, peguei todas as orientações, foi muita felicidade. Eu gostei bastante. Hoje tô alegre, contente, parece que agora que tenho 15 anos, agora que estou tendo vontade de viver.

(SAÚDE)

Eu vivia só em casa e só deitada (risos), vivia cansada e com cansaço nas pernas mas agora que aprendi a caminhar, a diabetes parou de subir e baixar porque era um tal de sobe e desce; mas agora tá controlando um pouco mais. Antes de vir pra cá eu só tinha coragem de viver deitada, aí só vivia em casa deitada, tava cansada, mas agora tô vindo aqui, achei melhor, vejo outra gente e tô melhor mais, porque a gente ver as outras pessoas como a gente e isso deixa a gente melhor.

(TRANQUILIDADE)

Antes do grupo eu era igual uma tartaruga malvada e hoje me sinto uma abelha voando no espaço, e obrigada. Eu espero melhorar muito mais, com todo mundo pra me ajudar eu vou conseguir mais saúde e mais felicidade. Eu estou me dando muito bem no grupo porque quando eu entrei a diabetes tava muito alta. Graças a Deus eu hoje recebi o resultado e o doutor disse que tava em 101. Eu aprendi que não devo comer com gordura. O grupo me deu muita (FORÇA). e me dei muito bem, graças a Deus. Muito obrigada.

(AMOR)

Desde que participo do grupo me sinto muito bem, gosto de fazer amizade com o pessoal, e eu sou muita comunicativa. De primeiro me sentia assim dentro de casa entre quatro paredes com as porta fechadas, trancada, pelejando abrir pra sair mas não podia né? Por que? Porque lá fora não tinha um apoio, um apoio que a gente tem hoje aqui, de amigas das doutora da unifor que acompanham a gente, eu gosto das minha amigas aqui. Sou diabética mas to me tratando tem tempo que ta alta, tem tempo que ta baixa mas dá pra vando o barco. Eu estou feliz com vocês, com todos vocês.

(INTEGRAÇÃO)

O antes era porque eu vivia incomodada, vivia dentro de casa só cuidava dos netos e não tinha outra coisa pra mim fazer; aí depois desse grupo aí eu me sento outra pessoa, né? Eu sou diabética, mas não tomo medicamento, eu controlo minha diabete muito bem; aí por meio da caminhada e das conversas no grupo ela ensina bem, ensina como a gente a se prevenir, o que deve comer e que não deve. Pra mim mudou muita coisa; eu emagreci mais e a minha diabetes tá controlada, ta ótimo graças a Deus.

(FORÇA).

4ª. Sessão de Grupo Focal

Data: 28/10/03 (4a. Feira)

Tema Foco: A minha vida antes e depois do grupo

Participantes: Alegria, Esperança, Persistência, Motivação, Paz, Compromisso e Ânimo.

Tema: A minha vida antes e depois do grupo

Coordenadora: Hoje é nossa última reunião e queria fazer algo diferente. Eu gostaria que vocês se juntassem a uma das colegas e conversassem sobre como o grupo ajudou a vocês a se cuidar. Troquem idéias sobre como estavam antes de participar do grupo e como estão agora. Vocês têm 20 minutos para trocar idéias e conversar umas com as outras em dupla ou tripla se for o caso.

(Depois dessa conversa dois a dois, fiz uma única questão a ser discutida)

Quero também que vocês dêem um depoimento final de como se sentiam e se sentem ao participar do grupo.

Depois que comecei a participar do grupo eu me sinto muito bem eu estou aprendendo mais coisas que eu não sabia, não sabia se dar com as pessoas, mas agora, agora não já conheço todas e tenho oportunidade falar com todas, de saber falar, saber conversar, que às vezes quando a gente não conhece as pessoas a gente fica assim sem jeito. A minha vida melhorou bastante graça a Deus, por que tudo eu agradeço a Deus e a vocês que estão aqui que ajudaram nós, né? Eu tava muito ruim quando entrei no grupo e agora to me dando muito bem, de todo jeito aqui é muito bom e to me dando bem. Graças a Deus tá tudo em paz. Eu me sinto em paz.

(COMPROMISSO)

Aqui no grupo só tenho a agradecer pelo apoio que dão a gente pra gente viver mais alegre, que ante eu era assim meia desconsolada. Antes eu andava só, tudo eu já fazia só, mas ai quando entrei no grupo eu me reanimei mais, porque é muito bom a gente ter amigos, porque a gente se estimula com a força de todos, a força de vontade de vocês, isso é muito importante! Quando eu cheguei no grupo eu era muito calada e trancada. Quero agradecer o grupo que dá mais força dá mais vida pra gente, né? E aprender mais né. Porque cada dia que se passa é uma atividade a mais que a gente aprende. Eu tô muito grata a todos. A senhora ta de parabéns pela força de vontade de querer ajudar a gente, né? Pra mim eu acho maravilhoso. Eu hoje vivo muito melhor, e eu aprendi isto no grupo.

(ÂNIMO).

Antes do grupo eu era muito triste quando eu descobri que tinha diabetes, fiquei triste né, abatida, né..mas depois me acostumei, porque tudo a gente tem de acostumar, com o que é bom com o que é ruim, né? E hoje to feliz, adoro o grupo gosto de vir pra cá, né. E gosto da doutora e das alunas também. Minha diabete baixou mais. Quando eu descobri que era diabética, eu era triste abatida e hoje me acostumei e tô feliz. Hoje me sinto bem no grupo. O grupo trouxe muitos beneficios pra gente e a gente agradece a todos e tudo bem.

(ALEGRIA)

Esse grupo aqui representa muita coisa pra mim porque antes eu era triste e não tinha alegria de nada, não saia de casa, pra canto nenhum e hoje eu cheguei aqui me dei muito bem e vivo bem porque vivo acompanhada por vocês.O grupo ajudou eu conhecer mais sobre a doença e foi aqui que eu descobri como eu era como que eu não era, como é que eu cuido da minha alimentação e graças a Deus me sinto muito bem, tenho muitas amigas, gosto muito da doutora e das alunas dela. Pra mim foi tudo na minha vida, graças a Deus.

(MOTIVAÇÃO)

Eu me sentia muito só, mas depois que eu entrei pra esse grupo eu agora estou muito alegre porque tenho muitas colegas e minha saúde melhorou muito.Antes eu só tinha amigas quando apareciam lá em casa, mas agora eu tenho mais. O meu colesterol baixou e estou muito feliz.

(PAZ)

Eu gosto daqui porque eu sou diabética e tem outras pessoas como eu. Foi aqui que eu aprendi com a doutora e vocês a me cuidar, gosto das colegas, agora faço a caminhada e agora eu já como devo fazer com a minha alimentação,né? Antes eu era muito triste assim porque eu era diabética e não me tratava e eu vi a me tratar mesmo aqui, eu não me tratava eu comia só tudo e aqui acolá bebia uma cervejinha, essas coisas né? Ai pronto, ai eu vim mesmo a saber o que era diabetes foi aqui e aqui que to me cuidado, to fazendo minha dieta e gosto muito da doutora, de vocês e to me dando muito bem aqui sou muito feliz por estar sendo acompanhada no grupo. Quando eu cheguei eu sabia um pouco de coisa sobre como controlar a diabetes e me cuidar. Hoje eu to bem graças a Deus, não sinto nada, dor nas pernas nem tontura, graças a Deus.Eu aprendi muitas coisas, eu aprendi como controlar ela com a alimentação. Hoje eu tô triste porque ela tá alta. Mas não vou desanimar não.

(ESPERANÇA)