

**FABIANE FERREIRA FRANÇIONI**

**GRUPO DE CONVIVÊNCIA: UMA ALTERNATIVA  
PARA O PROCESSO DE ACEITAÇÃO DO VIVER  
COM DIABETES MELLITUS**

**FLORIANÓPOLIS**

**2002**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**GRUPO DE CONVIVÊNCIA: UMA ALTERNATIVA PARA O  
PROCESSO DE ACEITAÇÃO DO VIVER COM DIABETES  
MELLITUS**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal de Santa Catarina, como requisito para a  
obtenção do título de Mestre em Enfermagem-  
Área de Concentração: Filosofia, Saúde e  
Sociedade.*

**FABIANE FERREIRA FRANCONI**

**ORIENTADOR (A):  
DRA. DENISE M<sup>a</sup>. GUERREIRO VIEIRA DA SILVA**

**Florianópolis,  
Fevereiro de 2002.**

27 DE FEVEREIRO DE 2002

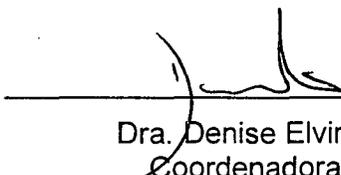
**GRUPO DE CONVIVÊNCIA: UMA ALTERNATIVA PARA O  
PROCESSO DE ACEITAÇÃO DO VIVER COM DIABETES  
MELLITUS**

**FABIANE FERREIRA FRANCONI**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

**Mestre em Enfermagem**

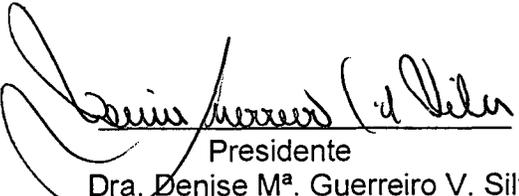
E aprovada na sua versão final em 27 de fevereiro de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



---

Dra. Denise Elvira Pires de Pires  
Coordenadora do Programa

**BANCA EXAMINADORA:**



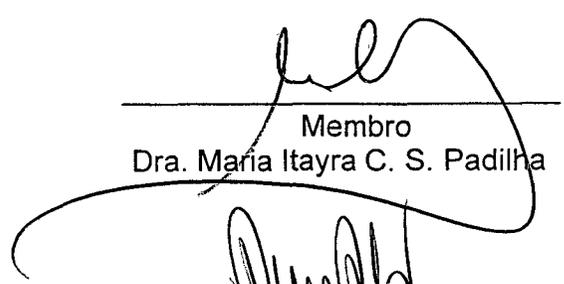
---

Presidente  
Dra. Denise M<sup>a</sup>. Guerreiro V. Silva



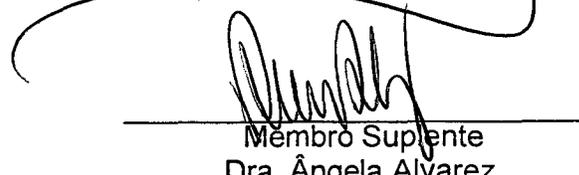
---

Membro  
Dra. Miriam Süsskind Borenstein



---

Membro  
Dra. Maria Itayra C. S. Padilha



---

Membro Suplente  
Dra. Ângela Alvarez

## **Dedicação Especial**

Dedico este trabalho a duas pessoas fundamentais na minha vida: meu pai, Nestor e minha mãe, Cidaura. Com certeza, essa vitória é nossa, pois é resultado do nosso esforço.

Ao meu pai, por tudo que me ensinou, pela sua forma mágica de ver a vida, por me criticar quando erro e por sorrir quando acerto e por me guiar sempre. Obrigado por tornar a distância de casa bem menor do que realmente é e por estares sempre presente em meus dias.

À minha mãe pela mulher que amo e admiro, pela sua força, razão, incentivo e por acreditar que tudo é possível, mesmo que para isso necessitemos de sacrifícios. Tua alegria me põe para frente e me dá forças para viver.

O zelo e o cuidado de vocês dois comigo me ajudaram muito neste trabalho.

Valeu dupla!!!

## Agradecimentos

À minha orientadora, Denise Guerreiro, pelo seu conhecimento, profissionalismo, amizade, dedicação, carinho, companheirismo, incentivo, alegria, determinação e por acreditar que o viver bem com diabetes é possível.

Aos meus pais, por tudo o que representam em minha vida e por acreditarem em mim desde o princípio. Essa vitória é nossa! Todo agradecimento é pouco...

Ao meu irmão, Rodrigo Francioni, pela pessoa que é, pelo seu auxílio sempre que precisei e que, mesmo de forma calada, soube ajudar nos momentos mais difíceis. Valeu!!!

Ao meu noivo Daniel, meu amigo, homem, companheiro e por tudo o que representa na minha vida. Valeu seu carinho, compreensão, respeito e paciência de esperar minhas ausências. Obrigado por tudo e que este momento seja apenas o começo de nossa vida a dois.

Aos queridos tios Eunice e Ery, por serem os amigões que são e por sempre terem me ajudado, de todas as formas.

Aos primos André e Cláudia, por tornarem meus dias em Floripa mais familiares, pelos conselhos, brigas e fortalecimentos para crescer.

Aos primos Cláudia e Sandro Jacques, pelo companheirismo, ajuda e carinho em todos os momentos nessa ilha.

À amiga enf<sup>ª</sup> MSc. Denise Duarte Grafulha da Costa por toda a força, credibilidade, incentivo e por sua luz própria. Valeu os conselhos, críticas e sugestões.

À prof<sup>a</sup> MSc. Marta Riegert Borba, por ter aceitado me orientar no início de minhas pesquisas e desejos de descobrir.

À prof<sup>a</sup>. Dda. Marlene Teda Pelzer, pelo apoio e credibilidade desde o início.

Às amigas “gauchonas” da Lagoa da Conceição Andréa, Luciane e Márcia o meu muito obrigado. Valeu os risos, os choros, a saudade do Sul que foi compartilhada, as descobertas, as festas, os “farrós” e tudo que ajudou a superar a falta de casa, o medo do novo, as decisões de mudanças e a amizade que se criou.

À enf<sup>a</sup> e amiga de mestrado, Viviane Pereira Santos, por tudo que passamos, pelo início de uma nova amizade, pela sua força altamente computadorizada e que me ajudou muito, pela cumplicidade de enfrentar as batalhas e tentar vencer sempre.

Às amigas de fé do Cassino, Patrícia, Kyca, Sandrinha, Sabrina, Nonô... Valeu tudo o que sonhamos, rimos, choramos e construímos. Com vocês minha caminhada é mais alegre.

À querida Roberta, minha irmã de fé e amigona do peito. Obrigado pela tua presença sempre me incentivando para frente, pela tua sinceridade e paciência... isso me ajudou muito.

À médica e amiga Sandra Sandri, por ter se mostrado receptiva e uma ótima pessoa desde o início. O meu profundo agradecimento pelo apoio, incentivo, críticas, sugestões e por trabalhar firme na construção de um viver mais saudável para as pessoas com diabetes aqui em Santa Catarina.

Às pessoas que participaram do grupo de convivência com diabetes mellitus do CS II Agronômica e que tornaram esse estudo possível. Meu profundo agradecimento a todos que contribuíram para que essa etapa desse certo.

Aos funcionários do CS II Agronômica, pela força e abertura para que o trabalho transcorresse da melhor maneira possível, valeu por tudo!

À Secretaria de Saúde de Florianópolis, pelo aceite para a execução de meu projeto de mestrado.

À enfª Rita Sandoval, pelo apoio, profissionalismo e companheirismo.

À profª Dra. Itayra, pela amizade, carinho, ajuda e incentivo no decorrer deste estrado.

À profª Dra. Miriam Borenstein, por ter se mostrado receptiva desde o início e ter integrado a banca deste trabalho.

À nova amiga MSc. Pedagoga Leda Ramos, pela excelente colaboração na etapa final deste trabalho.

Aos funcionários da PEN/UFSC, Cláudia Orsini, Fabiana Santos, Alessandro Pasa por estarem sempre dispostos a ajudarem e resolverem nossos "pepinos". Com vocês as burocracias se tornam detalhes.

Às professoras do mestrado, pelo conhecimento transmitido.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro para a execução deste projeto.

À amiga Michelly Bittencourt Brand, pela colaboração sem limites na arte e execução deste trabalho, meu sincero agradecimento.

A todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, que não foram citadas aqui, mas sabem bem quem são, o meu sincero agradecimento e reconhecimento.

A Deus, por eu ter conseguido chegar até aqui, por eu existir e querer viver sempre...

*“... É preciso amor para poder pulsar, é preciso paz para poder sorrir... penso que cumprir a vida seja simplesmente compreender a marcha e ir tocando em frente... cada um de nós compõe a sua história e cada ser em si carrega o dom de ser capaz e ser feliz...”*

(Almir Sater)

## RESUMO

Este é um estudo qualitativo, que tem por objetivo compreender de que modo as pessoas com diabetes mellitus constroem o processo de aceitação de sua condição crônica de saúde. O estudo foi realizado em um Centro de Saúde, do município de Florianópolis, através da formação de grupo de convivência e de entrevistas individuais. O processo educativo ocorreu através do grupo de convivência, e estimulou as pessoas a desenvolverem atividades de autocuidado e compreenderem como é o viver com diabetes mellitus. O marco referencial é baseado na Teoria Geral do AutoCuidado de Dorothea Orem e, em outros conceitos relacionados, que incluem: educação em saúde e processo de aceitação da doença. Participaram deste estudo 11 pessoas, que integraram o grupo de convivência. Os encontros foram gravados, transcritos, codificados, categorizados e interpretados. Deste processo surgiram quatro categorias que constituíram as etapas do processo de aceitação, assim denominadas: 1) A descoberta foi horrível; 2) Conviver é difícil; 3) Mas tem que acostumar...; 4) Viver bem com diabetes é possível. As categorias não seguem uma seqüência lógica e intercalam-se, continuamente, durante o conviver com o diabetes. O processo de aceitação consiste na percepção da realidade de sua condição e no ato de respeitar e enfrentar a verdade para reconhecê-la, mesmo que essa situação possa ser desconfortável ou complicada. O ser humano é quem deve avaliar o seu processo de saúde e doença e praticar as ações de autocuidado, a partir de sua realidade e no momento em que se sentir capaz de começar. Este estudo pretende contribuir para que a enfermagem compreenda um pouco mais do viver com diabetes. O profissional pode ser um facilitador e promotor do autocuidado, respeitando as pessoas pelo seu modo de pensar e agir e entender o tempo que cada pessoa tem para perceber que ela é a maior promotora e detentora de sua saúde. As categorias que emergiram deste estudo mostraram que, na construção do viver com diabetes, o processo de aceitação é uma constante busca que ora é harmônico e ora é conflitual.

## ABSTRACT

This is a qualitative study aiming at the comprehension of the ways people with mellitus diabetes build up the process of acceptance of their chronic health condition. The study has been effected in a health Center in the district of Florianópolis, by means of the constitution of a companionship group and individual interviews. The educational process was carried out through the companionship group, and encouraged people to develop activities of self care and to understand how it is like to live with mellitus diabetes. The point of reference is based on the General Theory of Self Care by Dorothea Orem and on related concepts which include: health education and the acceptance of the disease. 11 people participated on this study which integrated the companionship group. The meetings have been registered, transcribed, codified, categorized and interpreted. Out of this process four categories came up which constituted the stages of acceptance, called: 1. The discovery was terrible; 2. To live with it is terrible; 3. But one has to get used to it...; 4. It is possible to live with diabetes. The categories do not follow a logical sequenced and interchange continuously during the process of its acceptance. This process consists in the admittance of the reality of their condition and in respecting and facing the truth to recognize it even though this situation may be uncomfortable or complicated. The human being is to evacuate his own health and disease condition and to practice actions of self-care based on his reality and as from the moment he feels capable to start. This study intends to contribute for the comprehension, by the nursery staff, of how to deal with diabetes. The professional may be a facility factor and promoter of self care, respecting people for their ways of thinking and behaving and to understand the time each person takes to realize that one is the major promoter and responsible for one's health. The categories which came out in this study showed that the in the building up the acceptance of diabetes, is a constant search which at times can be harmonious or conflicting.

## RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo comprender de que modo las personas con diabetes mellitus construyen el proceso de aceptación de su condición crónica de salud. El estudio fue realizado en un Centro de Salud, del municipio de Florianópolis, a través de la creación de un grupo de convivencia y de entrevistas individuales. El proceso educativo fue a través del grupo de convivencia, el cual estimuló a las personas a desarrollar actividades de auto cuidado y a comprender como es vivir con diabetes mellitus. El marco de referencia está basado en la Teoría General del Auto Cuidado de Dorothea Orem y en otros conceptos relacionados, que incluyen: educación en salud y procesos de aceptación de la enfermedad. En este estudio participaron 11 personas, que integraron el grupo de convivencia. Los encuentros fueron grabados, transcritos, codificados, categorizados e interpretados. De este proceso surgieron cuatro categorías las cuales constituyen las etapas del proceso de aceptación que fueron denominadas: 1) Descubrir que tenía diabetes fue horrible; 2) Convivir con la enfermedad es difícil; 3) Pero me tengo que acostumbrar...; 4) Vivir bien con diabetes es posible. Las categorías no siguen una secuencia lógica y se intercalan continuamente, durante la convivencia del proceso de aceptación de la diabetes. El proceso de aceptación consiste en la percepción de la realidad de su condición y en el acto de respetar y enfrentar la verdad, aunque esa situación pueda ser incómoda o complicada. El individuo es quien tiene que evaluar su proceso de salud y enfermedad y realizar las acciones de auto cuidado, basado en su realidad y en el momento en que se sienta capaz de comenzar. La contribución de este estudio es en el sentido de que el área de enfermería comprenda acerca de lo que es vivir con diabetes. El profesional puede ser un apoyo que la vez promueva el auto cuidado, respetando el modo de pensar y actuar de las personas, y a su vez, comprender el tiempo que cada persona demora para percibir que es, la misma, la mayor precursora para la mejoría y dueña de su salud. Las categorías identificadas en este estudio demostraron que, en la construcción de vivir con diabetes, el proceso de aceptación es una búsqueda constante que puede ser armoniosa y en otro momento conflictiva.

## SUMÁRIO

- AGRADECIMENTOS.....	iv
- RESUMO.....	ix
-ABSTRACT.....	X
-RESUMEN.....	Xi
1. INTRODUÇÃO.....	14
2.REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 Conceitos e fatores de risco do diabetes mellitus.....	21
2.2 Classificação do Diabetes Mellitus e suas implicações físicas.....	23
2.2.1 Complicações agudas do diabetes mellitus.....	25
2.2.2 Complicações crônicas do diabetes mellitus.....	28
2.3 O diabetes mellitus e suas implicações sociais e emocionais.....	34
2.4 Diabetes mellitus e suas implicações educativas.....	37
2.4.1 Grupos de Convivência no processo de aceitação do viver com diabetes mellitus: uma alternativa educativa.....	38
3.MARCO REFERENCIAL.....	48
3.1 Teoria Geral do Autocuidado.....	48
3.1.1 Teoria do Autocuidado.....	49
3.1.2 Teoria da Deficiência do Autocuidado.....	51
3.1.3 Teoria de Sistemas de Enfermagem.....	51
3.2 Conceitos.....	54
4. METODOLOGIA.....	61
4.1 Cenário do estudo.....	62
4.2 Sujeitos do estudo.....	65
4.3 Desenvolvimento do grupo de convivência.....	67
4.4 O Processo educativo no Grupo de Convivência.....	71
4.4.1 A dinâmica da organização dos encontros.....	71
4.4.2 Descrição dos encontros.....	72
4.5 A coleta e a análise de dados.....	79
4.6 Aspectos éticos.....	82
5. O PROCESSO DE ACEITAÇÃO DI VIVER COM DIABETES MELLITUS... 85	
5.1 Etapas do processo de aceitação do viver com diabetes mellitus.....	86
5.1.1 A descoberta foi horrível.....	86
5.1.2 Conviver é difícil.....	93

5.1.3 Mas tem que acostumar.....	100
5.1.4 Viver bem com diabetes é possível.....	104
5.2 Reflexões sobre o grupo de convivência influenciando o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus.....	109
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
8. ANEXO.....	130

# 1 INTRODUÇÃO

O *diabetes mellitus* (diabetes) vem sendo reconhecido como um sério problema de saúde pública, praticamente em todos os países, independente do seu grau de desenvolvimento sócio- econômico, levando-se em consideração vários aspectos como: ser uma patologia que necessita de controle metabólico para toda a vida; estar freqüentemente associado ao surgimento de complicações agudas e crônicas, sobretudo quando não se tem o controle adequado; ter uma elevada prevalência e atingir várias faixas etárias; modificar a qualidade e expectativa de vida; poder levar a incapacidade física permanente por cegueira e amputação de membros inferiores; ser causa freqüente de mortes prematuras, devido à insuficiência renal, doenças cardíaco e cérebro vasculares, entre outras; afetar o sistema nervoso, causando neuropatias periférica e autonômica.

Atualmente, o diabetes está sendo considerado uma epidemia que tem afetado milhares de pessoas. O diabetes tem grande impacto econômico não só pelos elevados custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações, como também pela redução da produtividade e dos anos de vida perdidos. Um outro fato que merece ser destacado, é a influência dessas questões econômicas e financeiras, no processo de aceitação da doença, podendo afetar negativamente o controle do diabetes, pois o tratamento tem um alto custo, associado ao baixo nível econômico e irregular distribuição de renda do país (BRASIL, 1998).

A reflexão sobre esses dados tem me inquietado, especialmente quanto à incidência do diabetes no Brasil, pois estudos realizados em 1998, pelo Ministério da Saúde, apontam que a incidência do diabetes no país, nas pessoas adultas, é

de 7,6%, ou seja, cerca de vinte milhões de pessoas adultas são acometidas pelo diabetes.

Minha trajetória, com pessoas com doenças crônicas, começou há algum tempo, levando-me a aprofundar conhecimentos nesta área, especialmente com pessoas com diabetes. Minha preocupação, com as pessoas com diabetes, tem muitas razões, tanto sociais como pessoais, e assim, tenho tentado entender um pouco mais da realidade das pessoas, em condição crônica de saúde. Como acadêmica de Enfermagem pela FURG –Fundação Universidade de Rio Grande-RG/RS, comecei a trabalhar como bolsista do CNPq, no ano de 1998, em um projeto de pesquisa intitulado: *“A pessoa com diabetes: percepções, vivências e possibilidades”*. Nesta época, o estudo tentou, primariamente, entender como os profissionais percebiam as pessoas com diabetes, como as próprias pessoas afetadas entendiam esse viver e quais as possibilidades de um viver melhor.

Em maio de 1998 comecei a participar do PMAD – Programa Municipal de Assistência ao Diabético- realizado pela Prefeitura Municipal daquela cidade. Lá estavam cadastradas aproximadamente 280 pessoas. Incluídas nesse número, estavam pessoas com diabetes e familiares engajados no tratamento. O Programa era e continua sendo executado no Centro de Saúde de RG/RS, sendo coordenado por duas profissionais de saúde (psicóloga e nutricionista). Entrei no PMAD, primeiramente como aluna de enfermagem e depois permaneci, como enfermeira voluntária, executando ações de saúde voltadas para a assistência básica de enfermagem, às pessoas com diabetes e seus familiares. Nesse período, executei atividades como consultas de enfermagem sendo que durante o período de maio de 1998 até fevereiro de 2000, realizei atividades tais como: atendimento ambulatorial de enfermagem e educação em saúde, no que se refere ao tratamento, controle e convivência com o diabetes, através de consultas de enfermagem e de reuniões mensais de grupos. Esses grupos, devido ao grande número de pessoas que procuraram os serviços disponíveis, foram divididos em cores (amarelo, verde, azul, vermelho, rosa, laranja e marrom), sendo que cada grupo se subdividia em dois subgrupos: de familiares e de pessoas com diabetes. Nas reuniões, havia dois momentos, o primeiro somente para familiares e o seguinte, direcionado para as pessoas com diabetes. O grupo não se separava

em faixa etária, sendo assim bastante heterogêneo e no qual emergiam os mais diferentes sentimentos. Nessa época, devido ao trabalho desenvolvido, comecei a conhecer um pouco mais do universo da pessoa com alguma condição crônica, em especial o diabetes.

Posteriormente ingressei no mestrado PEN/UFSC, encontrando-me afastada do PMAD. Atualmente troco informações, apenas, via telefone e internet com profissionais, pessoas com diabetes e seus familiares.

Essa experiência inicial despertou meu interesse em realizar meu projeto de mestrado, voltado para a pessoa com diabetes e sua percepção em relação ao convívio com a doença. Em vista disso, na minha prática assistencial desenvolvida no mestrado, preoquei-me em aprofundar meus conhecimentos em relação ao tratamento, manutenção e controle do diabetes mellitus, dando um destaque especial para o processo de aceitação desta doença.

Além disso, o interesse em trabalhar com diabetes também ocorreu devido ao fato de, há cinco anos, eu descobrir que era portadora de diabetes. Preocupada em colaborar para uma maior conscientização em saúde, venho desenvolvendo ações que, acredito, têm contribuído para o processo de aceitação do diabetes entre as pessoas que tenho trabalhado, tanto aquelas afetadas diretamente quanto seus familiares. A dimensão do viver com diabetes começou então a abranger uma outra dimensão, maior do que minha prática de assistência, pois eu também convivía com a doença. Isso contribuiu, de alguma forma, para que o meu pensar e o meu fazer, como enfermeira que presta assistência, buscasse mais humanidade no ato de assistir.

Observando a prática assistencial existente, no tratamento e controle do diabetes, comecei a questionar-me como poderia colaborar na melhoria da mesma, uma vez que muitos pacientes reclamam que alguns profissionais de saúde se esquecem que cada pessoa é diferente da outra e o processo de aceitação da doença torna-se também diferente em cada pessoa. Minha preocupação com as pessoas portadoras de diabetes tornou-se mais forte, a partir do meu próprio diagnóstico. Após esse fato, vivenciei situações de revolta, angústia e medo do que iria acontecer comigo, daquele momento em diante. Aos

poucos fui percebendo, que devido à experiência vivenciada por mim, eu poderia ajudar, de alguma forma, às outras pessoas que tinham o mesmo problema, porém numa perspectiva que uniria a minha formação profissional com minha condição de pessoa que tem diabetes.

Acredito ser possível realizar um trabalho de conscientização da doença, dentro de uma proposta de educação em saúde, voltada para as formas de conviver com a doença, partindo-se do princípio de que todas as pessoas apesar de serem iguais na sua essência humana, diferenciam-se na sua maneira de ver o mundo e de nele viver. Muitas pessoas podem realizar ações que promovam sua saúde, embora algumas necessitem de auxílio para a execução dessa prática, especialmente de suas famílias. O que pode ser satisfatório para uma pessoa, pode não o ser para outra, porém todos têm possibilidade de melhorar sua qualidade de vida. Cada pessoa tem um grau de satisfação, que deve ser respeitado pelas pessoas com as quais convive, pois a participação familiar é determinante no sucesso do tratamento de pessoas com diabetes.

Baseada nestes princípios, procurei buscar fundamentação nas Teorias de Enfermagem, sendo que optei por trabalhar com Dorothea Orem e sua Teoria Geral do Auto Cuidado, concordando que é a própria pessoa quem deve tomar suas decisões, na busca de melhoria da sua saúde e da sua qualidade de vida. Essa busca pode ter auxílio da família ou pessoas de seu convívio, bem como de profissionais da área da saúde, atuando como facilitadores deste processo.

Segundo o GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família) apud Nitschke (1999), família saudável é entendida como:

uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização geral para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e pessoas significativas. (NITSCHKE, 1999, p.48-49)

Diante dessas percepções e por compartilhar parte da realidade vivida pelas pessoas com diabetes, sentir as mesmas ansiedades, medos e revoltas, não entender certas coisas que acontecem e nem sempre saber lidar com os acontecimentos, temores e anseios das famílias desses pacientes, venho, ao longo do tempo, redirecionando minha prática assistencial, no sentido de contribuir para uma maior humanização da mesma.

Constato que muitas famílias gostariam de aprender a lidar melhor, com o fato de terem uma pessoa com diabetes em casa. Isso levou-me a pensar nas formas como as pessoas com diabetes e seus familiares gostariam de ser tratados e como poderiam ser beneficiados, através de um trabalho de sensibilização e educação em saúde.

A educação em saúde pode ser desenvolvida coletivamente através da articulação e formação de grupos de convivência que, na sua essência, têm a finalidade de compartilhar saberes e experiências na construção de um viver mais saudável. Num grupo de convivência, a educação em saúde pode proporcionar a seus membros, uma maior autonomia, oportunizar a livre expressão de sentimentos e emoções dando suporte na vivência com uma condição crônica. (SILVA et al, 2001).

Os grupos de convivência podem, também, ser considerados como grupos de autoajuda, em que as pessoas se agrupam, por sentirem-se identificadas por algumas características semelhantes entre si. Compartilhando, ainda, com a idéia de Mello Filho et al (2000), é comum ao homem estabelecer vínculos com seus semelhantes, compartilhando objetivos e ações, na busca de entendimento, apoio e suporte no enfrentamento do novo, que, neste caso, é a descoberta e a convivência com o diabetes.

Neste sentido, venho trabalhando com grupos de convivência, acreditando que a troca de experiências facilita o processo de aceitação de uma doença crônica. Porém, mesmo no desenvolvimento harmônico do grupo, constato que algumas pessoas vivenciam diferentes momentos no processo de aceitação, o que em algumas situações, gera conflitos. Também comecei a questionar-me o

que é saúde para as pessoas e como elas vivenciam esta relação saúde- doença em seu cotidiano.

Compreender o viver com diabetes toma dimensões maiores, no que se refere ao processo de aceitação. Associado a isto, o desenvolvimento científico na área da saúde não tem dado respostas satisfatórias, na redução de muitos problemas de quem vive com diabetes, fazendo-se perceber que é preciso um maior esclarecimento e comunicação entre profissionais de saúde e clientes, de modo que se obtenha uma melhoria de qualificação, na assistência à saúde das pessoas, de um modo geral. Dessa forma, torna-se importante desenvolver uma prática assistencial referente à educação em saúde no trato do diabetes, que possa contribuir para uma melhor compreensão da doença e para o processo de aceitação da mesma, de modo a favorecer uma vida com mais qualidade.

É necessário que a pessoa com diabetes consiga entender como pode controlar sua condição crônica de saúde, o que pode ser obtido através de um processo educativo, visando à construção de um viver mais saudável e partindo da realidade da própria pessoa, a fim de reduzir os agentes externos, que possam ser causadores de algum tipo de estresse interferentes no processo de aceitação.

Lunardi (1999) desenvolve a idéia de que o conhecimento de si, mais do que uma aquisição ou formação de um saber, implica, fundamentalmente, em converter-se em algo que não se era, em modificar uma forma de ser. O cuidado de si implica a crítica da prática de si mesmo. O conhecimento de si implica em mudança. Com base nessa idéia, penso que a busca do caminho para compreender como as pessoas com diabetes mellitus percebem seu processo de aceitação, está no conhecimento das vivências de cada um, bem como na forma de pensar e agir de cada ser humano. O viver com diabetes requer uma série de mudanças de atitudes para reduzir medos, compreender a doença e aprender um viver mais saudável, dentro de um padrão considerado aceitável pela própria pessoa.

Este trabalho é decorrente de minha proposta de prática assistencial desenvolvida no curso de mestrado, que teve como objetivo desenvolver um

processo de educação em saúde para pessoas com diabetes mellitus e seus familiares, visando a construção de uma forma mais saudável de viver.

Decorrente desse processo de prática assistencial, estabeleci como objetivo da dissertação **compreender como as pessoas, com diabetes mellitus, percebem o processo de aceitação de sua condição crônica de saúde.**

Embasada na idéia de que o processo de aceitação de uma doença consiste no enfrentamento e na tomada de consciência da realidade que se apresenta, percebo como fundamental, trabalhar o processo de aceitação juntamente com as pessoas que têm diabetes, visando o desenvolvimento de uma vida mais saudável, através do convívio harmônico com esta condição.

A desmitificação e a busca do entendimento do que é ter diabetes pode influenciar na maneira como essas pessoas vão aceitar e conviver com a doença, sendo que, na construção desse processo, torna-se fundamental o papel do profissional de saúde.

Este estudo pretende contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem às pessoas com diabetes, pois mostra parte de uma realidade de um determinado grupo de pessoas, como elas vivem, no que elas acreditam e o que elas esperam para seu futuro, com diabetes. Preconiza, também, que através da promoção e manutenção do autocuidado, pode-se chegar a um viver e conviver bem com diabetes.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo tem como finalidade apresentar, através de um levantamento bibliográfico, o que é o diabetes mellitus, quais as suas implicações físicas, sociais, emocionais e educativas.

Em vista da importância do desenvolvimento de um grupo de convivência no processo de aceitação do viver com diabetes mellitus, foi incluída uma revisão sobre grupo e quais suas contribuições no processo de educação em saúde.

### **2.1 Conceito e fatores de risco do diabetes mellitus:**

O diabetes mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer, adequadamente, seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As conseqüências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente os rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2001).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), entre os sintomas para investigar presença de diabetes estão: polidipsia/boca seca, poliúria/nictúria, polifagia, emagrecimento rápido, fraqueza, astenia/letargia, prurido vulvar ou balanopostite, diminuição brusca da acuidade visual, hiperglicemia confirmada mais de três vezes ou glicosúria em exames de rotina.

As condições de risco para o surgimento do diabetes são, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 25):

- “idade superior a 40 anos;
- histórico familiar (probabilidade aumentada devido à carga genética);
- casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS);
- presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos;
- histórico prévio de hiperglicemias e/ou glicosúria;
- recém-nascido com mais de 4 kg;
- mulheres com antecedentes de abortos freqüentes, partos prematuros, mortalidade perinatal, polidrâmnio, diabetes gestacional;
- HDL – colesterol menor ou igual a 35 mg/dl;
- triglicerídeos maior ou igual a 200 mg/dl;
- uso de medicamentos diabetogênicos (corticóides, anticoncepcionais, etc)”.

Guyton e Hall (1997) afirmam que, na maioria dos casos, o diabetes mellitus resulta da secreção diminuída de insulina, pelas células beta das ilhotas de Langerhans. A hereditariedade, geralmente, desempenha um papel importante, determinando em quem o diabetes irá se desenvolver ou não. A obesidade também desempenha um papel no desenvolvimento do diabetes clínico. Uma razão é que a obesidade diminui o número de receptores da insulina, nas células alvo da insulina por todo o corpo, tornando sua quantidade menos eficaz, na promoção de seus efeitos metabólicos usuais.

Os autores afirmam, ainda, que o diabetes apresenta muitas características patológicas que podem ser atribuídas a vários efeitos devido a falta de insulina, entre eles: a utilização diminuída da glicose pelas células corporais, com aumento resultante da concentração da glicose sanguínea até 300 a 1200 mg/dl; a mobilização acentuadamente aumentada das gorduras, a partir das áreas de armazenamento, acarretando em um metabolismo lipídico anormal, associado, também, a deposição de colesterol nas paredes arteriais, podendo causar

aterosclerose; e, depleção de proteínas nos tecidos do corpo. (GUYTON; HALL, 1997, p. 892)

## **2.2 Classificação do Diabetes Mellitus e suas implicações físicas:**

Segundo Costa e Neto (1994), os tipos de diabetes mais freqüentes são:

**1) DM tipo 1:** Este tipo de diabetes é chamado de diabetes infanto-juvenil, instável ou insulino-dependente, ocorre mais em crianças e jovens. (COSTA;NETO, 1994, P. 7-9)

**2) DM tipo 2:** Conhecido como diabetes de adulto ou da maturidade, estável ou não insulino-dependente. Ocorre, principalmente, em adultos, com maior freqüência em pessoas obesas. Além dos subtipos obeso e não-obeso, existe outro pouco freqüente, denominado tipo MODY ( Matury Onset of the Young), que aparece em jovens antes dos 25 anos e tratável, sem insulina, por um período de cinco anos. (COSTA;NETO, 1994, P. 7-9)

**3) Diabetes gestacional:** Aparece na gravidez, persistindo ou não após o parto. A gravidez pode precipitar o aparecimento do diabetes em mulheres predispostas. Algumas, com antecedente familiar de diabetes, mesmo sem o aparecimento deste durante a gravidez, poderão apresentar fetos macrossômicos (crianças com mais de 4 kg ao nascer). A incidência do diabetes é de 1% do total de mulheres grávidas; destas, uma em cada dez, sabiam ter diabetes antes de engravidar. Entre os fatores de alerta para possível presença do diabetes materno, encontramos: história familiar de diabetes, obesidade, idade superior a 30 anos, glicosúria e glicemia, em jejum, igual ou maior que 120 mg/%.(COSTA; NETO, 1994, p.111).

Ainda segundo Costa e Neto (1994, P. 8-9), para efeito didático, existem outros tipos de diabetes, que são:

**4) Intolerância à glicose oral:** Com glicemia em jejum normal, porém com valores entre 140 e 200 mg/%, 2 horas após a ingestão de 75 gramas de glicose. Evoluem para diabetes clínico, 1 a 5% por ano. Neste grupo existe maior prevalência de doenças cardiovasculares.

**5) Diabetes secundário ao aumento de função de glândulas endócrinas:** Em determinadas doenças glandulares, quando ocorre aumento de função, a ação da insulina é de alguma maneira dificultada ou prejudicada, aparecendo o diabetes em pessoas de alguma maneira predispostas. Ex: hipertireoidismo, doença de cushing e acromegalia ou gigantismo.

**6) Diabetes secundário a doença pancreática:** Retirada de 75% do pâncreas, pancreatite crônica (inflamação geralmente causada pelo alcoolismo crônico), destruição pancreática por depósito de ferro denominado hemocromatose, extremamente rara. Nos casos acima descritos, o diabetes está associado à diarreia, com perda de gordura nas fezes, pois o pâncreas afetado extensamente, também não produz enzimas digestivas suficientes.

**7) Resistência congênita ou adquirida à insulina:** A produção de insulina está aumentada, porém com ação ineficaz, decorrente da diminuição ou defeito de receptores celulares (encaixes para insulina) em tecido gorduroso, músculo, etc.

**8) Diabetes familiar auto imune:** Casos raros onde existem anticorpos anti- ilhotas pancreáticas produtoras de insulina e anticorpos contra glândulas endócrinas (tireóide, supra-renal), mucosa do estômago, músculo e glândulas salivares.

**9) Diabetes de desnutrição ou “diabetes tropical”:** Ocorre em jovens de países tropicais com baixa ingestão protéica, freqüentemente associado a alimentos que contêm cianetos, como por exemplo, a mandioca amarga. Esta associação pode causar dano pancreático, com destruição das ilhotas e diminuição da produção da insulina.

**10) Diabetes relacionado a anormalidade da insulina- insulinopatias:** A produção da insulina está aumentada, porém com alteração de sua estrutura molecular, não sendo assim eficaz. Aplicando-se insulina controla-se o diabetes.

Estudos feitos por Egídio (1997), mostram que no Brasil, as estimativas são de que 7,6% da população adulta, ou cerca de dez milhões de pessoas, são portadoras de diabetes. Diante dessa estimativa, percebe-se que o índice de pessoas com diabetes pode ter aumentado por fatores predisponentes para

desenvolver a doença (fatores genéticos, estresse, obesidade, sedentarismo, infecção, trauma emocional, gravidez – diabetes gestacional-, determinados medicamentos – corticóides-, cirurgia e algumas viroses) e por outros ainda não devidamente averiguados.

Brasil apud Damasceno et al (1999), apontam ainda que desse percentual de 7,6%, 90% estão incluídos na categoria dos não usuários de insulina, enquanto que 10% são os que usam insulina, incluindo-se aí aqueles com menos de trinta anos de idade e 7,9% os demais. Além disso, o estudo aponta que metade das pessoas portadoras de diabetes desconhece tal condição e que, aproximadamente, um quinto dos que a conhecem não recebem qualquer tratamento.

Atualmente, o diabetes mellitus vem aumentando a sua importância pela crescente prevalência. Calcula-se que em 2010 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 2000.

Ainda segundo Valle (1994), além das complicações agudas, como o coma hiperglicêmico e o coma diabético, destacam-se as conseqüências do processo degenerativo, tal como a aterosclerose. Esta, constitui-se de deposição de substâncias gordurosas nas paredes das artérias e arteríolas. Ao longo dos anos a aterosclerose se agrava. Nos diabéticos, com maior intensidade, são atingidas as pequenas artérias do cérebro, da retina, do coração, dos rins, das pernas e dos pés.

### **2.2.1 Complicações agudas do diabetes mellitus**

Referente ao quadro de **complicações agudas**, Smeltzer e Bare (1994) descrevem três tipos importantes destas complicações, relacionadas a desequilíbrios de curta duração da glicose sanguínea e que são:

➤ **Hipoglicemia:** Caracteriza-se por níveis baixos de glicose no sangue e ocorre quando a glicemia sanguínea cai abaixo de 50 a 60 mg/dl.

Segundo dados do Ministério da Saúde, (BRASIL, 1996), as condições de aumento do risco de hipoglicemia acentuam-se em casos de pessoas em uso de insulina, pessoas idosas em uso de sulfoniluréias (rara), insuficiência renal incipiente ou instalada, omissão alimentar ou realização de exercícios não usual, educação em diabetes deficiente, baixa idade, insulino terapia recentemente iniciada e glicemia normal- baixa à noite.

Para Giacomet (199[?]), os sinais e sintomas da hipoglicemia incluem: suores, tonturas, palpitações, tremores, palidez, formigamentos ao redor da boca e língua, perda de consciência, sensação de fraqueza ou fome, dificuldade de se concentrar, sonolência ou desorientação, pele fria, pálida e úmida, dores de cabeça, irritabilidade ou depressão, visão turva ou dupla ou com manchas brancas e mudança de conduta, parecendo estar alcoolizado. Esses sintomas podem acontecer juntos ou isoladamente. Dependendo da conjugação e/ou do grau dos sinais e sintomas apresentados, numa crise de hipoglicemia podem ser consideradas como: leve, moderada (incluindo alguns dos sintomas acima) ou grave. Nesta última pode ocorrer coma ou convulsão e há, também, perda total ou parcial da consciência, o que impede o paciente de se tratar, necessitando de ajuda de familiares ou profissionais de saúde (médico, enfermeiro).

Além dos casos acima citados, Giacomet (199[?]) relaciona ainda os seguintes: hipoglicemia tardia, podendo ocorrer até 12 horas após o término de exercícios prolongados, ou de uso de bebidas alcoólicas; hipoglicemia noturna, que ocorre durante o sono, e que na maioria das vezes não é detectada; pseudo hipoglicemia, que ocorre quando a pessoa tem glicemias persistentes altas, por exemplo, em torno de 300 mg/dl e ocorrem quedas de 100 a 150 mg/dl. Essa é uma falsa hipoglicemia, que deve ser monitorada evitando que a pessoa coma açúcar e piore o diabetes.

O Ministério da Saúde (BRASIL,1996) recomenda, como conduta, verificar as condições de risco a cada consulta e orientar a pessoa ou familiares sobre os sinais e sintomas e a necessidade de confirmação pela medida da glicemia; para as pessoas em hipoglicemia e que permanecem conscientes, ingerir alimento com carboidrato de absorção rápida (de preferência líquido), na dose de 10 a 20

gramas (refrigerante, suco com açúcar, tabletes de glicose, suco de laranja ou qualquer coisa doce de absorção rápida; para pessoas em hipoglicemia e inconsciente, não forçar ingestão oral, dar glicose a 50% EV e/ou 1 mg de glucagon SC; e, enviar ao hospital mais próximo).

➤ **Cetoacidose diabética (CAD):** De acordo com Smeltzer e Bare (1994), a CAD é provocada pela ausência ou quantidade acentuadamente inadequada de insulina, que pode resultar em distúrbio no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras. Suas principais características são: desidratação, perda de eletrólitos e acidose.

As condições de risco, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), podem ser descritas pela presença de doença febril aguda (Infecção das vias aéreas superiores; gastroenterite aguda; dermatoses inflamatórias; broncopneumonia; infecção do trato urinário, etc) ou uso concomitante de drogas hiperglicemiantes; diabetes previamente mal controlado; diabetes de controle instável; diabetes associado a distúrbios psicológicos; educação em diabetes deficiente; ser manifestação inicial do diabetes tipo 1.

Smeltzer e Bare (1994) afirmam que entre os sinais e sintomas da CAD, destacam-se: visão turva, aumento da diurese ou poliúria, desidratação, fraqueza, dor de cabeça, aumento da sede ou polidipsia; nos casos em que há diminuição de glicose pelos músculos, gordura e fígado, evidencia-se hálito de acetona, pouco apetite ou anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal e conseqüente aumento da frequência respiratória.

A conduta, conforme o Ministério da Saúde, (BRASIL, 1996) é de, inicialmente, verificar a presença de condições de risco e cetonúria; tratar a doença intercorrente; considerar sempre que o quadro pode se deteriorar rapidamente; não interromper o tratamento habitual; não interromper a ingestão de líquidos e alimentos e, se não for possível ingerir alimentos sólidos, substituir por líquidos; monitorar a glicemia a cada duas horas nas primeiras 12 horas e depois a cada 4-6 horas; aplicar suplementos de insulina regular (IM ou SC),

conforme a glicemia e orientação médica; monitorar cetonúria ao menos 3 vezes ao dia.

➤ **Síndrome hiperosmolar não-cetótica (SHNC):** Smeltzer e Bare (1994) afirmam que a SHNC é uma situação na qual a hiperglicemia e a hiperosmolaridade predominam, com alterações do sentido da percepção, e, ao mesmo tempo, a cetose é ausente ou mínima. Entre as causas da SHNC encontramos aquelas que podem estar relacionadas a alguns eventos como doenças agudas (pneumonia, infarto do miocárdio, ataque). Os sintomas evidentes, nos casos de SHNC, são: hipotensão, desidratação profunda, taquicardia e sinais neurológicos variados (alteração sensorial, convulsões, hemiparesia).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), entre as condições de risco, encontramos diabetes tipo 2 com doença recorrente (infecção grave, infarto cerebral ou do miocárdio, estresse intenso, etc); uso de drogas hiperglicemiantes e que pode, ainda, ser forma de apresentação em diabetes tipo 2. A conduta inicial consiste em verificar o diagnóstico na presença de condições de risco associado a sinais e sintomas, confirmar com medida de glicemia e enviar ao hospital, uma vez que tem índice de letalidade de 12 a 42%.

### **2.2.2 Complicações crônicas do diabetes mellitus:**

No que se refere às **complicações crônicas**, Malerbi (1998), afirma que quando o tratamento de longo prazo é inadequado, o diabetes provoca uma série de complicações incapacitantes, podendo levar à mortalidade prematura. O diabetes é, atualmente, a principal causa da perda de visão e de amputações não traumáticas de membros inferiores. É também responsável por um aumento de quase três vezes do risco de morte por infarto agudo do miocárdio.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) aponta alguns fatores de risco para o desenvolvimento das complicações crônicas, tais como: longo tempo de

duração do diabetes; mau controle metabólico; presença de hipertensão arterial sistêmica; tabagismo e alcoolismo; complicações preexistentes; gestação.

São apresentados a seguir, as possíveis complicações crônicas e suas implicações.

➤ **Retinopatia diabética:** Para Cecil (1997), a retinopatia diabética tem se apresentado como a principal causa da cegueira em pessoas entre 30 e 65 anos de idade, sendo mais freqüente em pessoas com diabetes com mais de 15 anos de diagnóstico.

As retinopatias constituem um sério problema, uma vez que afeta a visão e conforme afirma Malerbi (1998), doença ocular do diabetes provoca distúrbios na retina (retinopatia diabética), cataratas, glaucoma e ceratopatia (úlceras de córnea) que, se não forem tratados, causam redução importante e até perda da visão. A retinopatia tende a aparecer por volta do sétimo ano da doença, por isso a importância do controle oftalmológico anual.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), a incidência da retinopatia diabética é maior nas pessoas com diabetes tipo 1. Os fatores de risco incluem tempo de duração do diabetes, mau controle glicêmico prolongado, hipertensão arterial sistêmica (HAS), nefropatia diabética e gravidez, que condicionam maior risco para o surgimento e progressão da retinopatia. Recomenda-se que a indicação para o oftalmologista seja feita, anualmente, como rotina para as pessoas com diabetes tipo 1, a partir do 5º ano do diagnóstico, particularmente na puberdade. Já para as pessoas com diabetes tipo 2, a recomendação é de uma revisão anual a partir do diagnóstico.

A retinopatia e as complicações oculares constituem a causa mais freqüente de cegueira na população, afetando cerca de 80 a 90 % das pessoas com diabetes mellitus. Segundo Lundstrom, Mordes e Rossini (1997), a retinopatia diabética ocorre quando os capilares, pequenos vasos sanguíneos, responsáveis pela condução do sangue até a retina tornam-se edemaciados ou quando existe a formação de novos vasos frágeis, podendo propiciar a presença de hemorragia. A função da retina é de transmissão de impulsos nervosos até o

nervo ótico, que leva a mensagem até o cérebro, onde são codificadas e possibilitam a visão.

A perda da visão devido a retinopatia diabética pode ocorrer devido a fatores como: visão central prejudicada por edema macular ou não perfusão capilar; possível distorção dos vasos sanguíneos da retinopatia, acarretando em seu deslocamento, provocando perda severa da visão, o que é quase sempre irreversível; e, sangramento dos novos vasos sanguíneos com complicação adicional da hemorragia pré-retiniana.

► **Nefropatia diabética:** A nefropatia diabética, segundo Malerbi (1998), caracteriza-se pela ocorrência de proteinúria, HAS e insuficiência renal progressiva, que podem levar à necessidade de diálise ou transplante renal. Tem maior incidência no diabetes tipo 1 e seus fatores de risco mais importantes são: duração do diabetes, HAS, mau controle glicêmico por tempo prolongado, tabagismo, obstruções e infecções urinárias crônicas e a administração de drogas nefróticas, os antiinflamatórios não-hormonais e os antibióticos do grupo dos aminoglicosídeos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1993) afirma que a nefropatia diabética pode ser considerada como a manifestação da microangiopatia ao nível da microcirculação renal, também conhecida por doença de Kimmelstiel-Wilson, ou glomerulose intracapilar nodular. A alteração funcional básica da nefropatia diabética é a seletividade da membrana de filtração do glomérulo, que deixa de reter várias macro-moléculas, principalmente proteínas, como a albumina.

De acordo com Cecil (1997, p. 1409- 1410), a doença renal diabética constitui uma importante causa de morte, principalmente nas pessoas com diabetes tipo 1, afetando 30 a 35% destes e, nas pessoas com diabetes tipo 2, a incidência varia de 15 a 20%. Esse fato tende a acontecer, em alguns casos, entre 15 e 20 anos após o início do diabetes. É uma complicação incapacitante comum do diabetes, resultando em taxa de morbidade significativa e reduzida qualidade de vida.

A predisposição genética à hipertensão, conforme afirma Cecil (1997), indica maior risco a desenvolver a nefropatia, uma vez que é evidenciada a evolução de microalbuminúria. A detecção de microalbuminúria é importante pois, através de sua constatação, pode-se evitar ou retardar o aparecimento de nefropatia, devido ao controle otimizado da glicemia e da hipertensão.

A detecção de proteína na urina pode ser o primeiro sinal de nefropatia diabética. Outros sinais incluem hipertensão arterial sistêmica, ganho de peso (edema), devido à retenção urinária, fadiga, mal estar e falta de energia. As análises da função renal auxiliam a determinar o grau de dano renal e podem ser feitas através da concentração de uréia e creatinina no sangue. (LUNDSTROM; MORDES; ROSSINI, 1997).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), pode-se realizar um bom controle e rastreamento da nefropatia através de pesquisa anual do nível de proteinúria, microalbuminúria e creatinina sérica, que são exames avaliativos da função desempenhada pelos rins. E, em casos de nefropatia incipiente, tratar a hipertensão, se existir, e verificar o nível de potássio sérico. Já nos casos de nefropatia estabelecida, o ideal é que se estabeleça encaminhamento a nível secundário.

O tratamento da nefropatia é variável, de acordo com o estágio da doença. No início (ausência de microalbuminúria), os esforços primários buscam um bom controle glicêmico, ocorre triagem de infecções assintomáticas do trato urinário e disfunção vesical. Em estágios mais avançados de nefropatia, é fundamental um maior controle da pressão arterial, bem como da glicemia e restrição de proteína na dieta. (CECIL, 1997, P. 1409- 1410).

➤ **Neuropatia Diabética:** A neuropatia diabética é caracterizada pela presença de sintomas potencialmente incapacitantes e afeta cerca de 50% das pessoas com diabetes. Os tipos de neuropatia podem ser: (CECIL , 1997, p. 1410-1412):

- ***Polineuropatia distal assimétrica:*** É a mais comum e apresenta-se com perda de sensibilidade, podendo resultar em úlceras

neuropáticas nos pés e articulações. Ocorre mais em membros inferiores, podendo afetar membros superiores. Podem ocorrer sintomas de formigamento e sensação de “finçar”, queimaduras, câibras ou pontadas.

- **Neuropatia autonômica:** Afeta diversos órgãos, com muitas manifestações clínicas. É sintomática e provoca uma ampla variedade de problemas, apresentando um prognóstico obscuro. A presença de lesões neuropáticas pode resultar em anomalias do sistema cardiovascular, da pele, do trato gastro-intestinal, da bexiga e da função sexual. Associado a impotência, podem ainda aparecer problemas relacionados à insuficiência vascular, fatores psicológicos, disfunção endócrina associada, bexiga neurogênica associada à retenção urinária, infecção das vias urinárias e hipotensão ortostática, que ocorrem secundariamente à neuropatia autonômica. No trato gastro intestinal pode ocorrer disfagia, gastroparesia, diarreia intermitente, com evacuação pós prandial e noturna (enteropatias), constipação e incontinência anal.

As pessoas com neuropatia autonômica, segundo Cecil (1997), têm mais propensão a apresentarem isquemia miocárdica silenciosa ou infarto, deficiência da frequência cardíaca e da resposta da pressão arterial em resposta ao exercício físico. Todos esses eventos podem, ainda, potencializar distúrbios capazes de precipitar um evento cardíaco agudo.

- **Amiotrofia diabética:** Ocorre principalmente em homens idosos, apresentando amiotrofia unilateral e paresia dos grandes músculos da coxa e cintura pélvica. A dor é localizada nos grandes músculos e o reflexo patelar desaparece. Associado a isso, as pessoas apresentam depressão e acentuada perda de peso e a recuperação pode se dar de 6 a 12 meses.

➤ **Doenças macrovasculares:** No que se refere às doenças macrovasculares (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica), Cecil (1997) destaca que a aterosclerose é um problema comum em pessoas com diabetes e ocorre mais extensamente e mais cedo nesses do que na população em geral.

Conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), o risco de morte por doença coronariana é duas vezes maior em pacientes com diabetes tipo 2 e 11 vezes maior no tipo 1, em comparação com indivíduos não diabéticos da mesma idade. Os acidentes vasculares cerebrais causam 6% da mortalidade em pessoas com diabetes, com 45 anos de idade ou menos e os infartos agudos do miocárdio 2%, em qualquer idade. Entre os fatores de risco associados encontramos a presença de hipertensão arterial, dislipidemias, obesidade, tabagismo, idade (mais importante que a duração do diabetes).

➤ **Úlceras dos pés, dermatopatias e infecções:**

- **Úlceras dos pés:** Podem ocorrer secundariamente à aterosclerose de grandes vasos, microangiopatias, neuropatias ou combinação de todos. A melhor forma de controlar os casos de pé diabético é através de educação em saúde, incentivando o cuidado com o pé e prevenção de complicações.(CECIL, 1993).

Segundo Pedrosa et al (1998) o pé diabético é uma complicação multifacetada do diabetes, decorrente da combinação da neuropatia sensitivo motora e autonômica periférica crônica, da doença vascular periférica e das alterações biomecânicas que conduzem à pressão plantar anormal. As autoras salientam que as úlceras dos pés precedem 85% das amputações entre os diabéticos, documentando-se presença de gangrena em 50-70% dos casos, com infecção presente em 20-50%. A prevalência de úlceras compreende a faixa etária mais idosa. Entre os fatores de risco estão úlcera prévia/ amputação, desintegração social, desinformação acerca do risco e de cuidados com os pés, perda da sensação protetora plantar, perda da sensação vibratória, ausência de reflexos aquileus, calosidades, deformidades, calçados inadequados e ausência de pulsos.

Ewald e McKenzie (1995) enfatizam, ainda, que o pé diabético é uma manifestação crônica, agravada em muitos casos por insuficiência renal e infecção. A diminuição da sensibilidade possibilita a tolerância a traumatismos repetidos por sapatos apertados e ao fato de carregar pesos inadequados, o que leva a ruptura da pele e ulceração, necrose tecidual e fratura.

- **Dermatopatias e infecções:** Segundo dados obtidos no Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), podemos ter algumas infecções associadas ao diabetes, tais como: furunculose, carbúnculo e abscesso, que se apresentam com mais frequência nos locais de aplicação de insulina; candidíase vulvar ou escrotal. Nos seios paranasais, pode ocorrer infecção, embora muito raro e gravíssimo, a mucormicose. As infecções associadas ao diabetes podem, também, atacar o trato urinário e/ou respiratório, as vias biliares e o ouvido externo, causando, ainda, doenças periodontais, que se caracterizam por manifestações de gengivas edemaciadas, hiperemiadas, dolorosas e sangrentas, halitose, “amolecimento” e queda dos dentes.

As complicações crônicas podem ser evitadas e revertidas, se forem diagnosticadas em fases iniciais. Para reduzir o impacto dessas complicações, é preciso uma conscientização acerca do problema e, para isso, um bom serviço de educação em saúde torna-se necessário. Associado a este aspecto educativo, é preciso dar ênfase às formas de tratamento, controle e prevenção.

### **2.3 O diabetes mellitus e suas implicações sociais e emocionais:**

Ao refletir sobre o diabetes mellitus e suas **implicações sociais e emocionais**, baseio-me em autores como Trentini e Silva (1992). Estas autoras afirmam que a doença crônica é identificada como um fator causador de estresse em si mesma, mas, também, como fonte de novos estressores. As principais fontes de estresse incluem aspectos como: ter que seguir um regime de tratamento, compreender e aceitar as mudanças necessárias no estilo de vida da

pessoa, alterações na sua energia física e também na sua aparência pessoal. A saúde das pessoas, ou mesmo dos grupos com condições crônicas (incluindo as pessoas com diabetes), está relacionada às maneiras como essas pessoas enfrentam os estressores. Este enfrentamento tem como referência o significado que ele tem para cada pessoa.

Ide e Chaves (1992) ressaltam a importância do ajuste emocional das pessoas com diabetes através da identificação e interpretação dos fatos. Para que este ajuste se processe é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam uma relação interpessoal, sustentada no respeito e na superação dos mecanismos de despersonalização induzidos. É através da relação interpessoal que podemos desenvolver um processo de ser saudável. Através da busca de um ajuste emocional e identificação, que pode ser obtido pelo convívio com o grupo, as pessoas com diabetes podem enfrentar e conviver com sua condição crônica, de uma forma mais amena do que aquelas que não procuram alguma forma de auxílio, quanto ao processo de convívio com a doença.

O ajuste emocional também encontra suporte entre a pessoa com diabetes junto às pessoas de seu convívio. Concordo com Nitschke (1999), quando a autora fala que família não é necessariamente aquela determinada por fatores genéticos, podendo ser formada por pessoas e até animais que fazem parte da vivência diária, constituindo o processo do cotidiano de cada um. Penso que família são aqueles que auxiliam a pessoa em sua auto-estima, em seu processo de entendimento de ser- no- mundo, incluindo aí amigos, pessoas do ambiente de trabalho, vizinhos, cachorro, etc.

Damasceno et al (1995), identificaram problemas relacionados ao diabetes, incluindo tanto as alterações físicas e sociais quanto as psicológicas, chamando a atenção ao inadequado controle da clientela, sendo este fortemente evidenciado pelo uso incorreto, por parte da mesma, de medicamentos e de transgressões da dieta. Ao questionarem as razões pelas quais os diabéticos tomam decisões que prejudicam seu equilíbrio, as autoras reconhecem que o modelo de assistência utilizado pelos profissionais de saúde não contribui adequadamente para mudar esta situação. A assistência prestada aos portadores de diabetes não tem sido

satisfatória e isso interfere diretamente no processo de ser saudável de uma população.

Damasceno (1997, p.44), quando fala em aceitação da doença dentro do existir da pessoa com diabetes, afirma que:

O diabético é lançado num mundo já constituído. Nesse mundo, ele recebe informações de que é portador de uma doença incurável e, por conseguinte, precisa seguir determinadas regras para que possa ter uma vida "normal". Esse contexto de tradição o percebe apenas como entidade, como algo fechado. Assim, ele se constitui num mundo pré-dado, isto é, ele mostra a sua singularidade, a sua opção de possibilidades ancorado num contexto de tradição científica. A tradição, ao perceber o ser-ai como algo fechado, e não como remetimento constante à possibilidade pura, retira-lhe a capacidade de guiar-se por si mesmo encobrando o sentido.

Correia et al (1996) referenciam que "o doente tem direito a sentir-se perplexo, revoltado" e ressalta como um lado positivo da terapêutica, trabalhar o aspecto psicológico como o caminho para promover saúde. A vivência do ser diabético implica em mudanças de hábitos de vida, ou seja, a pessoa que, anteriormente ao diagnóstico de diabetes, não adotava hábitos saudáveis de alimentação e prática de alguma atividade física deve tentar, então, procurar redirecionar a sua vivência diária a fim de promover uma condição mais saudável. Isso implica em mudança de certos hábitos tais como alimentação adequada, praticar alguma atividade física, associar a medicação, se fizer uso, em horários a serem seguidos e fazer um controle de sua glicemia, como formas básicas para o controle e manutenção de sua condição crônica de saúde.

Borck e Cavada (1998), pontuam a prioridade do processo de ensino-aprendizagem como podendo oferecer as alternativas mais eficazes, reforçam a necessidade e a importância da percepção, pelos profissionais de saúde, sobre o real entendimento que as pessoas com diabetes têm sobre a doença e o plano terapêutico e se estão mesmo aprendendo o que se pensa estar sendo ensinado.

Autores como Nitschke et al (1992), referenciam que a família saudável promove saúde a partir do momento em que se auto estimam positivamente percebendo-se como família e compartilhando as mesmas idéias, de forma a

atuar conscientemente no ambiente em que vivem, conseguindo, assim, traduzir a importância da participação da mesma no processo de convivência com determinada doença, crônica ou não. Desta forma, a educação, a consciência e a promoção da saúde poderão, também, ser alcançadas quando o trinômio pessoa com diabetes x família x profissional de saúde perceberem que a interação dessas partes é necessária para que se promova uma qualificação de saúde associada ao processo de ser saudável. Neste sentido vale, ainda, ressaltar que, deste trinômio, é fundamental que a pessoa com diabetes, antes de qualquer outra pessoa de seu convívio, deseje procurar medidas de promoção ao auto cuidado, pois não basta, apenas, o empenho de seus familiares ou dos profissionais de saúde.

#### **2.4 Diabetes mellitus e suas implicações educativas:**

Conforme Freire (1980, a), a educação deve partir da realidade do educando, buscando nesta, um embasamento para sua fundamentação e aplicação. A educação não deve ser imposta, mas desenvolvida de acordo com as necessidades emergentes. Assim, quando se fala em educação em saúde, deve-se considerar a perspectiva de que viver o processo de aceitação da doença inclui a percepção de suas ansiedades, falta de conhecimento e medo em relação ao desconhecido.

Para Freire (1980,b), uma educação, como prática de liberdade deve ser um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade. Para ser válida, toda ação educativa, deve, necessariamente, estar precedida de uma reflexão sobre o homem e de uma análise do meio de vida concreto do homem a quem queremos ajudar a educar-se. Uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica, desenvolve no homem, a capacidade de escolher, libertando-o em lugar de submetê-lo, de domesticá-lo e de adaptá-lo.

A educação implica em conscientização da realidade, e, dessa forma concordo com Freire (1982), uma vez que este nos deixa claro que a conscientização é mais que uma simples tomada de consciência. Supõe, por sua

vez, uma melhor inserção crítica da pessoa conscientizada numa realidade desmitificada. Para a conscientização é preciso uma compreensão crítica dos seres humanos existentes no mundo e com o mundo.

Entende-se aqui ato educativo onde educador (profissional de saúde) e educando (pessoa com diabetes) aprendem juntos e o crescimento pessoal é favorecido. Para isso baseio-me em alguns outros autores que sustentam minha proposta.

Segundo Alva (1996), o controle adequado do diabetes diminui os custos hospitalares e gastos com medicamentos, prolonga a vida, melhora sua qualidade, evitando o desenvolvimento de complicações graves do diabetes. Por isso, é importante um processo educativo para “diminuir o custo da ignorância”. Para que uma pessoa com diabetes faça parte desse processo educativo, recomenda-se dar um enfoque individual, visto cada pessoa ser diferente da outra. O fundamental, neste processo educativo, é a relação que se estabelece entre o educador e o educando, neste caso a pessoa com diabetes.

A tarefa do educador será então a de facilitar este processo, através da socialização entre o educador (profissional de saúde) e educando (a pessoa com diabetes). A partir daí, torna-se fundamental o estabelecimento de um sentimento de empatia entre as partes, auxiliando no processo de aceitação da doença pelo portador de diabetes e facilitando o seu convívio com outras pessoas.

#### **2.4.1 Grupos de Convivência no processo de aceitação do viver com diabetes mellitus: uma alternativa educativa**

Miranda (2000) utiliza uma alegoria feita por José Saramago que define grupo como sendo “um grupo de dez ou dose pessoas assustadas, sentadas ao redor de um saco de medos: o medo da solidão, do passado, do presente e do futuro, gerador das angústias de todo dia. ”O grupo apega-se pela necessidade de proximidade, para dar solução a problemas que lhe são pessoais, mas, inevitavelmente socializados, tornando-se problemas do grupo.

Segundo Silva (2001), pertencer a um grupo, implica na construção de um processo de socialização, onde são estabelecidos códigos, reconhecidos valores e assimilada uma linguagem comum.

Miranda (2000), postula a idéia de que é assim que nos agregamos, nos dispersamos e indo juntarmo-nos a outro grupo. Na sociologia, Ferreira (1988) diz que grupo é a forma elementar de agregação social, que se considera como um todo, com tradições morais e materiais. Para McLuhan e Flore apud Miranda (2000), o grupo é um aglomerado que se conhece um ao outro e que possui objetivos comuns.

Para Zimerman e Osório (1997), um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. O grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade e vice-versa, de modo que, tão importante quanto o fato dele se organizar a serviço de seus membros, é também a recíproca disso. Cabe dizer que todo o indivíduo é um grupo (na medida em que, no seu interno, existe um grupo de personagens introjetados, como pais, irmãos, etc., que convivem e interagem entre si). Os autores afirmam, também, que um conjunto de pessoas constitui um grupo, um conjunto de grupos constitui uma comunidade e um conjunto interativo de comunidades configura uma sociedade.

Segundo Freire (1995), um grupo é um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes, que se reúnem por necessidades específicas. Em um grupo, cada participante exercita sua fala, seu silêncio e defende seus pontos de vista, pois cada um é diferente do outro. Na vivência grupal, cada indivíduo vai percebendo, dentro de si, a presença do outro, constituindo assim, a característica primordial de um grupo.

Freire (1995) diz ainda que o indivíduo é um ser geneticamente social, ou seja, a identidade do sujeito é um produto das relações com o outro. Nosso ser individual nada mais é que um reflexo, onde a imagem de um espelho que nos devolve é a de um "eu" que aparenta unicidade, mas que está composto por inumeráveis marcos de falas, presenças de modelos de outros. Um grupo é constituído de partes, sendo que cada parte tem suas características próprias e

únicas, ou seja, em um grupo de pessoas, cada um exercita sua fala, sentimentos e ações. Dessa forma, pelo aglomerado de partes que irão constituir o grupo, é que surgem as atividades de dinâmica de grupo. A dinâmica de grupo parece colaborar para o crescimento pessoal e coletivo e, neste caso, auxilia no processo de aceitação do diabetes mellitus. Num grupo, através de um mecanismo de projeção, livramo-nos de aspectos nossos que nos desagradam, pois não admitimos que eles, também, fazem parte de nós. Um grupo deve se estruturar a partir da realidade existente. Todos os membros do grupo devem ter sua própria maneira de pensar e agir, sendo que todos devem direcionar suas ações para um determinado fim em comum. É num grupo que a pessoa exerce sua capacidade de doação, compartilhamento e humildade. Para a autora, uma sociedade bem estruturada caracteriza-se pela interação de elementos que fazem parte de um grupo, onde cada um é importante e constitui um todo.

Um grupo, segundo Freire (1995), pode ser a cada encontro: imprevisível, algo inusitado, cheio de surpresas, apresentar aspectos desconhecidos, mesmo que todos se conheçam. Desafiador a cada encontro, o grupo faz a sua história, rompe com o estabelecido em favor da mudança, sendo cada encontro cheio de descobrimentos diante de cada ato. Um grupo é constituído através da constância da presença de seus elementos, na constância da rotina de suas atividades, como também, na organização sistematizada de encaminhamentos. Constrói-se o grupo ainda, no espaço heterogêneo das diferenças entre cada participante, enfrentando o medo que o diferente, e o novo provocam, exercitando o risco de ousar. Um grupo sedimenta-se através de explosões, de conflitos, de rompimentos e no medo de causar rupturas. Estabelece, também, um vínculo de autoridade entre seus membros, tidos como iguais, ao mesmo tempo que se fortalece na cumplicidade. Um grupo, ao se construir, precisa realizar um trabalho árduo de reflexão por parte de cada um dos seus participantes e do educador (profissional de saúde), bem como da ação exigente e rigorosa, de ambas as partes.

Munari e Rodrigues (1997) estabelecem os seguintes aspectos estruturais na formação de um grupo:

- oferecer suporte: um grupo pode ajudar no suporte para que a pessoa se adapte à realidade de mudanças do grupo, no qual está se inserindo;
- realizar tarefas: para adaptação ao novo mundo que se está inserido;
- socializar: o grupo oferece novas alternativas de adaptação;
- aprender mudanças de comportamento: buscar conviver harmonicamente com alguma situação nova. Ex: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, etc;
- treinar relações humanas: conviver com pessoas diferentes e tentar descobrir novos rumos;
- oferecer psicoterapia: objetivo de mudanças de comportamento para uma vida mais amena e saudável.

Quando se fala em formação de grupos terapêuticos para cuidados em saúde, vários fatores são levados em consideração, uma vez que correspondem à realidade do mesmo. Os fatores, abaixo relacionados, são os que, segundo Yalom apud Munari e Rodrigues (1997), constituem a base para atribuição de valores em um grupo:

- *instalação da esperança*: troca de experiências de vida que nutrem o grupo, ao firmar sua crença na melhoria pessoal;
- *universalidade*: solidariedade pelos problemas alheios, fazendo com que o grupo perceba que existem outros problemas no mundo e que eles não são os únicos que sofrem;
- *oferecimento de informações*: fator benéfico para o crescimento do grupo;
- *altruísmo*: compartilhar o pessoal com o coletivo, a fim de estreitar seus laços;
- *reedição do grupo primário/família*: experiência de trabalhar conflitos vivenciados pela família;

- *socialização*: grupo como meio de conhecer a si próprio e treinar sua reinserção no âmbito familiar e comunidade;
- *imitação de comportamentos*: modelos de aprendizado que auxiliam na estruturação de nova personalidade;
- *aprendizado pessoal*: troca de experiências que levam ao crescimento pessoal;
- *coesão grupal*: condição para continuidade;
- *catarse*: mais importante aspecto de experiência grupal. As pessoas expõem seus sentimentos, relaciona-se à coesão do grupo;
- *fatores existenciais*: auxilia a pensar em como pode um grupo colaborar na mudança de pensamento.

Para Munari e Rodrigues (1997), a idéia de grupo, na enfermagem, parece contribuir para uma prática assistencial qualificada, uma vez que esta somente poderá ser estruturada a partir das necessidades do cliente. Essas necessidades serão saneadas no momento em que ocorrer uma interação entre a equipe de enfermagem e o cliente, ou seja, no momento em que, conforme já mencionado, o grupo interagir. Essa interação irá ocorrer à partir de um bom relacionamento entre a enfermagem e sua clientela. Percebemos que, praticamente, todas as ações do nosso cotidiano têm acontecido através de interações entre grupos. A ciência atual propõe uma interação, ou troca de informações, nas diversas áreas de estudo. Isso nada mais é do que a idéia de grupo, na sua forma mais explícita, através da articulação de um processo educativo.

As autoras afirmam, ainda, que cabe ao enfermeiro também dinamizar o processo de interação da pessoa no grupo, de forma que esse crie um vínculo com as outras pessoas, interagindo de maneira saudável na sociedade. Para que ocorra sucesso no trabalho em grupo, é necessário interesse e comprometimento de todas as pessoas envolvidas com esta atividade. O trabalho do enfermeiro cresce à medida que ele supervisiona o grupo, pois é necessário aperfeiçoar e moldar de acordo com as necessidades do grupo. Nesse tipo de trabalho é comum que o enfermeiro relativize seu aprendizado com experiências formais de

ensino. O trabalho em grupo, realizado pelo enfermeiro, implica em constante atualização para a sua competência técnica e também, como possibilidade de calibrar seu auto conhecimento, considerando ser ele mesmo o seu instrumento de trabalho. A forma do aprender fazendo implica em um trabalho construtivista, em que todos aprendem juntos e ao mesmo tempo.

Num trabalho em grupo podemos evidenciar a proximidade a ser definida, como a habilidade dos integrantes em fazer contato com os outros. A proximidade é desencadeada pelo aparecimento de sentimentos e experiências comuns, que são compartilhados e, conseqüentemente, estimulam a formação da identidade do grupo. (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

Neste sentido, este estudo baseia-se na formação de um grupo de convivência, que, segundo Francioni et al (2001), é definido como um grupo que tem a finalidade de compartilhar saberes e experiências na construção de um viver mais saudável. Tem como objetivos formar redes de suporte social; buscar autonomia; ampliar a criatividade; desestigmatizar a imagem no grupo; oportunizar a livre expressão dos participantes sobre suas emoções e seus conhecimentos; e estabelecer articulações com outros grupos e instituições.

A sensibilidade do facilitador, neste caso o enfermeiro, para lidar com questões e sentimentos que mobilizam o grupo, serve como instrumento para que o mesmo possa encorajar os membros do grupo a exporem seus sentimentos. Nos trabalhos em grupo, verifica-se que o conflito é um problema inevitável e comum ao seu desenvolvimento, evidenciado por interações interpessoais negativas. A zona de conflito manifesta-se pela intransigência de alguns membros ou do grupo todo, em relação à postura do facilitador e vice-versa, expressas diretamente pelo surgimento da hostilidade e sentimentos negativos.

Se não formos capazes de sermos honestos e de percebermos os nossos limites, dificilmente haverá um clima de segurança, capaz de promover o movimento de investimento das pessoas no grupo. As funções do facilitador devem favorecer a comunicação, esclarecer problemas específicos de saúde ou conflito em evolução, dar apoio ao grupo ou a certos doentes mais necessitados, promover a catarse e a reflexão.

O trabalho da enfermagem em grupos, bem como de outros profissionais de saúde, deve servir para facilitar, promover e oportunizar melhores condições de saúde e qualidade de vida. (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

Neste sentido, o trabalho em grupo contribui no processo de aceitação do diabetes mellitus, uma vez que a pessoa, em condição crônica de saúde, necessita de uma série de adaptações para enfrentar o seu cotidiano, de forma a obter uma boa qualidade de vida.

O processo de aceitação fica atrelado a alguns conceitos que colaboram para o processo educativo e conseqüente convívio harmônico com o diabetes.

Damasceno (1997), que vem estudando pessoas com diabetes à partir de uma visão Heideggeriana, acredita que o homem é um ser existente, porque está essencialmente ligado ao tempo e, portanto, ao passado, presente e futuro. A presença é passado, enquanto ao ser lançada no mundo, recebeu as coisas que ele não fez, não escolheu e não decidiu. É presente enquanto faz uso das coisas que estão aí, no mundo. E, é futuro porque está dirigida ao poder ser e a uma nova possibilidade.

Damasceno (1997) refere, ainda, que o ser diabético parece ser inautêntico, pois, ao mostrar que a doença transformou sua vida social e profissional, insiste em permanecer ligado a um tempo vivido "antes" do diabetes e a um agora ocupado com o diabetes, em que a perspectiva de futuro não parece ser promissora. Isso é evidenciado na vivência do outro. A temporalidade é o horizonte da compreensão, da instituição de mundo do que é o ser -aí. Fechando-se no passado e no presente, a pessoa com diabetes foge desta "nova vida", não se percebendo como remetimento a uma nova possibilidade, não considerando o seu vir a ser.

Conforme as maneiras de pensar, sentir, perceber e se comportar manifestadas pelas pessoas com diabetes, fica claro que não se trata de encontrar métodos para o processo de aceitação, mas é preciso mostrar o que possibilita as várias maneiras de algo tornar-se manifesto, sentido e percebido, ou seja, o ser diabético institui um mundo conforme ordenação de espaço e tempo próprios. (DAMASCENO, 1997).

Na opinião de Olivieri (1985), a existência autêntica é sempre um desespero, uma coragem de Ser. O medo à autenticidade pode, às vezes, constar do receio de não ser aceito socialmente como se é. O disfarce ou engano de si próprio leva à construção de esquemas e de situações, que não trazem as satisfações e emoções desejadas. Assim, a pessoa com diabetes parece ter certo receio de aceitar uma condição crônica, pois ela necessita deixar um "Eu" para começar a viver um outro "Eu"; necessita uma readaptação a um novo mundo no qual é forçada a entrar, sem ao menos terem perguntado sua opinião.

A existência implica uma emergência contínua, no sentido de uma evolução emergente, de um transcender o passado e o presente em direção ao futuro. "Esta afirmativa complementa o pensamento do autor, no sentido de que o processo de aceitação baseia-se também na temporalidade, na harmonia de sentimentos. A doença provoca uma agressão, uma solução de continuidade entre o viver anterior e o presente, tornando o futuro incerto.

O sucesso do processo de aceitação do diabetes parece consistir em viver a autenticidade do fato e, neste sentido, Polak (1997) nos coloca que é por meio do corpo vivente que o homem se relaciona com a natureza, com o mundo das coisas, relação esta determinada pela cultura, que dita princípios, estabelece normas, cria símbolos que são aceitos pelo homem e impressos em seu corpo. O processo de viver saudável, de adoecer e morrer é percebido e vivido pelo corpo conforme a cultura vigente, bem como o são as ações de enfermagem.

Por ser uma condição crônica de saúde, o diabetes causa um impacto e um enfrentamento inicial. Segundo Trentini e Silva (1992), os estressores são geralmente enfrentados de acordo com o significado que a doença tem para cada um.

Para Stork (1997), a vida humana tem um caráter dualístico (vida-morte, noite-dia, amor-ódio, sujeito-objeto, prazer-dor, homem-mulher). Neste sentido, as pessoas formam uma dualidade entre saúde-doença e, dessa forma, o processo de aceitação permeia alguns conceitos e valores. Há sempre uma dualidade e duplicidade de dimensões, de ritmos, de tempos e de situações. O dualismo pode se caracterizar como oposição das dimensões básicas da vida, contrapondo-se à

maneira de vida vivida anteriormente. O homem parece ficar envolto em duas vidas e, por não saber ou não se sentir encorajado a fazer, tem dúvidas ou até nega suas formas de vida, não aceitando a adesão a uma nova possibilidade. Os desejos e impulsos, também com caráter duplo, dirigem-se para a satisfação das necessidades eminentes do ser humano e, neste sentido, o processo de aceitação de vida parece estar relacionado com a definição de valores e conceitos e também no controle dos mesmos.

Aceitar parece ter relação com a liberdade de querer. Liberdade, segundo Stork (1997), é a pessoa ser dona de seus atos e do princípio de seus atos, do desenvolvimento de sua vida e destino. Ao ser dona de seus atos, a pessoa é voluntária de querer ou não aderir ou compactuar com novas formas de vida, a fim de obter melhoria de sua qualidade. A constatação de um fato somente se incorpora à vida, se a pessoa o aceitar livremente. A aceitação da verdade surge do respeito por ela mesma e, para isso, é necessário um tempo, que é único em cada pessoa. Para este autor, existem quatro momentos de aceitação da verdade, que podem ocorrer de forma sucessiva ou, juntamente, de acordo com a forma de aceitação referente ao tempo e espaço de cada pessoa. Esses momentos são:

- adquirir a disposição de aprender: que exige tomar consciência dos fatos. Esse momento é caracterizado pelo aumento da curiosidade e capacidade de querer aprender;
- observação da realidade: consiste em buscar a verdade, é a fase da tomada de consciência;
- respeitar a verdade: enfrentar a realidade e compreender os aspectos favoráveis e desfavoráveis que podem ocorrer;
- convicção da realidade: é a aceitação do fato em si.

Aceitar um fato consiste em entender a natureza humana. Essa natureza consiste em desenvolver a personalidade humana, para alcançar discernimento das coisas. É natural do homem adequar-se ao meio e, para isso, é necessário entender a plenitude dos fatos, aceitando-os.(STORK, 1997).

Para este autor, o homem tem a liberdade de ação e isso implica em querer realizar algo para si. Todo o ser humano tem o direito à liberdade de opinião e expressão, de crenças e de viver segundo o que acredita e de acordo com suas convicções. Desta forma, a pessoa possui uma maneira própria de assimilar sua verdade e vivenciar o fato como realmente é, ou seja, cada pessoa tem a liberdade de transcender sua realidade e buscar a convivência harmônica de um conflito presente. O tempo de aceitação de uma condição crônica de saúde é diferente para cada pessoa.

## 3 MARCO REFERENCIAL

---

Acreditando na liberdade de pensar e agir, penso que a qualidade na assistência, em saúde, inclui a percepção e a vontade da pessoa que recebe esta assistência. Assim, neste trabalho, baseei-me em algumas concepções de Dorothea Orem, em sua Teoria Geral do AutoCuidado, e nas idéias de outros autores, que são convergentes com a minha perspectiva. Penso que a base para o autocuidado é a educação e este deve partir das possibilidades de cada um. O profissional de saúde deve contribuir, através da prática educativa, sendo um facilitador deste processo. Entendo que nesta prática estão a promoção, a prevenção e o estímulo das ações de autocuidado.

A escolha por Orem deu-se, especialmente, devido à sua concepção de que o autocuidado influencia a construção do processo de ser saudável, o que inclui a aceitação do viver com uma doença.

### 3.1 Teoria Geral do Autocuidado

A Teoria Geral do AutoCuidado (AC) de Orem propõe, segundo Leopardi (1999), três teorias articuladas:

- *Teoria dos déficits de autocuidado:* delinea a necessidade da intervenção, quando o ser humano não tem competência para executar o seu autocuidado.
- *Teoria de autocuidado:* é a prática de cuidados executados pelo indivíduo portador de uma necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem-estar.

- *Teoria dos sistemas de enfermagem:* baseia-se nas necessidades e capacidades dos pacientes para a execução de autocuidado, o que determinará ou não a intervenção de profissionais de enfermagem.

De acordo com Orem (1995), a Enfermagem preocupa-se com a necessidade das ações de autocuidado e com o controle disso, a fim de sustentabilidade da saúde. Orem define e desenvolve sua Teoria Geral de Enfermagem, em três partes relacionadas:

- Autocuidado
- Deficiências do autocuidado.
- Sistemas de enfermagem.

### **3.1.1 Teoria do Autocuidado**

Esta engloba o autocuidado, atividade do autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, bem como os requisitos para o autocuidado.

*Autocuidado* é a "prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem estar." (OREM, 1995. p.186-245).

Autocuidado efetivamente executado contribui, de maneira específica, para a integridade da estrutura humana, para o funcionamento da pessoa e para seu desenvolvimento." (OREM, 1995. p.186-245).

*A atividade de autocuidado* constitui uma habilidade humana que significa "a habilidade para engajar-se em autocuidado." (OREM, 1995. p.186-245).

"As capacidades do indivíduo para engajar-se no autocuidado acham-se condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio cultural, saúde e recursos disponíveis." (OREM, 1995. p.186-245).

Para a satisfação das necessidades de uma pessoa, algumas ações devem ser executadas por um determinado tempo, o que pode ser obtido através da interação de atividades relacionadas a promoção do autocuidado.

Segundo Campedelli et al (1989), no desenvolvimento do autocuidado (AC) são designadas cinco atribuições: manutenção da saúde; prevenção da doença; autodiagnóstico; automedicação e autotratamento; participação nos serviços de assistência à saúde. Ainda, segundo essas autoras, a essência do objetivo do autocuidado é o controle, a liberdade, a responsabilidade do paciente e a melhoria da sua qualidade de vida. Assim sendo, o paciente deve ser livre para acertar, aprender, utilizar ou rejeitar o que lhe é oferecido, para pedir ajuda, obter todas as informações acerca de si mesmo e até deixar o hospital ou instituição de saúde.

Orem (1995) afirma que os requisitos universais de autocuidado estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Eles são comuns a todos os seres humanos e durante todos os estágios de ciclo vital devem ser encarados como fatores interligados, sendo que um influencia o outro. Um termo comum para tais requisitos são as atividades do cotidiano. Orem identifica requisitos de autocuidado como:

- a manutenção de ingestão suficiente de ar, água e alimento;
- a provisão de cuidado, associado a processos de eliminação e excreção;
- a manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso;
- a manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social;
- a prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem estar humano;
- a promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal. Normalidade é utilizada no sentido daquilo que é essencialmente humano e aquilo que está de

acordo com as características genéticas e constitucionais, bem como o talento das pessoas. (Orem, 1995, p. 191-192)

### **3.1.2. Teoria da Deficiência do Autocuidado**

Delineia-se quando há necessidade de atuação de enfermagem. Orem (1995) descreve cinco métodos de ajuda, que são eles:

- Agir ou fazer para o outro;
- guiar o outro;
- apoiar o outro (física e psicologicamente);
- proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação;
- ensinar o outro.

### **3.1.3 Teoria de Sistemas de Enfermagem**

O sistema de enfermagem, planejado pelo profissional, baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para a execução de atividades de autocuidado.

Orem (1995) classificou em três, os sistemas de enfermagem para satisfazer aos requisitos de autocuidado do paciente.

- Sistema totalmente compensatório.
- Sistema parcialmente compensatório.
- Sistema de apoio-educação.

**O sistema de enfermagem totalmente compensatório** está representado por uma situação, em que o indivíduo não consegue desempenhar-se em ações de autocuidado que exigem locomoção controlada ou com prescrição médica,

restringindo certa atividade. Pessoas com certas limitações são socialmente dependentes de outros para viver e promover seu bem estar. Subtipos do sistema totalmente compensatório constituem sistemas de enfermagem para pessoas que estão:

- incapacitadas de empenhar-se em qualquer forma de ação voluntária (pessoas em coma );
- conscientes e que conseguem fazer observações, julgamentos e tomar decisões acerca do autocuidado e outros assuntos mas que não conseguem ou não devem executar ações que exigem locomoção ou movimentos manipulativos. (pessoas com fraturas de vértebras C<sub>3</sub>-C<sub>4</sub>);
- incapacitadas de cuidar de si mesmas e fazer julgamentos e tomar decisões razoáveis acerca do autocuidado e outros assuntos, embora possam locomover-se e consigam executar algumas medidas de autocuidado, com orientação e supervisão contínuas. (GEORGE, 1993, p 94 -95 ).

**O sistema de enfermagem parcialmente compensatório** está representado por uma situação em que tanto o enfermeiro quanto o paciente executam medidas, ou outras ações de cuidado, que envolvem tarefas de manipulação ou de locomoção. Tanto o enfermeiro quanto o paciente podem exercer o papel principal na execução de medidas de cuidados. Um exemplo de uma pessoa que necessita de cuidados de enfermagem, no sistema parcialmente compensatório, poderia ser um indivíduo recém-submetido à cirurgia abdominal. Esse paciente pode ser capaz de lavar o rosto e escovar os dentes, embora necessite do enfermeiro para ajudá-lo a locomover-se e trocar a roupa da cirurgia. (George, 1993, p 94 -95 ).

**O sistema de apoio-educação** afirma que a pessoa consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, embora não consiga fazer isso sem auxílio." Neste sistema, a pessoa realiza tudo voltado para o seu auto cuidado, o que leva à tomada de decisões, controle de

comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades. O papel do enfermeiro é, assim, o de promover o autocuidado. (GEORGE, 1993, p. 94 -95).

Orem declara que um ou mais dos três tipos de sistemas podem ser utilizados com um único paciente. Por exemplo: uma mulher em trabalho de parto pode sair de um sistema de apoio-educação, no início do trabalho de parto, para o sistema parcialmente compensatório, à medida que evolui seu trabalho de parto. Caso haja necessidade de cesariana, seus cuidados podem exigir um sistema totalmente compensatório. Posteriormente, ela evoluiria para o sistema parcialmente compensatório, à medida que se recupera da anestesia. Mais tarde, ao preparar-se para ir para casa, seria mais uma vez adequado um sistema de apoio-educação. (GEORGE, 1993, p.95).

Referente aos pressupostos e/ou pressuposições básicas, Leopardi (1999) coloca que Orem considera que as pessoas desejam e podem se tornar aptas ao seu autocuidado, podendo os profissionais de Enfermagem assumir esta tarefa, quando as mesmas não estão em condições de fazê-lo. Dessa forma, Orem acredita que:

- A Enfermagem é um serviço de ajuda deliberado, desempenhado pelos enfermeiros para outras pessoas, por um período de tempo;
- As pessoas são capazes e desejam desempenhar autocuidado para si e para os membros dependentes da família;
- Autocuidado é a parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e ao bem-estar;
- Educação e cultura influenciam os indivíduos;
- Autocuidado é aprendido através da interação humana e comunicação;
- As pessoas são indivíduos distintos com identidades que são distintas dos outros e do seu meio natural.” (Leopardi, 1999, p. 75-76)

Em vista destes pressupostos, a Teoria Geral do Auto Cuidado (AC) de Orem pode auxiliou-me, na busca da promoção do AC, baseado no princípio da interação humana e respeitando a individualidade de cada um. Desta forma, desenvolvi um processo de educação em saúde para a pessoa com diabetes e até mesmo seus familiares, visando a aceitação de sua condição crônica de saúde para a construção de um viver mais saudável.

A seguir, são apresentados os conceitos que orientaram o presente estudo:

### 3.2 Conceitos:

**Ser Humano:** Os seres humanos diferem das outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmos e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam e de usar criações simbólicas (idéias, palavras) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefício a si mesmos ou a outros. Para Orem, o funcionamento humano integrado inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, e acredita que os indivíduos possuem potencial para a aprendizagem e o desenvolvimento. A satisfação das necessidades de autocuidado é um comportamento aprendido, sendo a aprendizagem afetada pela idade, capacidade mental, cultura, sociedade e o estado emocional do indivíduo. Quando o indivíduo não consegue aprender medidas de autocuidado, outros devem aprender estes cuidados e provê-los. (GEORGE, 1993).

Neste estudo, o ser humano é compreendido como a pessoa com diabetes mellitus e seus familiares, numa perspectiva individual e/ou em grupo. O ser humano pensa, age e reage diante de eventos, como a descoberta e a vivência de uma condição crônica, o que vai definir o processo de aceitação da mesma.

O ser humano (indivíduo ou grupo) necessita de informações para que possa exercer sua autonomia, na busca de um viver mais saudável, sendo que constrói seu aprendizado através de suas próprias experiências e das experiências e conhecimentos de outras pessoas, em situação de interação com as mesmas.

**Saúde:** Focaliza a diferenciação estrutural e funcional, no âmbito da unidade que é um ser humano, desenvolvida por várias ciências humanas e da vida.

Orem apud George (1993, p.96), apoia o conceito de saúde da OMS, como "estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença". Declara que "os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais são inseparáveis no indivíduo". Também apresenta a saúde no aspecto preventivo, incluindo a promoção e manutenção da saúde (prevenção primária), o tratamento

da doença (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária).

A sociedade moderna espera que os adultos sejam autoconfiantes e responsáveis por si mesmos e pelo bem estar de seus dependentes. Geralmente, os grupos sociais aceitam que pessoas necessitadas, doentes, idosas, incapacitadas ou, de outra forma, privadas de algo, sejam ajudadas a obter e recuperar responsabilidade, conforme seus limites. (Orem apud George, 1993).

Para mim, saúde é definida pelo próprio indivíduo, como um sentimento de bem estar. Deste modo, mesmo pessoas com uma doença crônica, como o diabetes mellitus, podem ter saúde, desde que aceitem sua condição e consigam viver bem com ela.

Este processo de aceitar e viver bem com sua doença inclui, muitas vezes, aceitar seus limites, encontrar novas maneiras de viver o seu dia a dia, compartilhar conhecimentos e experiências, desenvolver novas habilidades que possibilitem um convívio mais harmonioso e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

A saúde pode ser o agente regulador do organismo, uma vez que uma doença pode debilitar ou reduzir suas atividades normais. O ser humano poderá sentir que tem boa saúde, quando estiver adaptado ao meio que vive ou que necessita viver, diante de um caso eminente de mudança de hábito.

**Enfermagem:** Pode ser caracterizada como um serviço que auxilia o ser humano, independente do sexo e idade, na execução de suas ações. É a ação voluntária, uma função da inteligência prática dos enfermeiros, de causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seus ambientes. A enfermagem difere dos outros serviços humanos pela maneira como focaliza os seres humanos." (OREM apud GEORGE, 1993, p.96).

Dessa forma, o papel do enfermeiro, da pessoa com diabetes mellitus e de seus familiares deve ser de trabalharem juntos para alcançar o autocuidado, de modo a favorecer o processo de aceitação da condição crônica de diabetes mellitus.

Acredito que para reforçar o aspecto de autonomia das pessoas, devemos aprender mais sobre os limites da atuação da Enfermagem, pois cada pessoa possui uma maneira própria de viver, o que a torna circunstancial e intransferível.

A auto-responsabilidade constitui o modo como o ser humano vive a sua totalidade. Neste sentido, a prática de enfermagem implica em auxiliar as pessoas a aceitarem melhor sua condição de saúde, através da manutenção e promoção do autocuidado.

Concordando com Caccavo (1997), a Enfermagem é também a arte de criar e é criadora de impulsos na direção do prazer, fazendo com que as pessoas queiram prolongar ou renovar as formas de ser e sentir-se saudável.

Na perspectiva deste estudo, a prática de enfermagem está centrada na educação em saúde, convergente com algumas idéias de Paulo Freire.

Em relação à **Educação em Saúde**, partilho a idéia de Egrý (1996), quando este afirma que o processo de ensino-aprendizagem é entendido como compartilhar experiências, entre educador e educando, vivenciando, na prática, a busca conjunta de soluções para as questões a serem enfrentadas. É necessário levar em conta as experiências anteriores que cada um possui. Agir neste processo significa lidar com seres humanos e não com objetos (coisas), o que torna o mesmo altamente complexo. É um processo que deve evidenciar as diferentes visões de mundo presentes na sociedade e que determinam as atitudes das pessoas. Egrý (1996) concorda com Paulo Freire, que acredita na educação como prática de liberdade e também como constante processo de troca entre educador e educando, onde os dois aprendem e crescem ao mesmo tempo.

Neste trabalho, a opção foi por desenvolver educação em saúde em grupos de convivência, constituído por pessoas com diabetes mellitus, seus familiares e profissionais de saúde.

Segundo Freire (1995), **Grupo** é um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem por necessidades específicas. Em um grupo, cada participante exercita a sua fala, seu silêncio e defende seus pontos de vista, pois cada um é diferente do outro. Na vivência grupal, cada indivíduo vai introjetando o outro e isso determina a característica primordial de um grupo.

Penso que a noção de grupo é o que move a sociedade, uma vez que todas as grandes ações foram executadas, através de uma idéia que foi posta em prática, devido à existência de um grupo de pessoas que concordaram que uma idéia fosse adiante. Quero dizer com isso que tudo aquilo que pensamos ou agimos somente é executado através de um agrupamento de ações. É através de um conjunto de idéias que podemos executar ações e direcionar uma prática de assistência, promovendo a prevenção da doença e a educação em saúde.

Grupo, neste estudo, é entendido como sendo um grupo de pessoas portadora de uma condição crônica de saúde, no caso, o diabetes, que buscou compreender como se dá o processo de convivência com a mesma. Como facilitadora deste processo, a interação com esse grupo possibilitou, através de uma convivência harmônica, encontrar opções no viver com diabetes. Essa vivência ampliou a autonomia das ações individuais e coletivas, possibilitando uma certa redução do impacto do diagnóstico inicial e do estresse causado pelo diabetes.

Dias, Trentini e Silva (1995) afirmam que **OS Grupos de Convivência** provocam uma educação participativa, concretizando-se quando a/o enfermeira/o se envolve e se compromete, de modo solidário, com o crescimento do grupo, na perspectiva de que todos no grupo, tanto o educador quanto os educandos, mostrem-se ativos no trabalho grupal.

Para mim, grupo de convivência é uma forma pela qual as pessoas estabelecem uma forma de convivência, onde compartilham conhecimentos e experiências, de modo a contribuir para uma melhor aceitação de sua condição crônica de saúde. É através da troca de conhecimentos e experiências, que as pessoas se identificam e conseguem transpor certos medos, uma vez que a realidade de uma pode ter sido a realidade de outra.

Um grupo de convivência é organizado para promover a educação em saúde, provocando uma educação participativa que contempla, também, a compreensão de uma situação, a perseguição de comportamentos saudáveis, a promoção da cidadania e o desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas. (FRANCIONI et al, 2001).

**Ambiente** é entendido como o conjunto de condições geográficas, históricas, sociais e políticas, em que o homem está inserido e em contínua e recíproca evolução e transformação (OREM apud GEORGE, 1993).

Para mim, a cultura influencia o modo pelo qual cada pessoa, família, grupo ou comunidade irá buscar medidas que determinem o processo de ser, estar e permanecer saudável.

O ambiente pode favorecer ou prejudicar a maneira como a pessoa percebe sua condição crônica de saúde, influenciando o processo de aceitação.

Esses conceitos contribuem para um melhor entendimento do que vem a ser o **Processo de Aceitação da Doença**.

O **processo de aceitação de pessoas com diabetes** implica na percepção da própria existência e de como cada pessoa enfrenta sua condição crônica.

Para Angerami- Camon (1993), o homem existe não apenas em sua relação corpórea ou apenas pelo lugar que ocupa no espaço. O homem existe em relação à sua condição de ser-no-mundo. E o fato de estar no mundo constitui um fato por si só, determinante de muito sofrimento e desespero. O mundo com suas condições e normas é o que delinea a quase totalidade do desdobramento das possibilidades existenciais. Isso implica na luta constante do homem consigo mesmo, para não perder suas características individuais.

A aceitação, em seu estágio mais elevado, inclui a aceitação plena de sua condição e é caracterizada pelo ato de respeitar e enfrentar a verdade para reconhecê-la, mesmo que essa situação possa ser desconfortável ou complicada.

Dentro do processo de aceitação da doença, concordo com Caguilhem (1978) quando este afirma que o indivíduo é que avalia o processo de saúde e doença, porque é ele que sofre suas conseqüências, no momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe.

Esta nova situação inclui um processo onde a pessoa avalia sua situação considerando diferentes aspectos de sua realidade, tais como: capacidade para o autocuidado; apoio familiar e profissional; compreensão do que está acontecendo;

controle do tratamento; condições sócio econômicas adequadas às necessidades emergentes; disposição e desejo de enfrentar uma nova situação; incorporação no dia a dia dos novos requerimentos impostos pela condição crônica (dieta, medicação, exercícios); aceitação de alguns limites impostos para que o controle do diabetes seja melhorado; conseguir conviver de forma amena com a pouca disponibilidade de recursos para o controle e manutenção do diabetes que se tem na sociedade; ter coragem para enfrentar o novo, que muitas vezes implica em adesão à nova forma de viver. Dessa forma, o processo de aceitação ocorre de acordo com a tomada de consciência que cada ser humano possui.

Segundo Campedelli et al (1989), para a promoção do autocuidado, a pessoa necessita tomar consciência da manutenção da saúde; prevenção da doença; como se sente e o que deve fazer no seu tratamento.

A tomada de consciência consiste na aceitação do fato em si e isso significa mudança dos hábitos de vida. Para Stork (1997), hábito é definido como uma disposição para realizar determinadas ações, que tornam o cotidiano mais fácil, pois produz costumes. Ainda segundo o autor, o hábito de caráter é o que leva a pessoa a comportar-se de determinada maneira e pensar de certo modo. Isso faz com que a pessoa formule seu modo de vida e faz com que sua ação repercuta sobre si mesmo.

Deste modo, a promoção do auto cuidado interfere no processo de viver e conviver, de forma harmônica, com o diabetes. A aceitação do fato de ter diabetes parece estar relacionada com o modo de vida de cada pessoa. Aceitar uma doença, como o diabetes, pode ser, também, aceitar mudanças de certos hábitos de vida. Essas mudanças de hábitos podem significar mudanças de valores tais como saúde, doença, certo, errado, etc.

A aceitação de uma condição como verdadeira, pode também ser interpretada como a consciência do que se sente. Neste sentido, cabe dizer que a aceitação de um fato é uma questão de autonomia, pois implica em percepção de ser livre e poder optar.

Stork (1997) enfaticamente afirma que a liberdade é o que permite o homem alcançar a sua máxima grandeza, mas também, sua máxima destruição.

Aqui neste estudo, a grandeza seria a noção de autocuidado que a pessoa deve descobrir por si e com o auxílio de outras pessoas envolvidas, de modo a conviver com sua condição crônica de saúde. E destruição, seria a negação da verdade, o que pode acarretar em danos a longo prazo, uma vez que o diabetes é uma doença crônica degenerativa, com indicação de destruição ou incapacitação de alguns órgãos, desde que não cuidados.

Segundo alguns estudos na área, o viver com diabetes requer uma série de adaptações o que, muitas vezes, implica em vencer medos, revoltas e ter de, inevitavelmente, redirecionar a forma de viver.

Santana (2000) afirma, que é preciso que ocorra uma suspensão de valores, crenças e preconceitos, tanto da pessoa com diabetes como das outras pessoas envolvidas neste viver. Assim, o aceitar consiste numa forma "despida" de ver a realidade e, a partir daí, pensar quais ações que podem melhorar o viver com uma condição crônica de saúde.

A aceitação do diabetes, baseada nos princípios de Orem e sua Teoria Geral do AutoCuidado, requer que a pessoa sinta-se capaz de reagir à nova situação. A pessoa deve pensar em como poderá atuar por si mesma e isso pode ser auxiliado pelo profissional de saúde. Essa atuação, onde cada pessoa apresenta seu tempo de entendimento e ação, contribui para que a pessoa aprenda a promover ações de saúde para si, buscando autonomia e sentindo-se capaz.

## 4 METODOLOGIA

Este estudo foi caracterizado como sendo do tipo convergente assistencial, orientado pela seguinte questão:

“Como as pessoas com diabetes mellitus percebem o processo de aceitação de sua condição crônica de saúde?”

A pesquisa do tipo Convergente Assistencial, apresentada por Trentini e Paim (1999,a), é a que melhor se enquadra neste estudo. Segundo as autoras, esse tipo de pesquisa inclui alguma ação do pesquisador, na situação social, a fim de resolver ou amenizar problemas e realizar mudanças. Na Enfermagem, incluem-se atividades de cuidados aos clientes e o enfermeiro contribui na promoção e prevenção da saúde. Ainda segundo as autoras, a pesquisa convergente assistencial inclui uma variedade de métodos e técnicas pelo fato de que, além de obter informações, o pesquisador envolve os sujeitos pesquisados, ativamente, no processo. A pesquisa Convergente Assistencial, aplicada à enfermagem, inclui atividades de cuidado/ assistência dos clientes. Por isso, há quem confunda com o ato de cuidar. Tal tipo de pesquisa inclui um gesto de cuidar, no entanto, as autoras defendem a posição de que “a pesquisa no seu todo não se consubstancia como ato de cuidar ou assistir somente”. (TRENTINI e PAIM, 1999, a. p. 27).

As autoras colocam ainda que o “fazer” e o “pensar” estão juntos, para uma melhoria substancial da prática. Durante todo o processo, esse tipo de pesquisa mantém uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações no cotidiano da pessoa.

Dessa forma, trabalhar o cotidiano da pessoa com diabetes inclui compreender o como se dá o convívio e o processo de aceitação de sua condição crônica de saúde. Este estudo decorreu de uma prática assistencial, desenvolvida com um grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus.

#### **4.1. Cenário do estudo**

O estudo foi desenvolvido em um Posto de Saúde da cidade de Florianópolis. Neste caso, o local da prática assistencial foi o Centro de Saúde (CS) da Agrônômica.

O Centro de Saúde da Agrônômica (CSII) faz parte da Prefeitura de Florianópolis, atendendo vários bairros desta cidade, entre eles: Serrinha, Trindade, Carvoeira e Pantanal.

O CS II foi inaugurado em junho de 1999. Em função de ser uma novidade na população local, muitas pessoas foram buscar atendimento para ver como funcionava. Isso colaborou para que a demanda do posto fosse maior do que a quantidade de profissionais disponíveis na época, segundo informações da coordenadora, que também atendia como médica naquela unidade.

Segundo a coordenadora do CS II, antes de junho de 1999, aquela região era servida por apenas duas unidades pequenas que ofereciam atendimento médico (Hospital Universitário HU-UFSC e o Hospital Infantil), os quais apenas complementavam o atendimento e, possivelmente, por não haver um sistema de referência, assumiam a atenção básica funcionando como porta de entrada do sistema.

Após a inauguração do CS II Agrônômica, houve uma reordenação dessa demanda, que somou-se àquela naturalmente reprimida pela capacidade instalada na região e à gerada pela expectativa da população, que correu à unidade imaginando ser um "mini-hospital". Essa demanda, além de ser excessiva, é de uma população sem muito contato com a unidade e, muitas vezes, quando a consulta é autorizada, a pessoa não é localizada.

Atualmente, podemos dizer que o atendimento já está mais sistematizado e aquelas pessoas que moram em outras regiões estão sendo encaminhadas à unidade de saúde local ou hospital de origem, de acordo com a necessidade de resolução do problema de saúde detectado.

O CS II Agronômica oferece, ainda, atendimento ao Capital Criança, onde se realiza o acompanhamento do crescimento infantil de crianças de Florianópolis, e detecta o grau de desnutrição, desenvolvimento escolar, programa o leite (doação de leite para as mães cadastradas no posto que têm crianças até 6 anos incompletos).

Existe também o atendimento às gestantes do CS II Agronômica, onde tem o grupo de gestantes que realiza acompanhamento médico. Vale ressaltar que sempre que aparece alguma gestante com diabetes, esta é identificada como gestante de alto risco e é encaminhada a Unidade Hospitalar mais próxima e apta a este tipo de acompanhamento, no caso, Maternidade Carmela Dutra, no Centro de Florianópolis.

No CS II Agronômica existe ainda o atendimento odontológico para as pessoas daquela área que buscam atendimento na unidade básica, uma farmácia que oferece medicamentos a população usuária da unidade, desde que esta apresente o receituário médico da unidade.

Desenvolvem-se, ainda, outros programas tais como: Programa Capital Criança, destinado a verificar o acompanhamento e desenvolvimento das crianças cadastrada no local; Programa de Saúde da Mulher, onde realizam-se ações e planejamento de saúde, planejamento familiar e acompanhamento de gestantes; Programa Hora de Comer, o qual acompanha crianças desnutridas, sendo que a FLOVI trabalha Junto à Secretaria de Saúde contribuindo com cesta básica às pessoas cadastradas no programa; Programa de Agentes Comunitários, onde os mesmos recebem treinamentos para servirem de elo entre o serviço de saúde e a comunidade; Programa de Saúde da Família, onde médicos e enfermeiros, da rede básica, prestam atendimento à comunidade no sentido de prevenção e controle da saúde.

Em relação ao atendimento à pessoa com diabetes, o agendamento ficou concentrado nas segundas e terças feiras pela manhã, uma vez que esse é o horário disponível da médica, que está mais voltada para o atendimento aos crônicos. É também o horário que eu, como enfermeira assistencial voluntária, presto atendimento de consultas de enfermagem, juntamente com o enfermeiro efetivo da unidade e também o nutricionista, que também dispõe das segundas e terças pela manhã, para o atendimento aos diabéticos. Neste sentido, entramos em acordo para definir que as segundas e terças feiras seriam os melhores dias para a equipe de dois enfermeiros (eu, como voluntária e o enfermeiro da unidade), uma médica e um nutricionista atenderem as pessoas com diabetes que procuram atendimento no CS II Agrônômica.

Além desse atendimento, propus a realização do trabalho com um grupo de convivência, onde o enfoque principal foi trabalhar com o processo de aceitação do diabetes mellitus, através de práticas terapêuticas e dinâmicas de grupo. Esse grupo fez parte de minha prática assistencial de sensibilização com essas pessoas, a fim de que elas pudessem compreender seu processo de aceitação de sua condição crônica de saúde.

#### ▪ **Área Física do CSII:**

De um modo sintético, descrevo aqui a constituição física do CS II Agrônômica, que é assim composta: um Auditório (capacidade para cerca de 30 pessoas); uma Sala de Administração; uma Copa / cozinha; dois Banheiros para funcionários (um masculino e um feminino); dois Depósitos ( um de limpeza e um de medicação); uma Sala para guardar material didático; dois Consultórios Odontológicos; uma Sala de Reuniões; uma Sala de Recreação; uma Farmácia; Área de recepção para marcação de consultas, agendamento e atendimento em geral; dois Banheiros disponibilizados ao público (um masculino e um feminino); seis Consultórios (dois Ginecológicos e quatro para Clínica Geral); Área de procedimentos de Enfermagem (uma Sala para o Teste do Pezinho; uma Sala de Esterilização; uma Sala de Vacinação; uma Sala de Expurgo; uma Sala de Curativos; uma Sala para Nebulização e Glicemia; uma Sala para Triagem).

#### ▪ Recursos Humanos do CS II:

O CS II Agronômica conta com o trabalho de uma equipe que consta de: sete Médicos (três Clínicos Gerais e quatro Pediatras); três Enfermeiros; três Dentistas; dois ACD (Atendente de Consultório Dentário); um Auxiliar de Enfermagem; cinco Técnicas de Enfermagem; seis pessoas na Área Administrativa; duas pessoas na Limpeza; dois Vigias; um Coordenador (dentista, atuando apenas como coordenador).

Além desses profissionais, que atuam de maneira contínua, o CS II serve como campo de estágio da UFSC. Desse modo, encontramos professores e alunos desenvolvendo atividades no local, bem como estagiária do curso de farmácia da UFSC.

#### 4.2 Sujeitos do estudo

As pessoas cadastradas no CS II Agronômica para o tratamento e controle do diabetes mellitus são cerca de 110 pessoas. No entanto, para o desenvolvimento de minha proposta de prática assistencial, o número de integrantes foi de 26 pessoas, sendo que esse número variou muito nos encontros. O encontro com menor número de participantes foi constituído de seis pessoas e o maior de vinte e seis pessoas. Isso ocorreu porque o trabalho que faço é de um grupo de convivência e cada pessoa tem o direito de optar se quer ou não participar.

De um modo geral, a relação com as pessoas que compõem o grupo de pessoas com diabetes do CS II Agronômica foi harmônica e a tomada de decisões referente ao trabalho no grupo de convivência foi em conjunto, de modo a satisfazer a grande maioria. Esse fato contribuiu para o aumento da demanda do grupo, o que considero como saldo positivo, no que se refere ao desenvolvimento de uma prática assistencial em um grupo de convivência.

Por acreditar que o ser humano pode conquistar uma vida com mais qualidade, através da interação harmônica entre o seu eu interior e o universo no

qual está inserido, resolvi dar nomes fictícios às pessoas que fizeram parte de minha pesquisa buscando na natureza o que a vida nos dá.

Os nomes que escolhi são, também, um chamado para que percebamos com mais atenção e amor coisas tão simples como: vida, sol, fogo, ar, luz, água, orvalho, terra, chuva, cachoeira e flor. Tudo isso faz parte da natureza e, dependendo de como aparece, pode também trazer algum tipo de dano, tristeza, depressão e outros sentimentos pouco satisfatórios. Assim também é o ser humano, igual a natureza, pois somos constituídos de altos e baixos. A vida é inconstante e o ser humano e a natureza são uma coisa só. Pelo menos é o que eu acredito e, em função disso, os nomes que dei pretendem passar essa dualidade de ser humano- natureza, que também é única.

Entre as 26 pessoas que fizeram parte do grupo, escolhi 11 para realizar o estudo. Essas 11 pessoas foram escolhidas seguindo o critério de assiduidade no grupo, uma vez que, estiveram presentes em quase todos os encontros.

O grupo possuía características específicas, sendo que a idade mínima foi de uma pessoa do sexo feminino que tem 19 anos de idade e a idade máxima é de uma pessoa, também do sexo feminino, que tinha 78 anos. Foi um grupo bastante heterogêneo em sua forma de pensar, agir e também nos aspectos sociais. Algumas pessoas pareciam apresentar algum conhecimento sobre as formas de tratamento, controle e convivência com o diabetes, mas por várias razões, não o faziam. Algumas dessas razões serão discutidas no transcorrer deste trabalho.

Na composição do grupo, o percentual de pessoas do sexo feminino foi de 66% e de pessoas do sexo masculino foi de 34%.

A caracterização das pessoas envolvidas se dá através de especificação de nomes fictícios, sexo, idade, tipo de diabetes mellitus (DM) e tempo de diabetes mellitus (DM) diagnosticado, conforme consta no quadro 1.

**Quadro 1:** Caracterização dos sujeitos do estudo:

NOME	SEXO	IDADE	Tipo de DM	Tempo de DM
FOGO	M	56	DM 2	5 meses
SOL	M	48	DM 2	2 anos
TERRA	F	42	DM 1	3,5 anos
AR	M	54	DM 2	4 anos
CHUVA	F	31	DM 1	5 anos
ORVALHO	M	49	DM 2	7 anos
LUZ	F	44	DM 2	8 anos
VIDA	F	67	DM 1	11 anos
CACHOEIRA	F	69	DM 2	17 anos
ÁGUA	F	78	DM 2	25 anos
FLOR	F	73	DM 2	27 anos

### 4.3 Desenvolvimento do grupo de convivência

O desenvolvimento do grupo foi orientado pela proposta de Trentini e Paim (1999,b), dos 4 Rs. Nesta proposta, o enfoque é de uma prática educativa, promovendo a saúde e facilitando o processo de ensino aprendizagem de habilidades e enfrentamentos para as pessoas em condição crônica de saúde. As autoras propõem que, no desenvolvimento do grupo, existem quatro fases, que são:

**1. Reconhecimento:** refere-se à identificação das pessoas que integram o grupo, através de depoimentos referentes à vivência de cada um. As técnicas de dinâmica grupal foram aplicadas para que o grupo pudesse interagir e reconhecer um ao outro.

Esse primeiro momento foi de nos conhecermos e ver quais as expectativas de todas as pessoas envolvidas, ou seja, tanto minhas quanto do grupo. Essa fase baseou-se na troca de idéias e informações para que o grupo

crescesse. Todos deram depoimentos, mesmo que discretos, mas participaram desde o início. Uma característica marcante foi a livre forma de pensar e agir sobre suas determinações diante do grupo. O desenvolvimento deste grupo foi conduzido de modo que todos opinavam como deveria ser o próximo encontro.

Minha primeira conversa com o grupo foi formal. Inicialmente coloquei o que desejava, expondo meu projeto e convidei as pessoas a colocarem quais suas expectativas em relação ao trabalho a ser realizado. Vale salientar que o grupo estava desativado desde outubro, pois devido às trocas frequentes de profissionais, ficou um pouco difícil dar continuidade ao grupo e as pessoas foram se desinteressando automaticamente. Diante disso, meu desafio era maior, tinha que tentar reativar um grupo que estava totalmente desativado, além de propor uma prática educativa diferente da que já havia sido desenvolvida, dentro daquele grupo de convivência de pessoas com diabetes.

Neste primeiro encontro ficou combinado que o grupo, em comum acordo com seus membros, marcaria sempre, com antecedência, o dia do próximo encontro. A melhor forma que o grupo achou foi de realizar reuniões mensais com os assuntos estabelecidos sempre no encontro anterior.

**2. Revelação:** após o grupo constituído, os participantes iniciaram suas colocações e as expectativas em relação ao trabalho a ser feito. Essa fase incluiu a exteriorização de desejos, sentimentos, necessidades e aspirações por meio da expressão verbal, não verbal, escrita e corporal.

Esta fase caracterizou-se pelo início das dinâmicas de grupo. Cada um colocou o que sentia em relação a determinado assunto, trazido para as reuniões.

As pessoas mostraram-se participativas. Primeiramente, utilizei a técnica de explosão de idéias, o que foi bastante proveitoso para os encontros iniciais. A técnica consistiu em propor um tema inicial e solicitar a participação das pessoas, através de palavras chaves referentes ao assunto proposto.

Através dessa primeira técnica, pude avaliar a compreensão do grupo acerca do diabetes e como poderia facilitar no desenvolvimento, tanto do ponto de

vista do conhecimento científico como de compreensão do processo de aceitação. As pessoas começaram a revelar seus anseios, medos e aspirações.

Os integrantes do grupo, ao se revelarem diante de mais pessoas, começaram a encontrar cúmplices, ou seja, algumas características que pareciam ser únicas, eram também vivenciadas por outros e, no entanto somente após o entrosamento interpessoal é que este aspecto ficou evidente.

**3. Repartir:** essa fase constituiu o momento em que os integrantes desenvolvem o processo educativo. Foi um processo não diretivo, de compartilhar saberes e de construir juntos uma possibilidade de melhor aceitação da sua condição de saúde. Incluiu a discussão de assuntos referentes ao processo de aceitação da doença, a convivência com a condição crônica de saúde, como se dá o processo de entendimento por parte das outras pessoas, familiares ou pessoas de maior convívio, no que se refere ao ser diabético.

Esses assuntos foram trabalhados ao longo dos encontros, de forma autônoma pelo grupo, de modo que o mesmo questionou e trouxe à tona os assuntos considerados emergentes e que necessitavam de maior esclarecimento. Todos os assuntos propostos foram consultados através de bibliografias variadas, internet, informativos de saúde e de outros profissionais que trabalham com o assunto.

Nesta fase, o "*repartir*" ocorreu a partir das trocas de vivências entre todos os membros do grupo. Percebi que a vivência do outro auxiliou na forma de viver de cada um e de como conviver com a sua condição crônica de saúde. Repartimos as dúvidas, compartilhamos os medos e ansiedades, procurando superá-los em conjunto.

O que mais se "*repartiu*", durante a execução da prática, foram expectativas em relação ao futuro, que a cada encontro, apresentavam um horizonte mais alegre e com isso, as pessoas começaram a se sentir mais dispostas a realizarem o autocuidado, uma vez que estavam sendo estimuladas a isso. O conhecimento científico, em relação às formas de tratamento e controle do diabetes, foi apresentado e discutido e a apreensão foi bastante significativa.

Algumas pessoas começaram a apresentar melhora, após adotarem algumas “dicas” para melhorar o convívio com o diabetes e, assim, aceitar melhor sua condição crônica.

Nos encontros, as pessoas relatavam suas vivências em relação à sua condição de saúde e percebiam que muitas outras pessoas também vivenciavam parte desta realidade, ou às vezes, a mesma realidade.

**4. Repensar:** é a fase em que após a aplicação de todas as antecedentes, o grupo avaliou como se deu o processo educativo, o que colaborou na melhoria da qualidade de vida dos membros do grupo, de modo que pudessem aceitar melhor sua condição de saúde.

O “repensar” das ações pareceu ser um processo que permeou todo o desenvolvimento da prática assistencial. Em todos os encontros, iniciávamos com uma dinâmica de grupo, convidando todos os participantes a refletirem sobre a forma de agir de cada um, enquanto auto-gestor de sua própria saúde, ou seja, como responsável por si. Dessa forma, os integrantes do grupo começaram a perceber como era a vivência diária do diabetes e o que poderiam fazer para melhorar sua qualidade de vida. Algumas pessoas reconheceram que não estavam contribuindo muito para esse processo e, muitas vezes, alegavam que era difícil ou quase impossível. Na vivência em grupo, algumas pessoas sentiram que é possível viver e conviver com o diabetes de forma harmônica, basta que a pessoa tenha algum cuidado a mais. O cuidado de si sempre foi discutido com o grupo, no sentido de que todos estão aptos a fazê-lo, desde que estejam motivados para tal, conforme preconiza Orem, em sua Teoria Geral do Auto Cuidado. Essa promoção do autocuidado também se baseia no princípio de um processo educativo e libertador, proposto por Paulo Freire.

Para a execução deste estudo, foram necessários seis encontros com o grupo de convivência, bem como a realização de entrevistas individuais com alguns dos integrantes do grupo de convivência.

#### **4.4 O Processo Educativo no Grupo de Convivência**

As atividades realizadas tiveram caráter educativo e foram realizadas através da formação de um grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus e dinâmicas de grupo, a fim de trabalhar o processo de aceitação da doença.

##### **4.4.1 A dinâmica da organização dos encontros:**

Minha prática assistencial foi efetuada através de seis encontros, sendo que os dois primeiros foram um pouco diferentes dos demais. No primeiro encontro, eu me apresentei formalmente às pessoas que lá compareceram. O segundo encontro constituiu-se de uma reunião, na qual ainda não explicitarei nenhum caráter de pesquisa de meu projeto de mestrado, apenas mencionei o fato, mas não apresentei nenhum documento. Acredito que essa atitude foi fundamental para uma melhor aproximação com o novo grupo de pessoas com diabetes do CS II Agrônômica.

Utilizei-me de várias técnicas de dinâmica grupai durante o transcorrer dos encontros do grupo de convivência. Entre as técnicas, utilizei-me de algumas dinâmicas de grupo, tais como: Técnica da Batata Quente; Técnica da Introspecção; Técnica dos Provérbios; e, finalmente, a realização da Festa Junina de Encerramento.

Essas técnicas contribuíram para o trabalho realizado com o grupo de pessoas com diabetes, pois favoreceu um clima de maior descontração e favoreceu a inclusão das pessoas no grupo. Também contribuiu para o processo de ensino-aprendizagem e estimulou a participação das pessoas, que foi crescendo a cada encontro. Estabelecemos elos de amizade e confiança entre os integrantes de grupo.

Cada encontro iniciou com uma técnica de dinâmica de grupo e depois foram trabalhados os seguintes temas propostos pelo próprio grupo:

Expectativas que as pessoas com diabetes mellitus apresentam em relação ao grupo de convivência.

- O que é a Diabetes Mellitus e quais os sintomas e complicações.
- Diabetes Mellitus e a importância do controle alimentar.
- Diabetes Mellitus e a insulinização.
- Diabetes Mellitus e as propriedades medicinais dos alimentos.
- Diabetes Mellitus e o que comer em uma festa.

O tema "Aceitação do viver com diabetes mellitus" permeou todos estes temas sendo, na maioria das vezes, discutido de forma indireta.

Vale deixar claro que, muitas vezes, as quatro etapas, orientadas por Trentini e Paim (1999, b) ocorriam durante um mesmo encontro, ou seja, diante de um assunto muitas vezes o grupo reconhecia, revelava, repartia e, finalmente, repensava seus atos. Na maioria dos encontros, as técnicas grupais colaboraram para a sensibilização e exteriorização maior do grupo, em relação a determinado assunto.

#### ***4.4.2 Descrição dos Encontros***

Descreverei aqui os encontros que realizei, objetivando executar minha prática assistencial e desenvolver o estudo aqui apresentado.

Fundamentalmente deixo claro que não pretendo fazer descrição dos temas técnicos abordados, tais como o diabetes relacionado às complicações, sintomas, insulinização, atividade física, propriedades medicinais dos alimentos e o que comer em uma festa. A abordagem refere-se ao processo educativo no grupo e como as pessoas percebem o viver com diabetes, através de suas falas e colocações.

#### **O 1º Encontro com o grupo: O RECONHECIMENTO**

**Assunto:** "Expectativas que as pessoas com diabetes mellitus apresentam em relação ao grupo de convivência". (24/01/01).

**Nº de participantes:** 22 pessoas.

**Dinâmica utilizada:** Conversa para início da execução da prática.

Primeiramente eu me apresentei ao grupo, falei do meu projeto e do que eu estava pretendendo realizar dentro do CS II Agronômica. Pedi às pessoas que se apresentassem e falassem sobre o que esperavam do grupo. Após, pedi que as pessoas fossem falando o que lhes viesse à cabeça, relacionado ao tratamento e controle do diabetes mellitus. As pessoas começaram a expressar o que esperavam do grupo e, de forma tímida, como eram suas vivências em relação ao controle da doença.

Neste sentido, meu objetivo em atender o assunto proposto começou a ser atingido. As pessoas começaram a se soltar, falando sobre o que esperavam, seus medos e como lidavam com a doença. Este encontro não foi gravado, pois acredito que isso poderia me afastar de um contato mais restrito com o grupo.

Neste primeiro encontro, o processo educativo se deu de forma gradual à medida que as pessoas foram se conhecendo e reconhecendo o que o grupo propunha. De início pude perceber pouca coesão entre as pessoas, o que considerei como normal para um primeiro encontro.

Um fato interessante foi que, pelo fato de eu também ser uma pessoa com diabetes, fui questionada sobre quando descobri a doença, como foi para mim e como eu faço atualmente. As pessoas demonstraram uma preocupação por eu ser jovem e já ter diabetes e, além disso, ter que tomar insulina duas vezes ao dia. Muitas pessoas, mesmo com diabetes, não concebem como podemos ter uma vida "normal", mesmo tomando insulina.

## **O 2º Encontro com o grupo: A APROXIMAÇÃO**

**Assunto:** "O que é a Diabetes Mellitus: quais os sintomas e complicações."  
(20/02/01).

**Nº de participantes:** 16 pessoas.

**Dinâmica utilizada:** Técnica de Explosão de Idéias.

Primeiramente comecei a pedir que as pessoas falassem o que sabiam sobre diabetes, que citassem o que achavam que eram sinais e o que eram sintomas, coloquei no quadro tudo o que falavam e, juntos fomos organizando as idéias que surgiram. Esse encontro também não foi gravado, mas comecei a falar mais sobre a sistematização do meu projeto.

Assim, começamos a desenvolver o processo educativo, pois as pessoas foram expondo suas idéias e dúvidas a fim de que nas discussões, pudéssemos contribuir para o crescimento de todos e, dessa forma, colaborar para a promoção do autocuidado.

Como esse já era o segundo encontro, não nos sentíamos mais estranhos e, logo de chegada, todos iam se abraçando e perguntando como tinha sido o mês, como estavam de saúde e o que esperavam do grupo naquele dia. Senti que a aproximação estava sendo lenta, gradual e positiva.

Ao perceber que um dos maiores medos do grupo e sua principal dúvida era em relação ao que poderiam ou não comer, propus que começássemos a trazer receitas de salgados ou de doces diet, para que elaborássemos um livro de receitas do grupo de diabéticos da Agronômica, o que não foi levado muito a sério, devido a "tarefa de casa" atrair poucos.

Neste dia, a Técnica de explosão de idéias, propiciou que as pessoas comesçassem a se soltar e dialogar sobre o assunto proposto para a técnica. Alguns queriam mostrar que já sabiam e colocavam informações que lhe foram passadas. O dia estava muito quente, e as pessoas pediram para que a reunião fosse finalizada mais cedo, como o ar condicionado não funcionava por problemas técnicos, ficou insuportável a permanência na sala. Fora o fator ambiental, nenhum problema relacionado ao CS II Agronômica prejudicou minha prática, desde o início, sendo que todos os funcionários do CS sempre colaboraram, na medida do possível.

### **O 3º Encontro com o grupo: O ENGAJAMENTO**

**Assunto:** "Diabetes Mellitus e a importância do controle alimentar".  
(20/03/01).

**Nº de participantes:** 23 pessoas.

**Dinâmica utilizada:** Técnica da Batata Quente.

Neste encontro, que eu considero como um dos mais proveitosos, aproveitei para explicar os termos burocráticos usados no meu projeto de investigação, antes da apreciação da técnica propriamente dita, e pedi autorização para gravar. Falei que todos tinham o livre arbítrio e que poderiam desistir a qualquer momento. Para minha satisfação todos assinaram o Termo e autorizaram a gravação.

Este encontro coincidiu com a Campanha Nacional de Detecção e Prevenção à Diabete Mellitus, realizado no Brasil no período de 06 a 30 de março e que foi prorrogado até o dia 07 de abril. Esse fato teve seu aspecto positivo e seu aspecto negativo, pois os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, como parâmetro de controle (de 70 a 110 mg/dl), deixou muitas pessoas preocupadas com um possível resultado acima desse valor. A campanha preconizou que todas as pessoas que procurassem os serviços de saúde teriam direito de fazer o teste e, assim, muitas pessoas realizaram o teste sem estar em jejum de oito horas, preocupando-se com o resultado. Dessa forma, muitas pessoas que compareceram neste dia, foram orientadas a retornarem, em outro dia, para realizarem o exame em jejum, que apresentou um resultado normal.

Devido os meios de comunicação terem explorado bastante o assunto, as pessoas estavam assustadas com as possíveis complicações que poderiam ocorrer a elas, se o diabetes fosse diagnosticado. Neste dia, a demanda de pessoal e o interesse foi grande e pode-se dizer que foi satisfatório, mas depois da campanha, muitos relaxaram ou, espera-se, procuraram outros meios de atendimento. Esse é um fato a considerar, uma vez que este CS abrange muita gente que não mora na região e vem apenas para fazer um controle.

Durante o processo da dinâmica da batata quente, o grupo pediu que eu me integrasse à brincadeira, pois eu também era uma pessoa com diabetes e como tal, deveria participar.

A técnica da “Batata Quente” consiste em reunir o grupo em círculo (mínimo de 8 pessoas); explicar a atividade e sua finalidade que é de compartilhar experiências de vida, especialmente a vivência com a condição crônica de saúde; colocar uma música animada e passar um saquinho com perguntas referentes ao processo de viver com diabetes; repentinamente parar a música e a pessoa que estiver com o saco retira uma pergunta e responde (ver perguntas em anexo 2); assim segue sucessivamente até que todos participem.

Percebi, então, que as pessoas com diabetes não se sentem tão diferentes entre si, mas percebem essa diferença por parte das pessoas que não têm diabetes. Daí desenvolve-se o sentimento de grupo que, segundo Zimmerman e Osório (1997), um indivíduo é um conjunto de sistemas: desejos, identificações, valores, capacidades, mecanismos defensivos e, sobretudo, necessidades básicas, como a da dependência e a de ser reconhecido pelos outros, com os quais ele é compelido a conviver.

#### **O 4º Encontro com o grupo: PENSANDO SOBRE SÍ**

**Assunto:** “ Diabetes Mellitus e a insulinização”. (27/04/01).

**Nº de participantes:** 07 pessoas.

**Dinâmica utilizada:** Técnica da Introspecção.

Esta reunião tinha sido marcada, de acordo com o grupo para o dia 20/04, porém, devido a problemas burocráticos no CS II Agrônômica, a reunião foi transferida e tentou-se avisar todas as pessoas. Esse aviso não teve muito sucesso, sendo que só compareceram sete pessoas, porém as atividades do grupo se desenvolveram.

Utilizei a Técnica da Introspecção, que consistiu em fazer com que as pessoas ficassem em silêncio e refletissem durante algum tempo. Após, eu pedi

que cada um relatasse, no máximo, três coisas que fizeram de bom para os outros, para aqueles do seu convívio nos últimos sete dias.

Percebi que todos ali faziam questão de dizer, de alguma forma que eram úteis. Aliás, isso é nato do ser humano, pois todos gostamos de servir de alguma maneira. Isso prova que somos capazes, que somos auto suficientes. Nas pessoas com alguma condição crônica de saúde, neste caso a diabetes, parece que o fato de fazer algo pelo outro é fundamental para o viver com uma limitação. Durante essa parte da técnica, todos falaram e cada um queria dizer mais. De acordo como iam falando, parecia que iam lembrando de mais coisas.

A segunda parte da técnica consistiu em eu pedir que novamente refletissem e que cada um colocasse o que fizeram de bom para si mesmos, nos últimos sete dias. Nesse momento a maioria das pessoas se calou e a introspecção foi maior.

Referente ao processo educativo, eu discuti com o grupo técnicas de armazenamento e dicas de aplicação de insulina, o que foi bastante proveitoso. Algumas pessoas disseram que realizam a auto aplicação e outras reclamaram que o familiar ou amigo que realiza a aplicação de insulina o faz de uma maneira que no outro dia "dói".

Devido ao fato de eu também ser uma pessoa que tem diabetes e fazer uso de insulina, eles perguntavam muito a mim sobre dor, uma vez que eu realmente poderia dizer o que eu sentia, pois eu me auto aplicava. Juntamente comigo, neste dia de reunião, o enfermeiro da unidade participou, porém as perguntas eram mais direcionadas a mim por eu viver parte dessa realidade junto com eles. Penso que o processo educativo se deu no sentido de que, aqui, a vivência do outro foi importante e teve como saldo positivo eu levar e mostrar o que eu sentia, como me aplicava e quais as técnicas que me auxiliavam no tratamento.

Neste sentido, o meu viver com diabetes muito colaborou para que ocorresse uma redução de medos. Eu levei a caneta de insulina e simulei uma aplicação em mim mesma para eles. Após eles perceberem que não havia dor, muitos ficaram interessados nessa técnica.

Atualmente vem ocorrendo uma redução de preços nesse material e está cada vez mais acessível para as pessoas de baixa renda, o que tem causado um certo sentimento de autonomia entre as pessoas com diabetes.

#### **O 5º Encontro com o grupo: REFLETINDO SOBRE O MEU EU**

**Assunto:** "Diabetes Mellitus e as propriedades medicinais dos alimentos."(23/05/01).

**Nº de participantes:** 13 pessoas.

**Dinâmica utilizada:** Técnica dos Provérbios. (Fritzen, 1992).

Essa técnica consiste em identificar o que está subjacente aos provérbios.

Levei uma lista de provérbios, entreguei uma cópia para cada pessoa do grupo e pedi que cada uma escolhesse um deles e falasse o que o provérbio representava para si.

As pessoas gostaram da dinâmica e escolhiam os provérbios que mais se aproximavam de sua visão de mundo. Dessa forma, pude perceber que o processo educativo permeia a vivência das pessoas, algumas através do sofrimento, outras através do medo e outras através dos mais diversos sentimentos, tais como: de autonomia, de responsabilidade, de esperança, de noção gradual que deve ocorrer uma mudança, de necessidade de grupo, de desabafo e percepção do "eu".

#### **O 6º Encontro com o grupo: NOS TORNAMOS AMIGOS**

**Assunto:** "Diabetes Mellitus e o que comer em uma festa." (20/06/01).

**Nº de participantes:** 28 pessoas pertencentes ao grupo dos diabéticos da Agrônômica, oito agentes de saúde e os funcionários do CS II que participaram (entre um atendimento e outro) da nossa festa.

**Dinâmica utilizada:** Festa Junina.

Não comecei com dinâmica nenhuma, pois o pessoal estava interessado mesmo em participar da festa, e foi isso que aconteceu.

O CS II inteiro mobilizou-se durante o mês que antecedeu à festa. Os agentes comunitários de saúde (ACS) confeccionaram bandeirinhas, colocaram cartazes na comunidade, o pessoal que trabalha na recepção avisou da festa sempre que alguma pessoa com diabetes chegava lá. Os médicos, dentistas e todos que lá trabalham foram convidados e avisavam, nas suas consultas, sobre o evento. Arrecadamos dinheiro do pessoal do CS. A coordenação atuou juntamente e criou-se um sentimento de equipe, para que o trabalho se realizasse.

Levei som para animar a festa e dançamos bastante. Propus um momento para analisarmos o que tinha na mesa das comidas e o que as pessoas com diabetes deveriam preferir. Todos participaram e sabiam o que era melhor para a sua saúde. Após a festa, conversamos sobre o que tinha sido bom desde o início do grupo. Alguns colocaram que seria bom trazer mais assuntos e mais pessoas para falar sobre diabetes junto com a gente, o que foi providenciado após esta data. Outros disseram que era muito bom ter, entre os profissionais de saúde, uma pessoa que tivesse diabetes como eu, pois algumas coisas são melhor entendidas devido ao fato de eu viver parte da realidade deles.

#### **4.5 A coleta e a análise de dados**

Os dados deste estudo foram obtidos através das gravações dos encontros que, previamente, através do termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelos integrantes, autorizou-me a obter dados para sua realização.

A primeira fase da coleta de dados foi realizada durante a execução do grupo de convivência, conforme já foi descrito. A segunda fase da coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais e semi estruturadas. Estas entrevistas foram realizadas no próprio posto, sendo que as pessoas se disponibilizaram a comparecer no local e relatar suas vivências.

A intenção de realizar as entrevistas semi estruturadas foi para validar os dados obtidos na primeira fase (encontros do grupo), obter informações mais específicas e evidenciar, ainda mais, como cada pessoa percebe o seu processo de aceitação do viver com diabetes mellitus.

Nesta segunda fase da coleta de dados, participaram cinco pessoas que foram selecionadas por já integrarem o grupo de convivência e, durante os encontros, considerei seus depoimentos ricos além de se mostrarem sempre participativos. Esta parte do estudo foi norteadã pelas seguintes questões:

- Como foi a descoberta do seu diabetes?
- Como você recebeu o diagnóstico? O que você sentiu?
- que é ter diabetes para você?
- que mudou na sua vida depois de descobrir o diabetes?
- que tem ajudado você a enfrentar melhor o diabetes?
- Como você percebe sua saúde?
- que você espera da sua vida futura com diabetes?

A análise de dados, também seguiu a proposta de Trentini e Paim (1999, a), que inclui as seguintes etapas:

**1. Apreensão:** codificação dos dados e identificação das informações sobre o processo de viver com diabetes mellitus;

Através da codificação dos dados, procurei mapear as informações contidas, visando destacar os temas tratados no grupo e nas entrevistas.

Os temas tratados no grupo foram direcionados para o enfoque deste estudo, que teve como objetivo compreender o processo de aceitação do diabetes mellitus. Neste sentido, procurei organizar os dados de modo que me levassem a interpretar e compreender a realidade da vivência de cada um.

Nesta segunda fase de apreensão de dados, pude perceber melhor as vivências de cada um, através das questões diretivas referentes ao processo de viver e ser saudável com uma condição crônica de saúde.

## **2. Seleção dos códigos referentes ao processo de aceitação do diabetes mellitus;**

A seleção dos códigos foi orientada pela questão norteadora do estudo, visando identificar aspectos relacionados a: negação, revolta, medo, tomada de consciência, falta de ação, obrigação, fé/espiritualidade, vivência do outro ou aprendizado através dos outros, ato de ceder diante do novo, inconformismo, entre outros.

Uma questão que ficou mais evidenciada na segunda fase de apreensão e coleta de dados foi da “negociação”. As pessoas deste estudo demonstraram que, com conhecimento acerca do diabetes, podem ter autonomia para decidir sobre seu auto cuidado. Assim, Dorothea Orem e sua Teoria Geral do Autocuidado volta a permear o tema deste estudo, pois conforme Orem apud Leopardi (1999), as pessoas são capazes e desejam desempenhar autocuidado para si, pois o autocuidado é a parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e ao bem-estar que é proveniente da interação humana e comunicação.

## **3. Elaboração de categorias e interpretação;**

A elaboração das categorias foi realizada a partir da inter-relação dos códigos, interpretando seu sentido e as ações que eles traziam a respeito do processo de aceitação do viver com diabetes.

Após a apreensão e seleção de dados, procurei fazer uma síntese, associando os dados coletados à compreensão do viver com diabetes. À partir daí, teorizei os dados e criei categorias que me possibilitaram direcioná-los para o processo de aceitação do viver com diabetes.

Os dados que foram coletados em duas fases distintas (uma durante a realização do grupo de convivência e outra individualmente, através das entrevistas, com alguns membros deste grupo), serviram para uma melhor interpretação e direcionamento do processo de aceitação. Algumas coisas que ficaram nas entrelinhas, durante a primeira fase de coleta de dados, foram explicitadas com a segunda fase de apreensão.

Durante a interpretação dos dados, procurei “conversar” com alguns autores que me nortearam neste estudo e confirmar minhas hipóteses, através da evidência dos dados.

Através da adoção da pesquisa convergente assistencial, guiada à luz de Trentini e Paim (1999, a), pude compreender um pouco mais sobre o viver com diabetes e como os profissionais de saúde podem contribuir neste processo.

Uma pesquisa convergente assistencial mantém, segundo Trentini e Paim (1999, a), uma estreita relação com a situação social do objeto de estudo. Neste sentido, acredito que somente vivenciando parte da realidade das pessoas com alguma condição crônica de saúde, poderemos traçar uma melhor assistência e promover o autocuidado e qualidade de vida.

#### **4.6 Aspectos éticos:**

Para execução de minhas atividades de assistência, tive que enviar meu projeto de mestrado para a comissão de ética da Secretaria de Saúde de Florianópolis, onde foi avaliado e aprovado, para posterior execução.

Durante o processo de obtenção de informações, realizei contato prévio com o grupo e expliquei os termos de consentimento livre e esclarecido o que é exigência ética nas pesquisas com seres humanos. Deixei claro que o anonimato seria completo e que qualquer pessoa teria o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa, o que seria totalmente respeitado. Após essas explicações iniciais sobre o termo, as pessoas concordaram em que eu realizasse a pesquisa conforme o combinado e obtive a assinatura de consentimento de todos os integrantes do grupo (ver anexo 1).

Segundo Ramos (2001), fomos habituados a agir como as pessoas mais aptas a julgar e decidir, imbuídas de boas intenções e respaldadas por um suficiente aparato de competência, autoridade e domínio na manipulação de instrumentos tecnológicos. Na verdade, precisamos acreditar na imagem de poder humano sobre as dores e aflições.

Ramos (2001) nos leva a refletir sobre o quanto o nosso trabalho nos impõe, em prol da ciência. São as seguintes imposições citadas pela autora:

- especificidade, interpretação e complementaridade dos territórios científico-profissionais;
- fronteiras e limites de autoridade e competência;
- olhar sobre as necessidades e o objeto de trabalho, e daí a proposição de formas de compreender e intervir, como conteúdos éticos complexos;
- consenso e tolerância na relação entre os estranhos morais;
- problemas opacos ao raciocínio moral e a natureza trágica das escolhas e práticas em saúde.

Diante dessa análise, penso que pude desenvolver minha prática assistencial baseada nos preceitos éticos. Sempre respeitei a vontade do grande grupo, agindo eticamente toda vez que alguma pessoa me pedia para que eu conversasse com ela posteriormente, devido ao grande número de pessoas que participavam do grupo. Ainda no sentido de respeitar os preceitos éticos, este estudo sempre respeitou os comportamentos e as idéias de cada pessoa. Dessa forma, pude traçar uma perspectiva de como as pessoas com diabetes percebem o processo de aceitação de sua condição crônica de saúde em uma comunidade do município de Florianópolis.

Concordo com Garrafa (1995) de que devemos trabalhar a dimensão da ética aplicada à saúde pública, respeitando sentimentos como liberdade, autonomia, igualdade e complexidade, responsabilidade, qualidade, radicalidade e tolerância, pois é possível uma conscientização em saúde e qualidade de vida desde que as pessoas sejam respeitadas em suas formas de agir. Assim, cabe ao facilitador deste processo oferecer subsídios necessários para que a pessoa possa optar pela forma de vida desejada.

Garrafa (1995) afirma, ainda, que Montagnier, o descobridor do HIV, enfatiza que: "A investigação médica nos levará sem dúvida a soluções extraordinárias, porém muito caras, ocasionando tremendas dívidas sociais. As

terapias preventivas que poderão ser aplicadas antes do aparecimento das lesões irreversíveis talvez cheguem a prolongar a vida média por mais anos[...]” (pg: 37). Fiz essa citação, porque entendo que podemos fazer esta afirmação valer também para o tratamento do diabetes. Quero dizer com isso que, mesmo com os maiores avanços na medicina referente ao tratamento do diabetes, é necessário algo mais. É bem verdade que os avanços médicos são estritamente necessários, porém o “algo mais” a que me refiro é o querer de cada um. Esse querer também implica em aceitação da condição crônica de saúde com o auxílio de profissionais capacitados para isso.

Considero ser eticamente incorreto, a imposição de certo tratamento a uma pessoa. É necessário sempre conservar a autonomia das pessoas em relação aos seus próprios atos.

A busca de qualidade de vida deve estar baseada em um movimento empenhado em procurar o equilíbrio dos conflitos atuais e futuros e contribuir na melhoria das condições de vida e cidadania (Garrafa, 1995).

## **5 O PROCESSO DE ACEITAÇÃO DO VIVER COM DIABETES MELLITUS**

---

Como proposto em minha questão de pesquisa e decorrente da análise de dados efetuada, identifiquei quatro categorias que estão relacionadas ao processo de aceitação do diabetes mellitus. Neste processo de análise, percebi que há variação de sentimentos entre pessoas que convivem com a mesma doença crônica, indicando que cada pessoa possui uma forma de pensar e agir e é diferente em sua existência.

Seguem as categorias que emergiram após análise dos dados:

- A descoberta foi horrível;
- Conviver é difícil;
- Mas tem que acostumar;
- Viver bem com diabetes é possível.

Na realidade, estas categorias podem ser percebidas como etapas do processo de aceitação, pois as pessoas, para aceitarem viver com o seu diabetes, seguem uma certa tendência, organizada de maneira processual. Vale ressaltar que essas etapas nem sempre têm uma clara delimitação entre elas, sobrepondo-se umas às outras. Existem certas situações em que essas etapas constituem-se num eterno ir e vir, sem que haja um crescimento, no sentido de constituir uma aceitação mais harmônica. Algumas pessoas passam mais rapidamente por algumas etapas ou permanecem por longos períodos na mesma. Percebi que,

muitas vezes, o processo de avançar sobre essas etapas requer o apoio de outras pessoas e requer também uma disposição especial.

A descoberta parece ser “horrrível” pois, na maioria das vezes, as pessoas com diabetes são lançadas em um mundo já constituído, sem ao menos, ter a possibilidade de escolher (DAMASCENO, 1997).

Assim, a pessoa passa a perceber a sua nova condição, sendo que os profissionais de saúde, através de um processo educativo colaboram para isso. Quando percebem que “*Conviver é difícil*”, estão tomando noção da realidade e então começam a buscar a verdade dos fatos. Mesmo que conviver seja difícil, neste estudo fica claro, através das falas, que “*Tem que acostumar*”, ou seja, é preciso respeitar a verdade dos fatos. Quando se chega nesta etapa, isso fica mais fácil de assimilar pois, “*Viver bem com diabetes é possível*”. É nessa etapa que a pessoa toma consciência da realidade e aceita o fato em si, o que pode permitir que ela retome a uma vida saudável, convivendo bem com o seu diabetes.

As etapas que serão descritas abaixo, elucidam, neste estudo, como ocorre o processo de aceitação do diabetes mellitus.

## **5.1 Etapas do processo de aceitação do viver com diabetes mellitus:**

### **5.1.1 A descoberta foi horrrível**

A primeira reação que as pessoas apresentam ao descobrirem o diabetes mellitus, é negativa. Percebe-se que não há uma aceitação imediata, bem pelo contrário, há uma forte rejeição. As pessoas associam o diabetes a concepções anteriores, negam-se a compreender e a assimilar inicialmente as formas de controle, como bem pode ser percebido nas falas que se seguem:

*Ah... eu fiquei muito nervosa...Eu fiquei bem nervosa, no início foi horrrível, mas depois vai passando e a gente tem que se acostumar (Vida, 67 a)*

*Eu já falei para vocês que foi um choque muito grande, apesar de quase toda a família (irmão, mãe, pai) e todo mundo morreu de diabetes. (Flor, 73 a)*

Parece que estas pessoas se assustam com a possibilidade de ter que passar a viver com diabetes e isso pode estar relacionado ao nível de entendimento que elas têm sobre a doença. Muitas acreditam que o diabetes é fatal e não entendem que o auto cuidado pode promover qualidade de vida.

Essa categoria foi trabalhada, com as pessoas deste estudo, durante os encontros, quando todos trocavam informações sobre receitas, vivências e possibilidades de levar uma vida praticamente normal, é claro, que com alguns cuidados.

As reações iniciais ao diagnóstico do diabetes parecem ser variadas. Cada pessoa reage de uma forma, emergindo os mais diferentes sentimentos. Isso fica evidente nos seguintes depoimentos:

*O que limita a minha vida são os problemas, as doenças, os imprevistos. O que não é bom... a diabetes. (Sol, 48 a)*

*"No momento eu não consigo! [...]É que não aceito! Primeiro porque eu nunca tive e de repente eu recebi essa notícia e com uma taxa muito alta[...]. Aí eu pensei: eu não tomo refrigerante, não tomo açúcar, não como doce, não como nada, cerveja eu não tomo, bebida de álcool também não, não fumo! E estava com uma taxa altíssima. E eu tenho problema de pressão alta que com certeza está se agravando mais ainda, por esse problema [...] Só que é muito difícil porque eu almoço e faço as refeições em restaurantes, eu não tenho uma comida balanceada e lá tem tudo o que eu não posso comer. Daí eu tenho uma dieta que diz que eu não posso comer batata, nem aipim, nem massa, só feijão! Só isso não!!! (Fogo, 56 a)*

Lacroix e Assai (2000) afirmam que o anúncio do diagnóstico do diabetes afeta diferentemente as pessoas, podendo causar, inicialmente, sentimentos de negação e revolta. Estes sentimentos constituem mecanismos de defesa, que, aos poucos, vão se agregando à realidade vivida pela pessoa.

Fazendo uma relação entre o que propõe Stork (1997) e essa etapa, consegui entender melhor o processo de aceitação de uma condição crônica de saúde. Para o autor citado, aceitar um fato, consiste em aceitá-lo como verdade.

Dessa maneira, o conviver com diabetes, entendendo-o como verdade, consiste em uma forma de aceitar a condição crônica de saúde.

Assim, na categoria "*A descoberta foi horrível*", pude perceber que, para superar essa fase, é necessário oferecer às pessoas uma disposição de aprender e de tomar consciência de algo.

Stork (1997) afirma que as pessoas que convivem com certos problemas ou sofrimentos, devem buscar o prazer para enfrentar da melhor maneira o sofrimento. É preciso aceitar o sofrimento como algo que faz parte da vida. "O sofrimento para ter um sentido, não pode ser um fim em si mesmo... Para poder enfrentá-lo é preciso transcendê-lo" (p. 449).

O primeiro impacto que a pessoa parece sofrer, é que de uma hora para outra, sente-se obrigada a redirecionar a sua vida. Assim, parece ser difícil, pois começa a vivência de um outro ser, que nem a pessoa própria conhece. Sentimentos como de apavoramento e tristeza, muitas vezes, colocam as pessoas em situações com as quais elas próprias sentem-se impossibilitadas de lutar. A condição crônica parece imobilizar a pessoa diante da desconhecida forma de vida que começa a tomar força.

Silva (2001) complementa, ainda, que algumas pessoas ao incorporarem o diabetes no seu processo de viver, não o vêem como uma entidade à parte, mas afetando todo o seu processo de viver, trazendo, algumas vezes, uma perspectiva negativa na construção de um viver saudável. Desse modo, segundo a autora, parece ser necessário à pessoa incorporar, no seu processo de viver, a condição crônica de saúde e entender que saúde e doença estão interligadas, pois "saúde e doença são construções sociais, uma vez que a pessoa é doente de acordo com classificações, critérios e modalidades de sua sociedade". (SILVA, 2001, p. 37).

Damasceno (1999) afere que as pessoas devem ter como objetivo de vida crescer em sabedoria e aprender a gostar das coisas que podem fazer bem para si. A relação entre saúde e doença está constantemente entrelaçada, uma vez que as duas dão significado à nossa existência.

Assim, penso que é preciso buscar prazer na forma de viver, a fim de que a pessoa possa conviver harmonicamente com seu conflito.

Após a segunda fase da coleta e análise de dados, pude interpretar e compreender um pouco mais sobre esta etapa do processo de aceitação do diabetes.

Um fato que se mostrou diante do diagnóstico do viver com diabetes e que me chamou atenção, foram as diferentes percepções em pessoas mais jovens e com mais idade. Isso foi evidenciado nas seguintes falas:

*Foi muito ruim e triste. Eu tinha 26 anos e me senti sozinha no mundo. Fiquei revoltada e não aceitei. Eu achei que todo mundo iria se afastar de mim [...] quis morrer [...] eu tinha uma infecção, a cândida [...] meu namorado tinha coceira e começou a desconfiar de mim porque eu estava emagrecendo e foi horrível [...] (Chuva, 31 a)*

*Eu não senti nada não e me conformei...eu sou de idade... porque que eu vou me desesperar? Uma pessoa cheia de oração como eu...Olha minha filha,a diabetes não representa nada não[...] eu já vivi muito sem diabetes[...]tenho 78 e fazem 25 que tenho isso[...] hoje não me assusta[...]já vivi bastante[...] (Água, 78 a)*

Parece que as pessoas com mais idade podem aceitar com certo conformismo o diagnóstico. Já as pessoas mais jovens geralmente ficam assustadas e inconformadas com a perspectiva de uma convivência prolongada com uma doença crônica e revoltam-se. Porém, nem sempre isso é tão passivo, algumas pessoas, mesmo já na terceira idade, sentem-se revoltadas, como mostra a seguinte fala:

*Olha, eu sou muito triste por causa disso, eu sofro muito[...] ter que passar a vida se cuidando[...]isso não é comigo[...]já fazem quase trinta anos[...] Porque eu?[...] (Flor, 73 a).*

Estas colocações reforçam a perspectiva de que a visão de mundo da pessoa e suas expectativas de vida são fatores importantes, não sendo a idade, isoladamente, um determinante na forma de compreender e aceitar sua condição crônica.

A descoberta de uma condição crônica de saúde implica em redirecionar a forma de vida e repensar sobre o cuidado que a pessoa tem com seu organismo.

Em função destes fatos, penso que todos nós, com diabetes ou não, vivemos em um comodismo "crônico". Quero dizer com isso, que estamos acostumados a viver em uma sociedade com determinados costumes que, somente quando algo afeta algum condicionamento, é que repensamos novas formas de viver. Muitos de nós não nos damos conta da importância da energia elétrica, porém quando esta falta é um horror. A água que temos em nossa casa está sempre ali e tudo vai bem, mas quando há falta da mesma, tudo se desestrutura e fica difícil uma readaptação, do viver sem água ou luz. A mesma analogia se aplica ao viver e ter de conviver, de uma hora para outra, com uma doença crônica.

No caso de pessoas que diagnosticam o diabetes, a tendência é que aconteça o mesmo, pois um novo direcionamento de ações e modo de vida, muitas vezes, é assustador e horrível. Porém, a adaptação a nova vida parece ser inevitável, e assim, o processo de aceitação do diabetes deve ser trabalhado.

Diante das evidências dos dados, percebi que, segundo Correia et al (1996), a pessoa com diabetes tem o direito de sentir-se perplexa e revoltada. Minha análise levou-me a crer que as pessoas sentem-se agredidas, ou seja, ironicamente é como se as pessoas desejassem ser perguntadas sobre o querer ter ou não ter o diabetes, conforme a fala:

*[...]Tudo mudou[...]antes eu não tinha limitações e controle[...] porque aconteceu isso comigo? Porque foi entrar isso em mim!.  
(Chuva, 31 a)*

Essa etapa, "A descoberta foi horrível", pareceu estar relacionada com o impacto inicial do diagnóstico e a não adesão ao tratamento. Segundo Stork (1997), a primeira fase da aceitação é a disposição para aprender, o que exige a tomada de consciência. Neste sentido, fica evidente a importância do início de um trabalho que leve a pessoa a tomar consciência do autocuidado.

O autocuidado, conforme Orem apud George (1993), constitui uma habilidade humana e contribui para o desenvolvimento da pessoa, na busca de seu bem estar, saúde e qualidade de vida.

Para Waldow (1999), o ser humano, no processo de crescer, descobre suas capacidades, possibilitando assim a sua recriação como pessoa através da integração de novas experiências e idéias, seleciona seus valores e ideais, tornando-se auto determinado. A autora fala que o cuidado requer conhecimento, honestidade consigo mesmo, confiança naqueles que estão envolvidos no processo de buscar a saúde, humildade, esperança e coragem.

Concordo com Waldow (1999) e penso que transpor esse primeiro impacto do viver com uma condição crônica de saúde, implica em mudança. O conhecimento sobre o que se tem parece ser elementar para o início do autocuidado.

A honestidade consigo mesmo e com os profissionais de saúde envolvidos neste processo é fundamental. Muitas vezes essa etapa, "A descoberta foi horrível" parece permear toda a vivência do diabetes. Algumas pessoas parecem ficar absortas no tempo do diagnóstico durante a vida inteira. Parece que quando se descobre o diabetes a vida fica estagnada no "o que será daqui por diante?". A honestidade consigo mesmo está em entender que a vida não pára, existe a pré disposição genética para o diabetes, o fator alimentação é muito determinante, entre outros fatores já citados anteriormente. Neste sentido, a estagnação é o pior a se fazer diante de um diagnóstico de cronicidade. Veja esta fala:

*Acho que eu estou conseguindo controlar[...]eu penso antes de comer, eu nunca misturo o arroz, a batata e o feijão[...] se eu saio hoje da dieta, amanhã eu volto[...] de vez em quando eu como um docinho só para matar a vontade, fico feliz e depois controlo o açúcar[...] Afinal uma vezinha só[...] acho que não vou morrer por causa disso e mato a minha vontade do doce[...] (Fogo, 56 a)*

Neste depoimento, percebe-se que a carga de ter uma doença crônica como o diabetes fica diminuída, uma vez que a negociação e a honestidade de seus atos tornam seu problema menor do que é, contribuindo, assim, para uma melhoria da qualidade de vida. Essa honestidade que esse depoente tem consigo

mesmo é fruto de uma conscientização sobre como tratar o diabetes, podendo considerar que esta pessoa sofreu um processo educativo no convívio com o diabetes e trabalha em seu próprio benefício.

A confiança naqueles que estão envolvidos no processo de viver e conviver com o diabetes é fundamental, sempre associada à honestidade. O diabetes sempre será "horrrível", quando uma pessoa não falar a verdade para si e para os profissionais de saúde sobre o viver com diabetes. A verdade constitui, também, um fator que interfere no processo de aceitação. Se a pessoa afirma que não come nada e engorda, algo está errado e a culpa não deve ser do profissional de saúde. Muitas pessoas colocam-se na posição de doentes, pois afirmam que seguem o tratamento, conforme o observado:

*É horrrível, muito mal, muito ruim porque a gente tem que cuidar de tudo[...] tenho diabetes há uns vinte e poucos anos, quase trinta. O tempo passa tão rápido que a gente não vê[...] (Flor, 73 a)*

Esse depoimento foi dado por Flor e ela acredita que cuida de tudo, porém seu marido denuncia, como que pedindo ajuda, algo que ela apenas concorda posteriormente, conforme a fala:

*[...]a minha esposa já está com 73[...] a gente cuida, mas ela come pão que é uma loucura!...] Ela amanhece só pensando em comer pão e aquelas coisas que não pode[...] parece que para ela estar bem alimentada tem que comer muito pão, só que eu falo que ela não pode, mas[...] (depoimento do marido de Flor)*

O viver com diabetes, inicialmente, parecer ser difícil e o processo de aceitação parece estar ligado à questão da autonomia para decidir sobre o que a pessoa deseja para si. O impacto do diagnóstico ocorre, quando a pessoa não consegue decidir sobre a forma de vida que deseja viver.

A humildade para reconhecer os erros é algo difícil para qualquer ser humano, seja ele portador de uma condição crônica ou não. No caso da pessoa com diabetes, esta parece receber reprovação da sociedade diante de qualquer ato que não seja aquele recomendado pelo médico e isso gera o sentimento de culpa e conseqüente revolta.

Todas as pessoas necessitam de coragem para enfrentar as mudanças da vida, as quais são necessárias para o crescimento, e ter esperança que é com persistência que se consegue algo. Assim, é fundamental que nós, profissionais de saúde, tenhamos convicção de que antes de ser uma pessoa COM DIABETES, muitos delas eram pessoas SEM DIABETES, e isso significa que, antes de tudo, ela é UMA pessoa. Cada pessoa possui sua maneira de ser, agir e pensar e deve ser respeitado por isso, mesmo que não a achemos adequada aos nossos padrões de normalidade, pois tudo tem seu tempo.

Neste tempo, que é único, a descoberta do diabetes implica na descoberta do novo e de uma convivência e adaptação ao desconhecido. Assim, a convivência com uma condição crônica de saúde, muitas vezes, é difícil devido ao choque inicial. É preciso que, neste momento, a pessoa compreenda que novos rumos devem ser tomados na busca de melhoria de seu estado de saúde, para que sua convivência não seja muito dificultosa.

### **5.1.2 Conviver é difícil**

Parece que de um modo geral, é muito difícil para as pessoas aceitarem mudanças em suas vidas. Mudanças relacionadas ao dia a dia, o medo do que pode acontecer relacionado a complicações e até a morte. Dúvidas em relação à dieta, que muitas pessoas relatam que não conseguem fazer, considerando o alto custo da mesma, em uma sociedade que oferece poucas alternativas. Algumas pessoas relatam que o comércio alimentício não está preparado para atender as pessoas que necessitam de cuidados especiais e uma alimentação equilibrada. Isso fica evidente em:

*Eu tento me cuidar mas fica difícil[...] na rua tem tudo que a gente não pode comer[...] eu procuro as coisas para mim e quando acho é tudo muito caro[...] não dá assim[...] eu não sigo uma dieta como deveria[...] é muito difícil[...]tu não imagina[...] (Chuva, 31 a)*

Dessa forma, o controle da dieta e, conseqüentemente, do diabetes, fica difícil para aquelas pessoas que trabalham em locais, dos quais não podem

retornar para suas casas em horários regulares e necessitam realizar refeições na rua.

Nesta categoria, compreendida como uma etapa no processo de aceitação do diabetes, evidenciam-se sentimentos de revolta, conflito e negação da realidade.

A questão da insulina é o que mais assusta as pessoas, pois alguns acreditam que a insulina antecipa a morte, outros têm pavor de agulhas e alguns não enxergam bem e se negam a tomar, pois acham que vão se tornar dependentes de outras pessoas. A autonomia do fazer para si parece permear, continuamente, o processo do viver com diabetes. O aceitar viver com diabetes torna-se difícil, à medida que muitas pessoas negam sua existência e preferem viver como se nada estivesse acontecendo.

Quando a pessoa descobre que pode ter o controle do diabetes através de uma dieta balanceada, isso contribui para seu equilíbrio emocional diante da perspectiva de uma mudança de hábitos e na sua maneira de encarar a vida. A negociação parece ser a chave do processo de aceitação do viver e conviver com o diabetes, conforme a fala:

*Quando meus filhos vão me visitar, eu faço um docinho para eles[...] eles adoram[...] Je ninguém tem diabete[...] ai eu provo um pouco e depois volto para a dieta[...] é que eu fico tão feliz quando eles vão lá, a gente ri bastante e depois eu decido me cuidar.  
(Terra, 42 a)*

A presença da condição crônica mostra que, mesmo com um problema que precisa ser resolvido, é a própria pessoa que irá definir mudanças no seu estilo de vida.

Para Stork (1997), a observação da realidade começa com a tomada de consciência, o que acredito possa ser auxiliada pela presença paciente e constante do profissional de saúde. As pessoas, nessa fase de tomada de consciência, necessitam de muito apoio, pois sabem que, de alguma forma, terão que mudar suas vidas.

Campedelli et al (1989) afirmam que a promoção do autocuidado oferece mais controle, liberdade e responsabilidade, o que trás melhoria da qualidade de vida. Segundo as autoras, é com o autocuidado que a pessoa sente-se livre para acertar, aprender ou rejeitar o que lhe é proposto.

As falas que caracterizam essa categoria evidenciam a percepção do diabetes meilitus como difícil:

*Eu fui convidado para ir a um aniversário que ia ser na pizzaria, daí eu falei para a minha esposa: como é que eu vou fazer? Me senti meio arrasado ir e não poder comer tudo aquilo[...] (Orvalho, 49 a)*

*A gente tem que entrar na dieta [...] mas às vezes a gente desanima [...] (Vida, 67 a)*

*Eu estou tentando com regime alimentar, entrar nessa dieta[...] Só que é muito difícil porque eu faço as refeições em restaurantes, eu não tenho uma comida balanceada e lá tem tudo o que eu não posso comer[...]Então se eu tivesse uma dieta bem balanceada ou um restaurante que for nesse algo para o diabético[...] mas isso é muito difícil[...] eu procurei e não encontrei nada em lugar nenhum [...] (Fogo, 56 a)*

Na fala de Fogo percebe-se o medo e a dúvida de quem não sabe o que fazer, mesmo que ele seja estimulado a isso, porém o meio em que vive não contribui para as formas de cuidado entendidas como necessárias. É visível que a sociedade, de um modo geral, não está preparada para atender as pessoas com diabetes ou com diferentes distúrbios alimentares e, que requerem cuidados especiais.

Neste sentido, a educação em saúde é um fator que pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, ou seja, a pessoa estando preparada para desenvolver seu autocuidado e sendo motivada a fazê-lo, sua condição de vida poderá melhorar, pois terá condições de escolher entre alternativas que sejam favoráveis a uma vida mais saudável. É necessário realizar um trabalho de educação em saúde, que promova a autonomia para escolhas saudáveis.

Freire (1980,a), infere que a prática da educação promove a conscientização do homem e suas ações, gerando responsabilidade e senso crítico. Dentro dessa realidade, o trabalho de educação em saúde configura como um ato em que educador (profissional de saúde) e educando atuam como sujeitos, pois desvelam e recriam seus atos em cima da realidade existente.

Com a tomada de consciência, obtida através da educação em saúde num grupo de convivência, a pessoa consegue falar melhor do seu diabetes. Assim este fato contribui significativamente para o enfrentamento da realidade, desmitificando e reduzindo as tensões iniciais do viver com diabetes.

Para Mello Filho et al (2000), o homem caracteriza-se como um ser gregário, que alude-se à sua tendência a agrupar-se para assegurar sua identidade e sobrevivência como espécie. Neste sentido, conviver em grupo proporciona o surgimento de sentimentos ou emoções humanas que podem causar interferências conflituais ou, também, originar novas formas de pensar e agir, de forma que a aceitação de uma condição crônica seja harmônica.

Segundo Lazarus e Folkman apud Silva (2001), os conflitos surgem na vida de uma pessoa quando ocorre uma violação de valores, ou quando alguma situação requer mudanças que interferem na autonomia e liberdade da pessoa. Concordando com isso, evidenciei nas pessoas que fizeram parte deste estudo, que o fato de conviver com uma condição que implica em adesão a novos hábitos de vida, é considerado por elas como difícil.

*[...] eu disse: e agora eu tenho que mudar tudo? [...] é difícil, pois de uma hora para outra tive de ser outra pessoa, e com diabetes que eu nem sabia o que era direito, e parar de gostar de tudo que gostava [...] no início eu não quis [...] disse que não [...] mas agora [...] tive né [...] (Chuva, 31 a)*

Nesta etapa do processo de aceitação do diabetes, percebi o dualismo em algumas pessoas, que é evidenciado pela presença constante da percepção de ter o diabetes e, ao mesmo tempo, não fazer nada para manter seu controle, negando sua condição.

Segundo Hymovich e Hagopian apud Silva (2001), as pessoas negam a implicação da doença, suas consequências e não negam o fato em si. Segundo

elas, a negação da implicação pode ser similar à ilusão. Essa negação parece ajudar a ter uma proteção temporária às ameaças trazidas pela condição crônica de saúde, preparando a pessoa para essa nova condição.

Essa segunda etapa, “*Conviver é difícil*,” é o momento em que as pessoas percebem o que está acontecendo, as mudanças que são colocadas como necessárias e que nem sempre são aceitas com facilidade. Segundo Stork (1997), esse é o momento do processo de aceitação, em que a pessoa observa sua realidade na busca da verdade, de modo a conduzi-la para a tomada de consciência da situação.

Conviver com o diabetes implica em olhar o fato: “[...]Sim, então eu tenho diabetes. E agora? Por onde começar?![...]”. As formas de olhar esse fato difere muito entre as pessoas, pois cada um tem o seu tempo e sua maneira própria de percebê-la e enfrentá-la.

Assim, a aceitação do processo de conviver com diabetes está relacionada à incorporação das formas de tratamento, manutenção e controle, ou seja, a pessoa necessita incorporar no seu dia a dia as mudanças necessárias e, assim, perceber as possibilidades de um viver melhor, com um futuro melhor e mais esperança. É nessa etapa que ela se dá conta de que sua vida terá que passar por algumas mudanças, conforme a fala:

*Eu tenho consultado com a médica quase todos os meses. Eu já estou com setenta e oito anos, eu venho sempre no grupo, apesar de ter faltado a dois encontros[...]eu quero ver meus netos crescerem então eu vou seguindo as instruções para que eu não sofra no futuro. (Água, 78 a)*

Em outras situações, algumas pessoas transferem a responsabilidade pela falta de cuidados alegando que a sociedade não está preparada para isso. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde constitui um problema no conviver com o diabetes.

Conviver com o diabetes parece ser difícil pois, segundo Santana (2000), a pessoa com diabetes transgride constantemente o proibido. O limite é um entrave nas suas decisões. Surge, então, o questionamento se a vida do ser diabético sem as proibições concernentes não teria para ele outro significado. Ainda

segundo a autora, o desejo, o controle e o limite constituem enfrentamentos diários do ser diabético. É difícil para a pessoa com diabetes assumir o normativo que lhe é proposto ou, muitas vezes, imposto.

O enfrentamento consiste na tomada de consciência e vivenciar o novo. Para conviver de maneira harmônica com o diabetes, é preciso enfrentar e encontrar opções que possibilitem a negociação. A pessoa necessita ser autogestora de seus atos para sentir-se capaz de algo, ou seja, autônoma de si própria.

Nesta etapa também evidenciei sentimentos eminentes de depressão, pois algumas pessoas acham extremamente difícil transpor essa fase. Isso fica evidente na fala:

*Para mim é muito ruim, hoje o meu marido me leva para sair e todo mundo fica me vigiando, parece que sou doente. Eu fiquei grávida e perdi o filho e todo mundo diz que é porque eu tenho diabetes. Já me disseram que não, mas eu fico com medo. Eu tenho muita hipoglicemia e passo mal em muitos lugares. Meu marido que me acode[...]às vezes eu evito de sair para não ouvir comentários chatos[...] (Chuva, 31 a)*

O afastamento da pessoa da sociedade, muitas vezes, é necessário para que ela descubra dentro de si mesma subsídios para enfrentar a mudança e conviver com o diabetes. Porém, muitas vezes, pela falta de conhecimento e informações sobre o que é o diabetes e como podem controlá-lo, algumas pessoas sentem-se extremamente doentes e não conseguem conviver harmonicamente com a sociedade.

A promoção do autocuidado torna-se, dessa forma, extremamente necessária, uma vez que é o conhecimento e a conscientização que podem libertar a pessoa, no sentido de que ela tenha alternativas de escolha.

Em seus estudos, Alves (2000) afirma que Paulo Freire defende a idéia de que a educação é sinônimo de conscientização, sendo descrita como o desvelamento crítico da realidade e a ação transformadora. O processo de conscientização teria como resultado final o desaparecimento da opressão.

Acredito, também, que a conscientização da realidade pode levar a pessoa ao fim da opressão. Neste estudo, entendo como opressão todo sentimento que deixa a pessoa à margem da sociedade. Essa marginalização, muitas vezes, é iniciada pela própria pessoa, por sentir-se doente e incapaz diante do diagnóstico de uma condição crônica, neste caso o diabetes.

Através da conscientização, possibilitada, também, pelo trabalho de educação em saúde por parte dos profissionais envolvidos na promoção e manutenção do auto cuidado, a pessoa poderá obter uma melhoria de sua situação de vida.

O conhecimento acerca do que é viver com diabetes, suas formas de tratamento e negociação da busca de qualidade de vida e de um viver mais saudável, podem fazer com que a pessoa com diabetes ultrapasse a percepção de que “Conviver é difícil”.

Neste estudo, o sentimento de conscientização é fortemente pontuado, uma vez que é através deste que a pessoa transpõe seus medos e ansiedades em relação ao viver com diabetes. Conforme Lacroix e Assal (2000), a conscientização do processo de conviver com o diabetes é um constante ir e vir, em que as reações subjetivas das pessoas devem ser levadas em consideração.

O convívio com o diabetes pode ser harmônico e isso depende, primeiramente, do desejo da pessoa diretamente afetada. Não adianta o profissional de saúde, familiares ou amigos tentarem obrigar a pessoa a mudar seus sentimentos, de uma hora para outra. Cada ser humano apresenta uma percepção de mundo e isso não pode ser mudado bruscamente, mas respeitado o seu tempo e suas escolhas.

As falas que se seguem apresentam a diferença de sentimentos e modo de agir e reagir diante dos fatos:

*O mais importante para quem tem diabetes para ter uma vida com qualidade é tomar os medicamentos e fazer os procedimentos rotineiros como exercício e aquela coisa para ter a vida com qualidade, se não a coisa fica feia[...] (Ar, 54 a)*

*Exercício, alimentação, dieta é muito importante[...]Je não desanimar[...]fundamental é não desanimar[...] Pensar para frente. (Luz., 44 a)*

*A gente já está acostumado a isso. Lá em casa é eu e a minha mulher.(Orvalho, 49 a)*

A diferença de temporalidade vivida pelas pessoas deste estudo, as quais foram mencionadas acima, aproximam-se do que propõe Lacroix e Assal (2000), ou seja, o processo de aceitação da doença não segue um curso linear com várias etapas ordenadas, pois a dificuldade em aceitar e conviver com o diabetes consiste no enfrentamento da realidade. Esse enfrentamento pode ser considerado como a aceitação do fato em si e acostumar-se com uma nova rotina de vida.

### **5.1.3 Mas tem que acostumar...**

Com o passar do tempo, as pessoas percebem que precisam encarar a realidade, por mais difícil que ela seja. A necessidade de adesão ao tratamento parece ser o primeiro passo para o início do auto cuidado.

É fundamental pontuar que o “acostumar-se” não deve ser encarado como uma obrigação imposta pelo diabetes, mas como um processo lento e gradual de aceitar o fato, de acordo com o tempo de cada pessoa.

A percepção do ter que acostumar com o viver com diabetes é constituída através do enfrentamento diário deste processo. Lacroix e Assal (2000), afirmam que o enfrentamento de sentimentos como: negação, revolta, tristeza, resignação e pseudoaceitação constituem o processo de aceitação. Para estes autores, é fundamental a terapêutica educacional, pois a aceitação do viver uma doença é um longo processo de maturação, através do qual, as pessoas devem ultrapassá-los.

Nesta etapa, evidenciam-se sentimentos de conflito e harmonia, porém já evoluindo para a aceitação de sua condição, conforme se evidencia no depoimento:

*O meu maior transtorno não é tomar insulina, é ter que abdicar de coisas que eu sempre gostei e agora com diabetes eu não posso comer. Não me desespera o fato de ter que tomar injeção todos os dias, mas sim ter que deixar de comer muita coisa que eu gostava como os doces, carne gorda e essas coisas que a gente compra pronto cheio de porcarias, que hoje eu sei que tem muita porcária. Mas o que é que eu vou fazer? Eu tenho que acostumar com esse novo hábito alimentar, mas é difícil [...]. Tem que acostumar. (Vida, 67 a)*

Na fala de Vida, fica claro sua percepção da realidade e tomada de consciência, porém instala-se um pouco de revolta em suas falas, devido a mudança de hábito forçada. As pessoas sentem-se invadidas no seu interior e isso dificulta o viver de forma harmônica com o diabetes.

Orem (1995) afirma que o autocuidado é o empenho humano e o comportamento aprendido, através da execução de ações, em busca de saúde e bem estar. Neste sentido, a apreensão de que a mudança é necessária sucede-se quando a pessoa percebe que, a partir de ações de cuidado de si próprio, ela pode controlar seu estado geral. A mudança de vida a que as pessoas, que fazem uso de insulina, se referem, está relacionada, muitas vezes, não com o procedimento em si (agulha, álcool, frasco, etc), mas sim com a limitação imposta pela mesma.

A prática assistencial com pessoas com diabetes e bibliografia disponível, mostra que é preciso ter uma alimentação regrada, jamais acordar e começar a lida diária sem tomar um café. Sabe-se que comer demais e fora de hora pode causar hiperglicemia e comer pouco pode acarretar em hipoglicemia. Esses fatores incomodam algumas pessoas que se sentem agredidas pois, para muitos, a insulinização é apenas um detalhe, conforme depoimento anterior.

Um outro fator que interfere, no acostumar-se com o diabetes, é a temporalidade. Cada pessoa tem o seu tempo de percepção, entendimento e discernimento das coisas que se sucedem ao seu redor. Isso é confirmado através das seguintes falas:

*Se a gente radicalizar de uma hora para outra e fazer tudo de uma vez só, aí não dá[...] aos pouquinhos é melhor. Muitos lá em casa não entendem que eu vou mudando os hábitos aos pouquinhos, pois de uma hora para a outra eu não consigo deixar tudo que eu*

*gostei antes do diabetes, é muito difícil, às vezes a gente escorrega na dieta[...]mas tem que fazer os procedimentos de rotina.(Terra, 42 a)*

*A gente tem que almejar o que pode, tem que cuidar um pouco da gente, tem que ter persistência e mudar aos poucos. (Sol, 48 a)*

Dizer que a pessoa tem que acostumar, parece ser fácil, o problema é assimilar e fazer e, para isso, acredito que a etapa proposta por Stork (1997) de “respeito pela verdade”, no caso de ser portador de uma doença crônica, requer encarar de frente a situação, ou seja, perceber que precisa conviver com ela.

Acostumar-se com um fato, segundo Stork (1997), seria respeitar a verdade, enfrentar a realidade e compreender os aspectos favoráveis e desfavoráveis que podem ocorrer.

Para Seligman (1993), existem certas coisas que podem e outras que não podem mudar. Entre as coisas que podem mudar estão o pânico, os distúrbios sexuais (frigidez, impotência e ejaculação precoce), as disposições de ânimo, a depressão, pessimismo, hábitos e costumes de vida.

Ter que acostumar-se com o diabetes, parece ser a chave para o processo de aceitação. Não quero dizer com isso, que o acostumar-se implica em ser um “doente” em potencial, pois acredito firmemente que somos aquilo que pensamos. Portanto, se acreditarmos que somos capazes de viver com certa restrição e controle, podemos fazer isso sem crises existenciais e viver uma vida de qualidade.

Através do grupo de convivência, neste estudo, percebi que as pessoas com diabetes conseguem acostumar-se mais com a realidade apresentada. Concordando com Mello Filho et al (2000), o trabalho em grupo de pessoas com diabetes, através do convívio entre iguais, proporciona melhor assimilação de conhecimentos. Este fator contribui significativamente para que as novas formas apreendidas auxiliem no tratamento, evitando complicações futuras. Dessa maneira, a adesão a novos hábitos e costumes diminui, significativamente, o peso do viver com diabetes.

Muitas pessoas vivem com restrições das mais variadas, tais como: problemas de visão, dificuldade para caminhar devido acidente automobilístico, ou de outra natureza que não causado por doença, alergia a alguns alimentos, não saber dançar, entre outras várias restrições. Algumas dessas pessoas aprendem a conviver com isso e gozam da vida com satisfação, o que me leva a crer que viver bem é uma possibilidade, mesmo que com restrições. No caso da pessoa com diabetes isso também é bastante possível, conforme fica evidente na fala a seguir:

*Muitas coisas mudaram com o diabetes, eu passei a ter mais cuidado em não exceder na alimentação, sigo à risca, apesar de às vezes eu ultrapassar um pouquinho[...]mas eu me controlo[...] se não o negócio não vai para frente. Eu faço com que a diabetes não aumente[...] eu vivo bem, com a graça de Deus[...] (Cachoeira, 69 a).*

Uma questão que ajuda bastante, na harmonia do viver com diabetes e conseguir se acostumar com esse fato é a ocupação. As pessoas que possuem ocupação, qualquer que seja, não se preocupam tanto com o diabetes e vivem melhor. Não quero dizer com isso que se esquecem de sua condição crônica de saúde, o que requer cuidados constantes.

Percebo que as pessoas com mais ocupações conseguem reduzir o peso do ter que viver com restrições e cuidados, o que proporciona um viver mais consciente. A ocupação leva a pessoa se cuidar mais, pois ela sente-se útil e percebe que, se ficar doente ou impossibilitada de algo, isso afetará não somente a ela, como também as pessoas que dela dependem, o que se evidencia no seguinte testemunho:

*Me acho bem disposta, graças à Deus. Eu sou uma pessoa que tenho o grupo da terceira idade de Sto Antônio, estou disposta a ir nele sempre, em São João Batista tenho outro, tenho o grupo de oração carismática às quartas feiras na igreja de Sto Antônio, eu estou sempre disposta, me levanto de manhã e faço a lida da casa, fico fazendo o almoço e termino às 11:30, deixo tudo prontinho e fico bem disposta para sair à tarde[...] a tarde é toda minha e eu tento viver da melhor maneira possível..(Água, 78 a)*

O autocuidado pode ser aprendido em qualquer fase da vida, desde que se tenha uma boa assistência dos profissionais de saúde. Nos casos de condições

crônicas de saúde, é fundamental que se trabalhe a questão emocional e o nível de compreensão que se tem sobre o assunto, em primeira instância, de modo a promover a aceitação do viver cronicamente com uma doença.

Acostumar o conviver com diabetes implica em busca e manutenção da qualidade de vida. Essa busca pode estar relacionada ao viver para o outro, pensando em si. Quero dizer com isso que, através de minhas análises, pude perceber que quando a pessoa não coloca a doença no centro de sua vida, o processo de aceitação é mais harmônico, mesmo que seja constituído de altos e baixos.

Segundo Orem apud Leopardi (1999), auto cuidado é a parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e ao bem-estar. Assim, percebi que a promoção e a manutenção do autocuidado é um ato de transcender as limitações impostas pela doença.

#### **5.1.4 Viver bem com diabetes mellitus é possível**

Entre os vários medos que as pessoas apresentam, está o fato de algumas acreditarem que os mesmos podem ser superados e terem qualidade de vida e saúde. Percebo que muitos vivem mais a doença, do que o processo de ser saudável. Alguns percebem que a limitação sobre a dieta no diabetes, pode ser facilmente assimilada, basta que, para isso, a pessoa queira fazer. Essa etapa do processo de aceitação consiste na harmonia dos sentimentos e desejos. Isso fica evidente na seguinte fala:

*Eu, às vezes, eu tenho vontade de comer um doce ou coisa assim e as pessoas me oferecem mas eu me seguro, pois eles dizem que um pedacinho só não vai fazer diferença, mas eu sei que vai. Aí chega alguém e me diz: come o doce, porque tu já conseguiu baixar a tua diabetes e isso não vai te fazer mal[...]Fiquei feliz e vi que posso, hoje me sinto em paz comigo mesmo. Agora eu sei também que como eu to mais calmo a minha taxa também baixou, então a gente tem que ser mais calmo. (Fogo, 56 a)*

Aceitar viver com diabetes parece estar relacionado com a redução dos medos, que pode ser conseguida através de uma educação em saúde com grupos de convivência. A vontade de comer algo que é restrito às pessoas com

diabetes, não deve ser encarada como culpa. Na fala anterior, Fogo é um senhor de 56 anos, com cinco meses de diabetes diagnosticado e que consegue entender o que pode lhe trazer melhoria da qualidade de vida. O sentimento de autonomia, evidenciado no depoimento de Fogo, contribuiu para uma melhor aceitação do fato em si e um convívio harmônico com o diabetes. Esse depoente percebeu isso de início e, com a vivência em grupo e educação em saúde, conseguiu baixar sua taxa de 452 mg/dl para 153 mg/dl, através de sua força de vontade e estímulo ao autocuidado desde o início.

Vale ressaltar, que algumas pessoas com diabetes apresentam esse poder de discernimento um pouco mais tardiamente, mas, de um modo geral, a maioria conhece o que pode fazer para melhorar sua saúde e qualidade de vida. Cada pessoa tem o seu tempo de aceitação, e isso difere muito.

Algumas pessoas entendem o diabetes como algo que faz parte da vida e até da idade. Ter diabetes é apenas mais um fator, conforme a fala:

*Eu falei para a minha nora: Meus Deus, como é que eu vou pensar na doença! Mas de jeito nenhum, eu vou fazer 70 anos no mês que vem, dia 18 de junho e faço tudo. Fiquem vocês sabendo que eu acho que eu não tenho 70 anos, eu acho que eu tenho uma menina de 28 anos dentro de mim, eu me sinto é jovem, eu não estou caindo os pedaços. Eu ainda cozinho, eu faço a arrumação da casa e cuido de duas crianças que estão pequenas, um com sete e outro com seis, e ainda cozinho para o meu filho que trabalha e estuda. Quando chegar o dia de ir embora eu só gostaria que Deus não me desse nenhum sofrimento, mas se me der sofrimento é porque eu mereço, e nós todos temos que sofrer, mas eu rezo muito todos os dias para todas aquelas pessoas que sofrem. Tenho um casal de filhos ótimos, a minha nora me ajuda muito e a minha vida é maravilhosa. (Água, 78 a)*

Neste estudo, pude observar que algumas pessoas entendem o diabetes apenas como uma limitação em meio a tantas outras limitações, que fazem parte do viver de todo mundo. A seguinte fala confirma isso:

*Não me considero doente, apenas sei que tenho que ter certos cuidados para que eu possa fazer muita coisa que gosto. Eu devo me cuidar[...]. Eu tenho gente que precisa de mim[...]. Viajo, faço festa, me divirto e levo uma vida normal, apenas tenho meus limites. E quem não tem?( Chuva, 31 a)*

Parece que o processo educativo é decisório nas ações daqueles que têm diabetes. Na fala de Água, percebe-se que ela sente-se capaz para o autocuidado, porque ela tem a percepção do que pode lhe fazer mal e optou por buscar qualidade de vida. A religiosidade auxilia a pessoa no convívio e entendimento do diabetes. Pelo fato dela não se sentir sozinha, ela sente-se mais capaz.

A importância da vivência do outro e com o outro, a troca de experiência entre as pessoas que apresentam o mesmo problema é uma forma de acreditar que viver bem e com diabetes é possível. As crenças e costumes trazidos pelas pessoas são decorrentes da influência das comunidades onde residem, de sua família e também da própria percepção de mundo. A fé e a espiritualidade parecem contribuir para o processo de aceitação da doença. Todas as pessoas, de alguma maneira, acreditam em alguma coisa ou prendem-se à religiosidade, como forma de cura ou controle do diabetes.

Na fala de Chuva, apresentada anteriormente, ela dedica parte de sua vida no cuidado com os outros. Percebe-se, na mesma, uma preocupação em se auto cuidar, pois é a partir da sua boa condição de saúde que surge a possibilidade de continuar a cuidar dos outros, como por exemplo, seu marido.

Segundo Lunardi (1999), a decisão de adesão, da busca da independência e do autocuidado, deve partir da pessoa. Concordo com a autora e, neste sentido, o viver com diabetes torna-se possível desde que a pessoa aceite sua condição.

Angerami-Camon (1993) afirma que o homem, antes de mais nada, é o que se lança para um futuro e o que é consciente deste seu projetar no futuro. Assim, a partir da tomada de consciência, o ser humano entende que seu futuro depende de suas ações no hoje e a possibilidade de uma nova vida, mesmo que com controle e restrições, torna-se mais amena e aceitável.

Conforme Kant apud Lunardi (1999), o homem é um ser racional, que pertence ao mundo inteligível e, só pode pensar a causalidade da sua vontade própria, portanto, autônoma, a partir da idéia de liberdade. A liberdade consiste na possibilidade de independência, em relação às causas que determinam o mundo sensível.

O homem, como ser racional consegue perceber que a aceitação faz parte do processo de conviver harmonicamente com o meio e, assim, tornar a vida possível. O ser humano, através de seu dom inato de liberdade, pode escolher e buscar formas que lhe possibilitem uma melhoria de seu estado de viver. Se essa melhoria baseia-se na fé, esta pode ser usada para entender melhor as coisas que se sucedem na vida de cada um, desde que sem fanatismos.

As falas seguintes evidenciam que viver bem é possível, pois algumas pessoas planejam seu futuro e têm o diabetes como um fato secundário em suas vidas, o que diminui o peso da doença.

*Eu espero que ainda vou passear muito com a graça de Deus (risos)[...]eu sou muito feliz[...]eu vou para o Gravata! com o pessoal do grupo da terceira idade, depois tenho uma festa em Sto Antônio de Lisboa, um jantar que vai ter chá[...] Porque que eu vou me sentir doente? Eu estou sempre lá dançando bela e faceira! Quando bota um toca disco aí eu já sou a primeira a dançar, então eu acho que sou uma pessoa muito feliz! Me sinto mesmo muito bem, graças à Deus. Eu sou de muita oração, sou ministra da eucaristia, estou sempre na missa e isso renova a minha fé de continuar firme e forte[...]a diabetes é uma "coisinha"que eu cuido na minha vida[...] (Água, 78 a)*

*Eu espero ter filhos e viver para ver eles crescerem e terem filhos e acho que quero passar cuidado para eles para que ninguém tenha diabetes. Acho que é isso[...] quero ser feliz e ter dinheiro para viver melhor[...] acho que todo mundo quer[...] eu quero muito ser mãe[...] (Chuva, 31 a)*

Outro fato, que mostrou auxiliar muito no convívio com o diabetes, foi a participação em grupos de convivência (de diabetes, de terceira idade) e em grupo religiosos ou de outra natureza. O ser humano aprende muito com o outro, é através da convivência com os outros, que a pessoa percebe o que pode ser bom ou ruim para si próprio. No convívio grupal, muitas vezes, as pessoas percebem que o peso de seu próprio problema não é tão grande quanto ela pensa.

Viver bem com diabetes é possível, quando a pessoa toma noção da realidade e aceita o fato em si e isso pode ser buscado nos grupo de convivência. A seguinte fala deixa claro essa percepção:

*O que eu tenho a dizer é que aqui eu me encontrei, foi onde tive apoio tanto da doutora como de ti, Fabiane, também dos nutricionistas e de toda a equipe, pois vocês me prepararam para seguir a minha caminhada com cuidado, responsabilidade e preocupação para que não avance a doença e para não virem as complicações. Eu gosto muito de vir aqui no grupo e como eu já te falei, hoje é quarta feira e eu enterrei o meu irmão que morreu repentinamente no domingo com 65 anos de idade e isso me deixou muito triste, mas eu vi que a vida não para e eu tenho que seguir. Tanto que eu vim hoje, pois aqui eu fico mais feliz e esqueço meus problemas, vocês fazem a gente se sentir bem e o pessoal do grupo eu gosto muito também até tem umas amigas que também fazem parte do grupo da terceira idade e que vêm aqui contigo. Eu gosto muito mesmo. (Cachoeira, 69 a).*

Para Silva (2001), as pessoas constroem seus próprios caminhos para enfrentar as exigências e/ou conseqüências da condição crônica. Para a autora, o conviver com diabetes não é apenas “acatar” o saber do profissional de saúde, mas também outros saberes, destacando o das pessoas que vivem a situação e aqueles que estão próximos a ela.

Concordo com a autora, pois pude perceber que as pessoas do grupo de convivência, com o qual trabalhei, conseguem viver melhor, quando o processo de educação em saúde inclui a troca de experiências entre seus membros. Assim, viver bem é possível, quando a aceitação do fato torna-se realidade e processo de vida.

Em um grupo, promove-se constantemente a coesão e o apoio, fazendo com que o homem estabeleça vínculos com seus semelhantes através do ato de compartilhar objetivos e ações.

## 5.2 Reflexões sobre o grupo de convivência influenciando o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus

Este estudo, durante todo o tempo, teve como um objetivo fundamental, promover o **autocuidado** de pessoas com diabetes mellitus e compreender como percebem o processo de aceitação de sua condição crônica de saúde dentro de um grupo de convivência. Nesta tentativa, tive como referência a Teoria Geral do Auto Cuidado de Orem e, também, conceitos que me auxiliaram a sustentar esta prática e a reflexão sobre a mesma.

Neste contexto, faço valer aqui, as palavras de Zagury et al (1984), quando estes afirmam que:

Em nenhuma outra doença, o controle depende tanto da aprendizagem do paciente sobre a natureza da doença, os princípios em que se baseia tratamento, as normas dietéticas gerais, assim como as vantagens da insulina ou dos hipoglicemiantes orais, entre outros fatores. Fundamentalmente, a instrução leva a compreensão de que, se existe alguma doença na qual a pessoa portadora pode influir decisivamente sobre o seu futuro, esta é o diabetes mellitus ( Zagury et al, 1984, p. 15).

A pessoa com diabetes mellitus pode, através de um processo de aprendizagem, proporcionado também pelo grupo de convivência, descobrir novas formas de conviver com a condição crônica. Os limites que podem ser trazidos pelo diabetes dificulta o processo de aceitação para a grande maioria das pessoas. Essa dificuldade em aceitar, pode ser amenizada pelos profissionais de saúde, quando estes entendem que o estímulo ao autocuidado das pessoas em condição crônica de saúde predispõe a uma busca de qualidade de vida.

Pensando na **Enfermagem** como a arte de cuidar do ser humano, acredito que as pessoas que desejarem podem, através de sua vontade própria, conhecer um pouco mais sobre o diabetes refletindo sobre suas próprias ações, para realizar seu auto cuidado. Segundo o que eu entendo e o que preconiza Orem, estas ações de autocuidado constituem uma habilidade humana, que todos nós possuímos, basta que sejamos estimulados a isso. Este estímulo acontece a partir de uma relação horizontal de troca de conhecimentos. Pelo que pude

perceber, as pessoas não agem sob pressão, mas sim quando sentem necessidade de agir, na busca de melhores condições de vida.

Desta forma, o desejo de ação do sujeito pode ser estimulado através da percepção da necessidade para a busca da saúde. Esta necessidade pode ser atendida, também, por uma assistência humanizada e de qualidade.

O profissional enfermeiro tem como meta principal no processo de trabalhar em grupo, procurar técnicas ou alternativas que possibilitem uma assistência direcionada ao objetivo que se quer atingir, ou seja, promover uma vida mais saudável e harmônica. Cabe ao enfermeiro, também, dinamizar o processo de interação do cliente no grupo, de forma que este crie um vínculo com as outras pessoas e, dessa forma, integrar-se, de forma saudável, na sociedade.

Acredito que a enfermagem poderá obter êxito no trabalho grupal e interdisciplinar, quando os grupos tiverem claro os objetivos de cada membro, os limites, as possibilidades de descobertas e, principalmente, quando o enfermeiro ou a equipe tiverem habilidade para desempenhar tal trabalho.

Relembrando o que preconiza Freire (1995), o indivíduo é um ser geneticamente social e um produto de suas relações com o outro. Saliento ainda que cada ser é único e possui um modo de enfrentar a doença. Portanto, penso que nós, profissionais de saúde, não teremos sucesso na prática de uma assistência baseada numa educação fundamentada em desigualdades, onde um é o detentor do conhecimento válido e o outro, apenas objeto de aplicação desse conhecimento.

A importância dos aspectos éticos de um estudo, principalmente aqueles que envolvem seres humanos devem ser levados em consideração bem como, principalmente, as vivências diárias de cada um. Cada ser tem uma personalidade e uma forma de pensar e agir que deve ser respeitada antes de tentar "mudar sua forma de vida". Vale dizer que não conseguiremos mudar a forma de vida de ninguém, apenas somos facilitadores, para que uma adaptação promova qualidade de vida e saúde.

A **família** parece atuar como o pilar forte para continuar na "luta" para enfrentar uma condição crônica e uma vida com alguns limites e restrições. Isso

vai ao encontro do que penso ser a família, ou seja, um grupo de pessoas que se auto estimam positivamente e se estimulam para um viver saudável. Isso ficou evidenciado na fala que se segue:

*A explicação de eu conseguir estar bem até agora é muito difícil de eu explicar[...]. Eu estou aceitando o negócio e eu acho que eu estou passando bem[...] pelos meus, pela minha esposa[...] Eles me ajudam muito, sem sombra de dúvidas.” (Ar, 54 a)*

Ancorada nos princípios de Paulo Freire, o **processo educativo** foi baseado na troca de conhecimentos entre as pessoas que participaram do grupo e eu, como profissional de saúde, facilitadora do processo educativo e também como pessoa que tem diabetes. Minha percepção diante de várias realidades levou-me, além de pensar em traçar novas linhas de assistência para a pessoa com diabetes, a também redirecionar as ações de autocuidado como enfermeira e pessoa que tem diabetes.

Meu trabalho com o grupo de convivência evidenciou mais fortemente o que eu já pensava em relação a compartilhar experiências, ou seja, na vida nada se consegue totalmente sozinho. Nós precisamos nos unir mais, a fim de enfrentar a vida e problemas com nossa saúde com mais dignidade, otimismo e, conseqüentemente obtermos uma vida melhor.

Este trabalho possibilitou o pensar sobre o que é ser normal, em uma sociedade onde o bonito, saudável e aceitável é ingerir bebidas alcoólicas em demasia, fumar cigarros ou charutos, comer irrestritamente (gorduras, massas e açúcares). Levou-me, também, a pensar em formas de atingir a população que convive com o diabetes, de maneira que a mesma se questionasse sobre quem realmente leva uma vida saudável. Se o ser saudável é aquele que faz de tudo sem restrições e, no outro dia, está mal devido aos excessos cometidos, ou aquele que, por ser portador de uma doença crônica, realiza cuidados não cometendo excessos, apenas realizando o que uma pessoa normal deveria fazer e, no outro dia está bem física e psicologicamente, podendo viver e aproveitar este dia em sua plenitude.

A partir deste estudo, acredito que somente conhecendo e **aceitando** sua doença é que se consegue chegar a um processo de ser saudável. As maneiras

de auxiliar as pessoas, no conhecimento acerca do diabetes, deve incluir a troca de experiências entre educador e educando, em um processo contínuo e mútuo de crescimento. O educador começa a conhecer outras realidades e aperfeiçoa sua assistência, ao passo que o educando sente-se valorizado, na medida em que sua maneira de pensar é levada em consideração.

Para que o processo educativo se desenvolva, é preciso que todos acreditem que a educação pode ser obtida, pois segundo Freire (1981), é através da esperança na apreensão da educação que poderemos pensar em liberdade. Dessa forma, também é possível desenvolver um processo educativo, em grupo de convivência, com pessoas e seus familiares.

Penso que um trabalho de educação e conscientização poderá contribuir, significativamente, no processo de aceitação do diabetes. Cada pessoa é única, portanto, o processo de aceitação da doença irá variar em cada ser humano. Assim sendo, torna-se necessário que se desenvolva, no grupo, um processo de desmitificação da doença colaborando para uma melhor interação e re-inserção na sociedade, pois são várias as trocas que ocorrem em um grupo.

Para Zimerman e Osório (1997), um **grupo** não é um mero somatório de indivíduos, pelo contrário, ele se constitui como uma entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Um grupo se constrói através da constância da presença de seus elementos na constância da rotina de suas atividades, como também na organização sistematizada de encaminhamentos. Constrói-se ainda, no espaço heterogêneo das diferenças entre cada participante e apesar de permeado por explosões, conflitos e temor de causar rupturas, dá-se no grupo, o enfrentamento ao medo que o diferente e o novo provocam fazendo o educando assumir o risco de ousar. Finalmente, um grupo se constrói no estabelecimento de um vínculo com a autoridade e entre iguais, na cumplicidade do riso, da raiva, do choro, do medo, do ódio, da felicidade e do prazer. Um grupo se constrói no trabalho árduo de reflexão de cada participante e do educador, bem como sua ação exigente e rigorosa.

Verifiquei que trabalhar com grupos na enfermagem, contribui de modo significativo para o crescimento pessoal, tanto dos enfermeiros como do cliente

em questão. É necessária interação para que ocorra um crescimento. A enfermagem é uma profissão que se caracteriza por trabalho em equipe, e como tal, vem sendo reconhecida, devido à ênfase que dá à técnica grupal.

A idéia de grupo na enfermagem contribui para uma prática assistencial qualificada, uma vez que esta somente poderá ser estruturada a partir das necessidades do cliente. Essas necessidades serão sanadas no momento em que ocorrer uma **interação** e um bom relacionamento entre a equipe de enfermagem e o cliente.

Aceitar parece, portanto, compreender a dimensão do que é ter diabetes. O trabalho em grupo parece contribuir para isso através da interação entre seus membros, troca de vivência e conseqüente redução dos problemas, uma vez que a vivência em grupo faz com que a pessoa consiga somatizar e relativizar suas vivências.

Percebo que, praticamente, todas as ações do nosso cotidiano têm acontecido através de interações entre grupos. A ciência atual propõe uma interação, ou troca de informações, nas diversas áreas de estudo. Isso nada mais é do que a idéia de grupo, na sua forma mais explícita.

Através deste estudo, pude compreender um pouco mais sobre o processo de aceitação do viver com diabetes e minha percepção de mundo foi aumentada pela vivência com o outro. Neste sentido, como coloquei no início, minha vivência com diabetes teve uma redefinição de valores, o que acredito ter sido positivo. Percebi que as quatro categorias que denominei neste estudo acontecem, na maioria das vezes, em conjunto e vi que a dualidade é um processo não só das pessoas com diabetes, mas do ser humano de um modo geral. Segundo nos coloca Stork (1997), o ser humano apresenta uma dualidade constante. A vida é um processo de "altos e baixos", com a qual devemos procurar conviver harmonicamente. O dualismo existe porque queremos buscar a verdade das coisas.

Entendi que, antes de ter a percepção dessa dualidade dentro de mim, eu passei por certos processos que, após descobrir que eu era "diabética", começaram a mudar o meu modo de ser.

Em minha trajetória como “diabética”, que começou há cinco anos atrás, precisei modificar vários conceitos e a percepção que eu tinha de mundo. Antes do diabetes, eu me considerava uma pessoa “normal”. Na realidade, o conceito de normalidade precisou ser modificado, tomando outra forma, ao longo de minha caminhada, e hoje penso que normal é aquele que vive bem consigo mesmo.

Após eu perceber que o mundo continuava o mesmo e que nada estava mudando, pensei que seria possível ser uma “pessoa com diabetes”. Tomei consciência do fato e resolvi encarar a realidade que estava se apresentando. Assim, iniciei o tratamento, procurei conhecer mais a doença e o que me aconteceu e percebi que minha vida estava melhorando, eu me sentia mais disposta e ativa. Vi que a adesão às formas de tratamento estavam me deixando melhor.

Comecei a trabalhar na enfermagem (na época ainda como estudante) com pessoas que tinham diabetes, pois percebi que podia ajudá-los, pois eu também entendia um pouco mais daquela realidade, considerando que eu também compartilhava alguns sentimentos com eles.

Neste processo de aceitar viver com diabetes e trabalhar com pessoas com a mesma condição crônica, vejo-me entrelaçada em muitos conflitos, que ora são harmônicos e ora desarmônicos, porém existentes. Questiono-me sobre como aceitar quem me vê como uma pessoa diferente, no sentido de me acharem com limitações e incapacidades que não reconheço no meu “ser pessoa com diabetes”, porém sei que existem. Hoje me vejo como uma pessoa normal, porém com algumas limitações. As limitações fazem parte da vida.

Trabalhar com pessoas com diabetes foi uma opção, tanto para me ajudar como para ajudar os outros. Em alguns momentos tenho certeza da minha contribuição neste trabalho, que foi a de interligar dois conhecimentos, que é o de viver a doença e o conhecimento da biomedicina; facilitar o diálogo pela identificação que as pessoas têm comigo, permitindo um cuidado que flui melhor; argumentar nos mais diferentes âmbitos sobre o que é necessário para a assistência de pessoas com diabetes; reconhecer o que realmente é importante no processo de viver com diabetes.

Em outros momentos, tenho muitas dúvidas: será que estou preparada para ajudar essas pessoas, quando muitas vezes meu conflito é igual ao delas? Como separar ou unir minha dupla condição de ter diabetes e ser profissional de saúde? Como colocar minha experiência em "suspensão", para compreender a experiência do outro? Como não avaliar a experiência do outro a partir, somente, da minha própria experiência? Não sei o que as pessoas esperam de mim. Será que eu deveria ter as respostas para todas essas questões que envolvem minha prática profissional com pessoas com diabetes? O que deveria saber ou fazer de modo que minha dupla condição fosse algo tão especial como eu, ou os outros gostariam?

Neste momento, parece que estou no meio de um caminho, que acredito ser o certo e que devo seguir nele. Mesmo em minha posição atual, ao olhar para os lados, vejo nuvens que não me permitem ter certeza sobre tudo, mas há uma certeza, de que essa é minha escolha, é meu desafio e é meu caminho.

A prática assistencial que desenvolvi com essas pessoas com diabetes, trouxe-me várias situações, que me ajudaram a crescer pessoalmente. Percebi que tudo na vida tem o seu tempo e que cada um possui uma maneira própria de pensar e agir. Conheci pessoas como Água, Fogo, Vida, entre outras, que reforçaram minha percepção que viver bem é possível. Um dia estamos alegres, outros estamos tristes, mas não devemos nunca perder a vontade de viver, pois essa é a razão da existência.

Profissionalmente, eu aprendi que devemos, antes de ver um "diabético", sermos capazes de ver a "pessoa". As pessoas procuram estar em grupos para a melhoria de seu estado interior, para entender melhor sua condição, para conhecer a realidade do outro e entender melhor a sua, pois o homem é o somatório do meio em que vive.

Como educadora percebi que, na vivência de uma doença crônica, é necessário a busca da harmonia entre presente, passado e futuro, a fim de que a pessoa possa viver mais seu processo de ser, estar e continuar saudável.

Concordando com Dorothea Orem e sua Teoria Geral do Auto Cuidado, o processo de humanização deve-se dar de acordo com a tomada de consciência

que o ser humano tem de suas próprias limitações, enquanto ser- aí- no- mundo. Na execução deste estudo, trabalhei a Teoria Geral do Autocuidado baseada no questionamento da tomada de consciência, a aceitação e incorporação do fato em si.

Segundo Orem apud Campedelli et al (1989), para a execução do autocuidado é preciso tomar consciência da manutenção da saúde; prevenção da doença; autodiagnóstico; automedicação e autotratamento; participação nos serviços de assistência à saúde. Desta forma, penso que é preciso que o ser humano aprenda a se manter consciente do mundo em que vive e de suas possibilidades do viver nesse mundo.

O estudo tentou repensar, também, a prática da Assistência de Enfermagem, prestada às pessoas com diabetes. Para isso, foi preciso que todos envolvidos (pessoas com diabetes, familiares de pessoas com diabetes e profissionais envolvidos na promoção e manutenção de saúde) estivessem conscientes do seu fazer no mundo.

Na humanização da assistência de enfermagem, para as pessoas com diabetes, acredito ser preciso realizar um trabalho de conscientização relacionada à condição de situação crônica de saúde. Percebo que muitas pessoas, quando recebem o diagnóstico de diabetes, não têm conhecimento suficiente para promover o autocuidado. Cabe, então, ao profissional Enfermeiro, promover ações deliberadas e ajudar as pessoas com diabetes a entender e aceitar a doença.

A humanização da assistência ocorre, através da interação humana (profissional de Enfermagem/pessoas com diabetes/ familiares), baseada no princípio de que cada ser humano é único. Penso ser de vital importância o viver de cada pessoa, uma vez que cada um interpreta a realidade de uma maneira e o processo de aceitação da doença é diferente e varia de acordo com a percepção de mundo que cada um possui. Para o profissional de saúde, que presta assistência para pessoas em condição crônica de saúde, é fundamental entender que pessoa está por trás de determinada doença, do que tratar primeiramente a doença em si. Um pouco da complexidade do viver com diabetes, de cada

pessoa, foi apresentado neste estudo, através de etapas do processo de aceitação.

Baseada na Teoria do Auto cuidado, penso que é preciso trabalhar no processo educativo, uma vez que a convivência com o diabetes deve manter a busca de qualidade de vida. As pessoas com diabetes precisam aceitar certas limitações e grande número dessas limitações deveriam ser aplicadas a todas as pessoas, para terem uma vida mais saudável, no entanto muitos não percebem isso.

Sabemos que alguns alimentos, bebidas e algumas atividades em excesso fazem mal, não apenas para aqueles que têm diabetes, mas para qualquer pessoa. A gordura, o fumo, o álcool, o excesso de carboidrato (massas, pães, etc), o sedentarismo e o estresse podem contribuir para o surgimento do diabetes e, no entanto, grande parte da população parece não tomar nenhuma providência a respeito disso.

Segundo Noronha (1986), a despaternalização da assistência, como uma das finalidades do autocuidado, modifica as relações de poder estabelecidas entre os clientes e os terapeutas. Dessa forma, acredito que o autocuidado contribui para a conquista da autonomia do sujeito. Para isso, valho-me das declarações obtidas durante a execução da prática assistencial:

*Se a gente aprender a gente pode se cuidar. (Flor, 73 a)*

*Eu trabalho, eu pinto[...]eu me viro sozinha. (Água, 78 a)*

*Eu sou sozinha, moro sozinha e faço as minhas coisas.  
(Cachoeira, 69 a)*

Para Campedelli et al (1989), o conhecimento e o senso de autovalorização são importantes. Além disso, a decisão de autocuidado e a motivação de realizar algo, em busca de qualidade de vida, é que faz com que o ser humano cresça como pessoa, promovendo um bem estar geral (físico, mental e intelectual). Penso que as ações de autocuidado devem partir da vontade de cada um e, para isso, é importante a liberdade de pensar e agir. Acredito que é necessário mostrar

todas as formas de se promover qualidade de vida, porém, cabe à pessoa decidir sobre os caminhos que deseja seguir, na busca dessa qualidade de vida.

Baseada em Orem, acredito também que os seres humanos possuem potencial para aprendizagem e desenvolvimento, pois a maneira como um indivíduo busca cuidar-se não é somente intuitiva, mas também aprendida, através das vivências e convívio com outros seres humanos.

A necessidade de cuidados é dada pela própria pessoa, manifestando quando se sente apta a realizar ou não. O planejamento de ações, para promover o autocuidado, é definido em acordo entre o profissional de saúde e a pessoa diretamente afetada. Esta promoção deve ser encorajada pela enfermagem, de maneira que a pessoa mantenha ou desenvolva habilidades, buscando melhor qualidade de vida. Dessa forma, a idéia de autocuidado proposta por Orem, como sendo a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos, para manter a vida, a saúde e o bem estar, dá sustentação para a proposição do cuidado de si como possibilidade de melhor aceitação da doença.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi do tipo convergente assistencial, permitindo compreender que a aceitação do viver com diabetes mellitus é um processo que se desenvolve em etapas.

Essa compreensão foi constituída a partir de um grupo de convivência, que teve como foco a educação em saúde, visando a construção de um viver mais saudável, do qual, a aceitação é um dos elementos de destaque.

A aceitação do viver com diabetes foi um processo construído durante todo o trabalho com o grupo de convivência. Neste sentido, pude perceber a veracidade disto quando, neste estudo, emergiram os mais diversos sentimentos, tais como: sentimento de autonomia, pois, além dessa questão ser muito importante no processo de aceitação do diabetes, existe também a necessidade do aprendizado para que se possa ter essa autonomia.

Em algumas falas, evidenciei a necessidade que algumas pessoas sentem de que educadores procedam de maneira lenta, respeitosa e não imposta, pois assim fica mais fácil de apreender o modo de conviver, de forma mais harmônica, com o diabetes.

Outros sentimentos evidenciados foram os de consciência, responsabilidade, esperança e incompreensão dos outros/família. Em alguns depoimentos percebe-se a prática da consciência para o autocuidado e a responsabilidade da pessoa consigo mesma. O modo como certas pessoas vêem sua condição crônica de saúde varia muito, pois algumas pessoas consideram-se

normais e conseguem respeitar as restrições impostas pelo diabetes, levando uma vida normal.

Outras pessoas demonstram um viver “sufocante”, podendo estar relacionado a falta de apoio da família e, em consequência, vêem como muito difícil a manutenção da dieta, o rigor e a disciplina que muitos lhe cobram.

Percebemos uma noção gradual de mudança em algumas pessoas que disseram saber da importância da mudança dos hábitos de vida, porém, vale salientar que cada um tem o seu tempo e, todos devem ser respeitados por isso. Neste estudo a noção de mudança é fortemente estimulada pela convivência em grupo.

A necessidade de grupo é percebida como um sentimento de necessidade que proporciona melhoria da condição de saúde. O grupo pode contribuir, de forma significativa, para esta melhoria uma vez que o fato de vivenciar outras experiências contribui neste processo de aceitação.

Algumas pessoas adquirem o discernimento das coisas e conseguem conviver melhor com o diabetes, aceitando suas imposições e limites e entendendo esse processo como busca de qualidade de vida. Em outras pessoas, pude perceber no seu desabafo, a consciência do viver bem e esse processo tornou-se possível, através da adoção de medidas de disciplina, o que proporciona melhora geral de seu estado de saúde, sem necessariamente, ter que afastar-se da vida social, o que torna a pessoa mais comunicativa, menos estressada e mais alegre enquanto convive com um determinado grupo social.

Os sentimentos acima descritos, possibilitaram que a arte de cuidar em enfermagem, neste estudo, fosse construída à partir das vivências relatadas no grupo. Conforme preconiza Mello Filho et al (2000), a articulação de um grupo possibilita o pensar sobre suas experiências emocionais, as idéias e os sentimentos.

O trabalho com o grupo de convivência contribuiu para evidenciar que o compartilhar de experiências auxilia no enfrentamento de viver em condição crônica de saúde e possibilitou, também, refletir sobre o pensar entre o ser saudável e o ser doente. As maneiras para auxiliar as pessoas, no conhecimento

sobre o diabetes, devem incluir a troca de experiências, em um processo contínuo de mútuo crescimento, mediatizado pela tomada de consciência e percepção da realidade.

A investigação efetuada para responder a questão: "Como as pessoas com diabetes mellitus percebem o processo de aceitação de sua condição crônica de saúde?", permitiu compreender que o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus inclui quatro etapas, que foram assim denominadas: A descoberta foi horrível; Conviver é difícil; Mas tem que acostumar; Viver bem com diabetes é possível. Essas etapas, em alguns momentos, seguem uma seqüência e, em outros, se sobrepõem.

Com relação à etapa de que "Conviver com diabetes é difícil", o enfermeiro precisa reconhecer que dificuldades a pessoa está enfrentando, lembrando que discutir alternativas pode ajudar no processo de aceitação. Outra abordagem necessária é a importância da conscientização em conhecer mais sobre o diabetes mellitus e o seu tratamento, evidenciando como este conhecimento lhe permitirá maior autonomia nas escolhas que faz, tornando-as mais fundamentadas.

Na etapa denominada "Mas tem que acostumar", o enfermeiro pode contribuir na tomada de consciência e percepção da realidade através das alternativas disponibilizadas, pelo conhecimento, sobre o diabetes mellitus. A imposição de tomada de decisões não contribui para que o enfrentamento da realidade seja mais ameno. É preciso que ocorram negociações e que a pessoa sinta-se possibilitada de tomar decisões sobre si própria.

Entendendo que "Viver bem com diabetes é possível", a pessoa poderá traçar medidas de ações, que promovam sua saúde e bem estar, sendo que o enfermeiro poderá ser o facilitador desse processo.

A compreensão das etapas que a pessoa passa, ao descobrir que tem uma doença crônica, permite, à enfermagem, uma atuação que considere e respeite os momentos vividos pela pessoa.

É preciso pensarmos em diferentes maneiras de abordagem, no tratamento das pessoas com diabetes. Não basta apenas tratarmos a doença como uma

entidade e nos esquecermos que existe uma pessoa envolvida no processo e que possui sua maneira própria de pensar e agir.

O enfermeiro pode auxiliar no processo de modificar a percepção da pessoa que descobriu algo que é "horrível" com o qual precisa conviver constantemente. Esse auxílio pode vir através da forma como o diagnóstico é colocado para a pessoa, que geralmente tem informações segmentadas e que nem sempre correspondem à situação em que ela se encontra. Isso significa a necessidade de um processo de informação para a população, de maneira mais ampliada.

Cabe a enfermagem procurar técnicas ou alternativas que possibilitem uma assistência mais humanizada, onde o objetivo seja promover qualidade de vida e saúde. O trabalho em grupo na Enfermagem contribui, de forma significativa, para o entendimento do viver de cada um, possibilitando uma humanização da assistência, através da interação e troca.

O processo educativo sucedeu-se entre educador e educando, o que possibilitou uma percepção das limitações e do tempo de cada um. A auto valorização parece ser um forte colaborador no viver com diabetes e a decisão de executar ações de autocuidado, segundo este estudo, parece sempre partir inicialmente da pessoa diretamente afetada, sendo que o enfermeiro apenas atua como um mediador deste processo.

Ancorada em Orem, acredito que os seres humanos possuem potencial para aprendizagem e desenvolvimento de ações, que visem qualidade de vida.

A compreensão do processo de aceitação do diabetes mellitus contribuiu para que as pessoas do grupo de convivência, com o qual trabalhei, tivessem uma relação dialógica, sucedida ao longo dos encontros, que considero como tendo sido proveitosa, uma vez que as pessoas tornaram-se mais críticas e curiosas em relação ao viver com diabetes mellitus. Conseguimos estreitar as relações e adquirir maior cumplicidade, confiança e companheirismo. Um fator bastante preponderante foi a questão de eu ser diabética, sendo que isso gerou uma certa cumplicidade entre mim e os membros do grupo.

Minha compreensão do processo de aceitação do viver com diabetes foi ampliada pela vivência com o outro e, inevitavelmente, tive uma redefinição de valores.

A prática educativa, através da percepção do que é viver com diabetes, tentou sempre mostrar que somos autogestores de nossa saúde e, portanto, livres. Neste contexto, penso que o autocuidado está diretamente relacionado com a vontade de apreender as formas para controlar a doença. De acordo com este estudo, é através de uma educação sem imposições que conseguiremos proporcionar saúde e uma melhor aceitação da condição crônica. Essa melhor aceitação envolve, não só a pessoa com diabetes, como também o profissional de saúde que participa desta construção de um viver mais saudável, obtidos através de cuidados executados pelo indivíduo, auxiliado e orientado no como fazer.

Orem apud George (1993) afirma que seres humanos diferem das outras coisas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmos. Portanto, cabe a cada um pensar sobre si próprio e suas ações, procurando compreender que a vida é cheia de possibilidades e limites.

Este estudo, no que se refere ao ensino em enfermagem, pretende mostrar que o trabalho em grupo, em situações crônicas de saúde, pode contribuir na construção de um viver mais saudável. Baseada em Orem e sua Teoria Geral do Auto Cuidado, acredito que poderemos atuar como mediadores deste processo educativo.

Dentro do ensino de enfermagem, o processo de aceitação pode ser incluído nos diferentes níveis de formação, contribuindo para a qualificação da assistência. Estudar como ocorre o processo de aceitação de uma condição crônica de saúde, em uma pessoa ou num grupo de pessoas, parece bastante amplo e complexo, o que requer flexibilidade da enfermagem para estruturar uma assistência mais humanizada.

O trabalho trouxe, como outra contribuição, a percepção de que a educação em saúde em grupo possibilita a construção de um viver mais saudável. Nessa prática de troca de vivências, é possível entender melhor o universo das pessoas com diabetes e, assim, propor alternativas de assistência, sempre em

conjunto com as pessoas diretamente envolvidas neste processo. Aprender e ensinar foram processos que ocorreram juntos.

Este trabalho pretende abrir novas perspectivas de investigação, ao apontar um processo organizado em etapas, que merece ser aprofundado e ampliado em novos estudos, pois levanta questões sobre uma perspectiva inicial negativa do viver com diabetes mellitus, mas que se dirige para uma aceitação mais plena e harmônica.

Percebi que a construção do conhecimento é um processo contínuo, uma vez que a pessoa com uma condição crônica de saúde necessita compreender as mudanças que ocorrem em si mesma, para enfrentar o seu cotidiano e obter uma boa qualidade de vida. O discernimento dos fatos implica em descobrir o sentido da existência, que é emergência contínua de transcender o passado e o presente em direção ao futuro.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Hélio Ricardo. **Consciência e opressão**: sobre alguns temas em Paulo Freire- Momento:Rio Grande, nº 13, p.95-106, 2000.

ANDREOLA, Balduino A. **Dinâmica de Grupo**: jogo da vida e didática do futuro. Petrópolis, Vozes, 1996.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Psicoterapia Existencial**. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1993.

ALVA, María I. **Si me concederan três deseos para dismiuir el costo de la ignorancia**. In: Organización Panamericana de la Salud- Disminuamos el costo de la ignorancia: educacion sobre diabetes. Washington: OPS, pg: 72-73, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº7 – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Meilitus**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. **Diabetes meilitus**: guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças crônicas degenerativas. **Manual de Diabetes**. Brasília: 1993.

BORCK, Márcia, CAVADA, Cláudio. **Cuidado de enfermagem em um sistema de apoio-educação ao cliente diabético a nível terciário com contra-referência no município de Pelotas**. Pelotas, 1998. Monografia (Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia , UFPEL.

CACCAVO, Paulo Vaccari. A arte da Enfermagem: Efêmera, graciosa e perene. **Rev. Texto e Contexto- Enfermagem**. Florianópolis, v.6, n. 3, p. 9-28, set./dez. 1997.

- CAMPEDELLI, Maria C., et al **Processo de Enfermagem na Prática**. São Paulo: Ática, 1989.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 1ª ed, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.
- CECIL, Russell L. **Tratado de medicina interna**. 20ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- CORREIA, José, FIGUEIREDO, Maria, MONTEIRO, Maria. Adulto diabético: o que ensinar. **Revista Nursing**, v.9, nº.97, p. 18-20, fev, 1996.
- CORREIA, Manuel L., et al, Adulto diabético: o que ensinar. **Revista Nursing**, nº 97, p. 18-20, ano 9, fev, 1996
- COSTA, Arual Augusto, NETO, João Sérgio de Almeida. **Manual de diabetes: alimentação, medicação e exercícios**. São Paulo: Sarvier, 1994
- DAMASCENO, Marta. **O existir do diabético:- da fenomenologia à enfermagem**. Fortaleza: FCPC, 1997.
- DAMASCENO, Marta, ARAÚJO, Thelma L. De, FERNANDES, Ana F. C. **Transtornos vitais do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardio vasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase**. Fortaleza: FCPC, 1999.
- DAMASCENO, Marta, ROCHA, Terezinha, LINO, Regina et al. Problemas identificados na clientela diabética: análise quantiquantitativa. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 19-28, mai/1995.
- DIAS, Lygia P. M, TRENTINI, Mercedes, SILVA, Denise M. G.V. da. Grupos de convivência: uma alternativa instrumental para a prática da enfermagem. **Rev. Texto e Contexto- Enfermagem**. Florianópolis, v.4, n. 1, p. 83-92, jan./jun. 1995.
- EGÍDIO, José. OMS alerta: diabetes está se tornando uma epidemia generalizada. **Revista Realidade Hospitalar**. Glaxo Wellcome, 1997.
- EGRY, Emiko Y. **Saúde coletiva: Construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.
- EWALD, Gregory A., MCKENZIE, Clark R., **Manual de terapêutica clínica**. 28ª ed: Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1995.
- FERREIRA, Aurélio. **Dicionário Aurélio escolar da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- FRANCIONI, Fabiane F.; et al. **Grupos como estratégia para desenvolver educação em saúde na enfermagem**. Trabalho desenvolvido na disciplina Projeto articulado de Pesquisa, Florianópolis: UFSC, jul, 2001.
- FREIRE, Paulo. **Conscientização**. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980, a.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional dos Editores de Livros, 1980,b.

\_\_\_\_\_. **Ação Cultural para a Liberdade e Outros Escritos**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

\_\_\_\_\_. **Educação e Mudança**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional dos Editores de Livros, 1981.

FREIRE, Madalena. O que é um grupo. In: -GROSSI, Esther Pillar, BORDIN, Jussara. **Paixão de Aprender**. 7ª ed: Petrópolis: Vozes, 1995.

GARRAFA, Volnei. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1995.

GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas,

Tradução: Regina Machado Garces, 1993.

GUYTON, Arthur C., HALL, John. **Tratado de fisiologia médica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

IDE, Cilene, CHAVES, Eliane. A intervenção do enfermeiro na assistência ao diabético. **Revista Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 26, n.2 p. 187-204, ago/1992.

LACROIX, Anne; ASSAL, Jean-Philippe. **Therapeutic Education of patients**. Paris, Éditions Vigot, 2000.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem- Instrumentos para a Prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LUCE, Margareta. et al O preparo para o auto cuidado do cliente diabético e família. **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 137-52, ago, 1991.

LUNARDI, Valéria Lerch. **A ética como cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Florianópolis: Editora e Gráfica Universitária- UFPEL, 1999.

LUNDSTROM, R. N; MORDES, M. D; ROSSINI, M. D. Diabetes Handbook. Complicaciones de la diabetes. 1997. Disponibilizado em <http://www.ummed.Edu/dept.diabetes/spanishhandbook>. Acesso em março, 2002.

MALERBI, Domingos A., **Evolução crônica do diabetes mal controlado**. In: Atualização em diabetes do tipo 2 para o clínico não especialista. São Paulo- SP, fascículo 2. março, 1998.

MARTINS, Margareth Linhares. **Ensinando e aprendendo, em grupo, a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas**. Florianópolis: UFSC, 1995, 165p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) PEN/UFSC.

- MELLO FILHO, Júlio de. **Grupo e Corpo: Psicoterapia de grupos com pacientes somáticos.** Artes Médicas, Porto Alegre: 2000.
- MIRANDA, Simão de. **Oficina de dinâmica de grupos: para empresas, escolas e grupos comunitários.** Vol. II, Campinas: Papyrus, 2000.
- MOURA, Demócrito. **Saúde não se dá: conquista-se.** [ S. L.]: HUCITEC, 198 [?].
- MUNARI, Denize B., RODRIGUES, Antonia Regina F. **Enfermagem e grupos.** Goiânia: AB, 1997.
- MUNÓZ, L. A. et al. Vivenciando la enfermedad y el cuidado en el ser diabético. **Revista Ciencia y Enfermería**, vol. IV, p. 89-98, 1998.
- NITSHCKE, Rosane G., et al. Família saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. **Revista Texto e Contexto- Enfermagem.** Florianópolis, v. 1, n.2, jul./dez. P.152-166. 1992.
- NITSHCKE, Rosane. **Mundo imagina de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos.** Florianópolis;UFSC, 1999. Dissertação de Doutorado em filosofia da Enfermagem. PEN/UFSC.
- NORONHA, R. Experiência participativa mobilizadora de enfermagem: condições prévias para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.39, n.1, p.34-35, jan/mar. 1986.
- OLIVIERI, Durval Pessoa. **O "Ser doente"- Dimensão Humana na Formação do Profissional de Saúde.** São Paulo: Vozes, 1985.
- OREM, Dorothea E. **Nursing: concepts of practice.** 5.th.ed. New York: Mosby-Year Book, 1995.
- PEDROSA, Hermelinda C. et al **O desafio do projeto salvando o pé diabético.** In: Terapêutica em diabetes. Boletim médico do Centro B-D de educação em diabetes. São Paulo- SP, pg: 10. ano 4, nº 19, mai/jun/jul, 1998.
- POLAK, Ymiracy N. De Souza. **A Corporeidade como Resgate do Humano na Enfermagem.** Florianópolis, Editora e Gráfica Universitária- UFPEL, 1997.
- RAMOS, Flávia R., **Por quê a ética e prática assistencial de enfermagem? Uma motivação.** Texto apresentado na disciplina de prática assistencial, Florianópolis, UFSC, mar- jun, 2001.
- SANTANA, Maria da Glória. **O corpo do ser diabético: significados e subjetividades.** Florianópolis: Editora e Gráfica Unoversitária- UFPEL, 2000.
- SELIGMAN, Martin E. P. **O que você pode e o que você não pode mudar.** Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

SILVA, Denise M. Guerreiro Vieira da, **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais.** Florianópolis, ed: UFSC, 2001.

SMELTZER, Suzane C., BARE, Brenda G., **Brunner/Suddarth. Tratado de enfermagem médico- cirúrgico.** 7ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1994.

STORK, Ricardo Yepes. **Fundamentos de antropología: un ideal de la excelencia humana.** 2ª ed:Pámlona: 1997.

TRENTINI, Mercedes, SILVA, Denise, M. G. V. Da. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Revista Texto e Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 1, n.2, p. 76-88, jun./dez.1992.

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial.** Florianópolis: UFSC, 1999, a.

\_\_\_\_\_,Ser mais- uma possibilidade de promover saúde pela prática educativa. **ACTA, Escola Paulista de Enfemagem, São Paulo,** v.2, n.2, 1997, b.

TOMEY, Ann Marriner. **Modelos y Teorias en Enfermeria.** 3ª ed. Madri: Harcourt Brace Madrid – España 3ª ed 1992.

VALLE, Procópio do. **Aprenda a viver com seu diabetes** Rio de Janeiro: Ediouro, 1994.

ZIMERMAN, David E., OSORIO. Luiz Carlos. **Como trabalhamos em grupos.** Artes Médicas: Porto Alegre, 1997.

WALDOW, Vera R. **O resgate necessário.** 2ª ed.,Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

## **8 ANEXO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, .....abaixo assinado,  
declaro através deste instrumento, meu consentimento para participar como  
sujeito da pesquisa: "*Grupo de convivência: uma alternativa para o processo de  
aceitação do viver com diabetes mellitus*". Declaro ainda, que estou ciente de  
seus objetivos e métodos, inclusive o uso do gravador, bem como de meu direito  
de desistir a qualquer momento.

Nome:.....

Assinatura:.....

Florianópolis, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento a respeito da pesquisa,  
poderá ser obtida junto ao pesquisador.

**Pesquisadora responsável: Enf<sup>a</sup> Mda. Fabiane Ferreira Francioni**

**Coren/SC 84258**

Endereço: UFSC- Centro de Ciências da Saúde- Departamento de Pós  
Graduação em Enfermagem-  
Campus Universitário- Trindade, Florianópolis/ SC.  
Telefone: (048) 331 9399