

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

NUNILA FERREIRA DE OLIVEIRA

**Grupo de apoio: espaço para novas conversas acerca do Diabetes
Mellitus**

**Ribeirão Preto
2010**

NUNILA FERREIRA DE OLIVEIRA

**Grupo de apoio: espaço para novas conversas acerca do Diabetes
Mellitus**

Ribeirão Preto

2010

NUNILA FERREIRA DE OLIVEIRA

Grupo de apoio: espaço para novas conversas acerca do Diabetes Mellitus

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas

Orientador: Profa. Dra. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

Ribeirão Preto

2010

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Nunila Ferreira

Grupo de apoio: espaço para novas conversas acerca do Diabetes Mellitus. Ribeirão Preto, 2010.

135 p.: il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP.

Orientador: Souza, Maria Conceição Bernardo de Mello

1. Enfermagem. 2. Processos Grupais. 3. Diabetes Mellitus.

NUNILA FERREIRA DE OLIVEIRA

Grupo de apoio: espaço para novas conversas acerca do Diabetes Mellitus

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do Título de Mestre em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em...../ /..... .

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

*Adaiton, Nilda, Karemmme, Pabline,
Adaiton Filho e Fernando.
Dedico esta dissertação a vocês que
são co-autores dessa conquista,
na medida em que fazem parte
do que sou e do que pretendo ser.*

AGRADECIMENTOS

Felizmente e infelizmente tenho muitas pessoas a agradecer. Felizmente porque assim, percebo o quanto sou agraciada pela presença de tantas pessoas interessantes e importantes em minha vida, que me compõem, me afetam e me permitem crescer a cada dia. Infelizmente porque tenho a certeza de que não conseguirei contemplar todas elas nessas poucas linhas, que burocraticamente, mas necessariamente, me fazem ser resumida, caso contrário temo que essa dissertação teria um número bem maior de páginas...

A seguir passo aos agradecimentos às pessoas, que, de tão marcantes não poderiam deixar de ser citadas, ora nominalmente, ora enquanto componentes de grupos igualmente importantes.

Aos meus pais, Nilda e Adaiton que são os maiores responsáveis por mais essa conquista. Os dois sempre apostaram nos estudos enquanto fonte de nossa independência e trabalham incansavelmente e incessantemente para tal. Engraçado como a cada dia percebo, nos mais sutis detalhes do meu eu a presença marcante de vocês. Sonho para conseguir construir uma família tão bonita quanto vocês conseguiram.

Aos meus irmãos, Karemmme, Pabline e Adaiton Filho. Vocês me fizeram crescer numa casa cheia e, na maioria do tempo, divertida. Como irmã mais velha posso ter sido às vezes chata ou careta, mas sei que vocês me amam mesmo assim, como eu amo vocês...

Ao Fernando, meu companheiro. Sua presença é divisora de águas em minha vida. Depois de você o mundo fez mais sentido e a vida se transformou numa dádiva ainda mais maravilhosa. Você é um presente de Deus! Te agradeço por me dar força a cada dia para alcançar os meus sonhos, por mais altos que eles sejam...

Aos meus familiares, maternos, paternos e os que ganhei do Fernando. De tantos que são, prefiro não citar nomes pela grande possibilidade de ser injusta. Agradeço pelas inúmeras demonstrações de apreço e bem querer, em forma de favores, de abraços aconchegantes, de olhares atentos, de orações fervorosas, de preocupações, de boas energias, de comidinhas gostosas, de conversas em volta da mesa, de brincadeiras, de café quentinho, de risadas gostosas...

À Denize, que costumo dizer que é minha “mãe na enfermagem”, que ensinou muitas coisas, teóricas e práticas, da Iniciação Científica e da vida, me ajudou a crescer e enfim... Demonstrou muito carinho, quando me deixou voar pra mais alto e mais longe para aprender ainda mais e continuar o caminho que me ajudou a trilhar.

À Conceição, minha orientadora, que me acolheu de braços abertos em Ribeirão Preto e além de seguir comigo durante essa trajetória, me ensinou o posicionamento docente mais respeitoso que conheci até hoje, respeitou com carinho os meus limites, teve paciência para trilhar junto comigo toda a trajetória do mestrado como uma companheira muito especial. Obrigada!

À equipe da Casa 5. Procurei esse local para realizar a coleta de dados da pesquisa e, logo que iniciei as atividades fui acolhida de braços abertos e com muito

carinho. Enquanto acompanhei as atividades, me senti membro da equipe, de muitos anos de casa... Agradeço especialmente à Profa Zanetti, por ter permitido a minha inserção no campo, ao Prof. Manoel por me aceitar enquanto sua parceira de trabalho, na co-coordenação do “grupo da psicologia” e acreditar no meu trabalho. À Camila Ribas e Valmir por terem me acompanhado durante as sessões do grupo. E às demais pessoas da equipe, não arriscarei nomear como precaução para não cometer a injustiça de esquecer alguém.

Aos participantes do Grupo de Apoio Psicológico que me permitiram publicar os seus valiosos relatos para a elaboração desta dissertação. Foi muito bom estar com vocês, poetas, artistas, psicólogos na arte da vida...

À CAPES por ter me proporcionado a bolsa de estudos que foi essencial para a minha manutenção durante o Mestrado. E à USP, pela importante iniciativa de oferecer uma moradia para alunos de pós-graduação. Sem esses auxílios certamente teria sido impossível trilhar todo esse caminho.

Às pessoas da Casa 12, onde morei durante a maior parte do tempo do mestrado. A companhia de vocês foi muito importante para que a solidão não ficasse muito próxima nem muito distante de mim. Cresci muito enquanto estive com vocês... Agradeço em especial à Naty e Vânia pela amizade, sensibilidade, carinho e cuidado.

Aos amigos que fiz em Ribeirão Preto, pessoas interessantes que, depois de muitos encontros, partilhas, fazem parte de mim: Nati, Vânia, Gabriela, Tiago, Karlianne, Camila Landim, Vivian, Tayana, Carol, Vanessa, Cris... E os queridos amigos de Goiânia, que agora os vejo pouco, mas carrego sempre nas lembranças e no coração: Letícia, Sheila, Sara, Diego, Marina, Maria Clara... E aos amigos que vieram no pacote, junto com o Fernando: Ricardo, João, Marcelo, Régis, Salomão, Café, Moisés...

Às pessoas e grupos com os quais me aproximei por meio da Monitoria: Silvana, Silvia, Cinira, Zezé, Cris, Vanessa, Carol, Débora, Márcia, Zezé Clapis, Carol Scarpel, Aline, Mônica, funcionários das unidades de saúde, alunos de graduação e muitos, muitos outros. Vocês representam um período de muito aprendizado em minha vida... E de muitas alegrias e companheirismo.

Aos funcionários que, dia após dia me presentearam com bons dias calorosos, sorrisos, presença. Faço questão de nomear alguns, muito especiais: Lourdes e Eduardo (Apoio Bibliográfico), Otaídes, Cidinha, Seu José, Izete (Portaria), Lélis e Ivani (Seção de Apoio Cultural), Wellington e Sônia (Seção de Graduação), funcionários e professores do CEFER.

Com a certeza de que esqueci muitas pessoas, que me vêm à memória a cada vez que paro para escrever, encerro estes agradecimentos, lembrando a importância e o valor de se parar para pensar nas pessoas queridas e que fazem a vida ser vida, esse “lugar” é o pior para se fazer isso, o espaço é curto e as teclas são frias. Melhor fazê-lo pessoalmente e ao longo dos caminhos trilhados dia após dia.

*Eu não sou você
Você não é eu*

*Eu não sou você
Você não é eu*

*Mas sei muito de mim
Vivendo com você.
E você, sabe muito de você vivendo comigo?*

*Eu não sou você
Você não é eu.*

*Mas encontrei comigo e me vi
Enquanto olhava pra você*

*Na sua, minha, insegurança
Na sua, minha, desconfiança
Na sua, minha, competição
Na sua, minha, birra infantil
Na sua, minha, omissão
Na sua, minha, firmeza
Na sua, minha, impaciência
Na sua, minha, prepotência
Na sua, minha, fragilidade doce
Na sua, minha, mudez aterrorizada*

*E você se encontrou e se viu, enquanto
Olhava pra mim?*

*Eu não sou você
Você não é eu.*

*Mas foi vivendo minha solidão
Que conversei com você.
E você conversou comigo na sua solidão
Ou fugiu dela, de mim e de você?*

*Eu não sou você
Você não é eu*

*Mas sou mais eu, quando consigo
Lhe ver, porque você me reflete
No que eu ainda sou
No que já sou e
No que quero vir a ser...*

*Eu não sou você
Você não é eu*

*Mas somos um grupo, enquanto
Somos capazes de, diferenciadamente,
Eu ser eu, vivendo com você e
Você ser você, vivendo comigo.*

Madalena Freire

“Senti o susto na sua voz ao telefone. Você descobriu que está doente de um jeito diferente, como nunca esteve. Há jeitos de estar doente, de acordo com os jeitos da doença. Algumas doenças são visitas: chegam sem avisar, perturbam a paz da casa e se vão. É o caso de uma perna quebrada, de uma apendicite, de um resfriado, de um sarampo. Passado o tempo certo, a doença arruma a mala e diz adeus. E tudo volta como sempre foi.

Outras doenças vêm pra ficar. E é inútil reclamar. Se vêm pra ficar é preciso fazer com elas o que a gente faria caso alguém se mudasse definitivamente para a nossa casa: arrumar as coisas da melhor maneira possível para que a convivência não seja dolorosa. Quem sabe pode até tirar algum proveito da situação?”

Rubem Alves

RESUMO

OLIVEIRA, N. F. **Grupo de apoio: espaço para novas conversas acerca do Diabetes Mellitus.** 2010. 135 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Diante da crescente prevalência do Diabetes Mellitus (DM) na população mundial, a educação em saúde tem sido foco de estudos que buscam estratégias para a efetivação do autocuidado por parte de pessoas que possuem essa doença. O presente estudo foi realizado no contexto das atividades de um Centro de Pesquisa e Extensão Universitário, onde são realizadas atividades educativas em grupo para pessoas com DM, por meio de equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e educadores físicos. O objetivo foi investigar as contribuições de um grupo de apoio na aprendizagem voltada para o autocuidado em Diabetes, segundo os participantes. A coleta de dados foi realizada durante seis meses, com audiogravação de quatro reuniões coordenadas por três psicólogos e uma enfermeira, em que participaram 16 pessoas. Os dados foram transcritos e submetidos à análise temática, dos quais emergiram as seguintes categorias: Faço parte de um serviço de apoio em Diabetes; Tenho diabetes, sentimentos e desafios relacionados à doença; Desmistificando a singularidade: o poder das trocas de experiências no grupo e Avaliações realizadas pelos participantes durante as sessões grupais. As três primeiras foram divididas em subcategorias que possibilitaram uma maior exploração dos temas abordados. Nos encontros emergiram demandas emocionais dos participantes frente ao DM e seu tratamento, principalmente quanto à mudança de hábitos. Os participantes problematizaram e discutiram as recomendações dos profissionais, produzindo coletivamente formas de enfrentamento da doença. Percebemos o desenvolvimento do grupo ao longo dos encontros. Mudanças se apresentaram tanto em termos do processo grupal, quanto com relação à progressiva apropriação de conhecimentos e incorporação de novas atitudes frente ao DM.

Palavras-chave: Enfermagem. Processos Grupais. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

OLIVEIRA, N. F. **Support group: space for new conversations about Diabetes Mellitus.** 2010. 135 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Given the increasing prevalence of Diabetes Mellitus (DM) in the world population, health education has been the focus of studies seeking strategies for effective self-care by people who have this illness. The present study was conducted in the context of the activities of a University Centre for Research and Extension, where educational activities are conducted in a group for people with diabetes through multidisciplinary team, comprising nurses, psychologists, dietitians and physical trainers. The objective was to investigate the contributions of a support group in learning for self-care in diabetes, according to participants. Data collection was performed during six months, with four audio recording of meetings coordinated by three psychologists and a nurse, attended by 16 persons. The data were transcribed and subjected to thematic analysis, from which emerged the following categories: I belong to a support service in diabetes; I'm a diabetic, feelings and challenges related to illness; Demystifying the singularity: the power of exchanging experience in group and assessments made by participants during the group sessions. The first three were divided into subcategories that enabled a greater exploration of the themes. In these meetings have emerged emotional demands of the participants about the DM and its treatment, especially regarding the change of habits. Participants problematized and discussed the professionals recommendations, collectively producing forms of fighting the illness. We perceive the group's development over the meetings. Changes are presented in terms of group process, as compared with the gradual acquisition of knowledge and incorporation of new attitudes toward DM

Keywords: Nursing. Group processes. Diabetes mellitus.

RESUMEN

OLIVEIRA, N.F. **Grupo de apoyo: espacio para nuevas conversaciones sobre la Diabetes Mellitus.** 2010. 135 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Frente a la creciente prevalencia de la Diabetes Mellitus (DM) en la población mundial, la educación en salud ha sido el foco de estudios que buscan estrategias para la eficacia del auto-cuidado de las personas que tienen esta enfermedad. Este estudio se realizó en el contexto de las actividades de un Centro de Investigación y Extensión de la Universidad, donde se llevan a cabo actividades educativas en un grupo de personas con DM a través del equipo multidisciplinario, que incluye enfermeras, psicólogos, nutricionistas y educadores físicos. El objetivo fue investigar los aportes de un grupo de apoyo en el aprendizaje para el autocuidado en Diabetes, según los participantes. La recolección de datos se realizó durante seis meses, con grabación de audio de cuatro reuniones coordinadas por tres psicólogos y una enfermera, en las cuales participaron 16 personas. Los datos fueron transcritos y sometidos al análisis temático, de las que surgieron las siguientes categorías: Yo pertenezco a un servicio de apoyo en diabetes; Tengo diabetes!- sentimientos y desafíos relacionados con la enfermedad; Desmitificando la singularidad: el poder del intercambio de experiencias en el grupo y Evaluaciones realizadas por los participantes durante las sesiones grupales. Las tres primeras fueron divididas en subcategorías que permiten una mayor exploración de los temas. En las reuniones surgieron demandas emocionales de los participantes frente a DM y su tratamiento, especialmente en relación con el cambio de hábitos. Los participantes problematizaron y discutieron las recomendaciones de los profesionales, produciendo colectivamente formas de enfrentar la enfermedad. Hemos percibido el desarrollo del grupo durante las sesiones. Modificaciones se presentaron tanto en términos del proceso de grupo, cuanto en relación a la adquisición gradual de conocimientos e la incorporación de nuevas actitudes frente a DM.

Palabras - clave: Enfermería. Procesos de grupo. Diabetes mellitus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Comparação das características de grupos de longa e curta duração (Guimón, 2002)	31
Figura 1- Inserção do GED no contexto acadêmico.....	50
Figura 2- Funcionamento das atividades do GED – 2º semestre/2008.....	51
Quadro 2 - Atendimento GED mensal – conformação de 4 grupos	53
Quadro 3 - Atendimento GED mensal (segundo semestre de 2008 - conformação de um grupo).....	53
Quadro 4 - Frequência dos participantes no Grupo de Apoio Psicológico	58
Quadro 5 - Atendimento oferecido no CEEAI – segundo semestre de 2008.	61

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CEEAI	Centro de Enfermagem para Educação de Adultos e Idosos
DM	Diabetes Mellitus
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FFCLRP	Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto
GED	Grupo de Educação em Diabetes
GAP	Grupo de Apoio Psicológico
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	18
2.OBJETIVO	24
3.REVISÃO DA LITERATURA	26
3.1 GRUPO: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E UTILIZAÇÃO COMO RECURSO TERAPÊUTICO	26
3.2 DIABETES MELLITUS E OS DESAFIOS RELACIONADOS À TERAPÊUTICA.....	36
3.3 O GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO A PESSOAS COM DIABETES MELLITUS	40
4. PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1 TIPO DE ESTUDO	49
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	50
4.2.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO GRUPO DE EDUCAÇÃO EM DIABETES.....	52
4.2.2 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO DE PESQUISA E FOCO DE INVESTIGAÇÃO	55
4.2.3 O GRUPO DE APOIO PSICOLÓGICO.....	55
4.3. SUJEITOS DO ESTUDO	58
4.4 COLETA DE DADOS.....	59
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	61
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	62
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1 FAÇO PARTE DE UM SERVIÇO DE APOIO EM DIABETES!	66
5.1.1 FORMAS DE APROXIMAÇÃO DO CEEAI	66
5.1.2 EXPECTATIVAS DIANTE DA POSSIBILIDADE DE APOIO	70
5.2 TENHO DIABETES! – SENTIMENTOS E DESAFIOS RELACIONADOS À DOENÇA.....	75
5.2.1 A PARTIR DO DIAGNÓSTICO A CONVIVÊNCIA COM O DIABETES SE FEZ NECESSÁRIA.....	76
5.2.2 MUDANÇA DE HÁBITOS: A REPRESENTAÇÃO DO DIABETES NO COTIDIANO	82
5.2.3 E NO CURSO DA VIDA... ALÉM DO DIABETES, OUTROS DESAFIOS!	93
5.3 DESMISTIFICANDO A SINGULARIDADE: O PODER DAS TROCAS DE EXPERIÊNCIAS NO GRUPO	95
5.3.1 A CONSTRUÇÃO DE NOVAS PERCEPÇÕES ACERCA DO DIABETES A PARTIR DAS INTERAÇÕES GRUPAIS.....	96
5.3.2 A IMPLICAÇÃO COM O OUTRO: ENFRENTAMENTO COLETIVO DO DIABETES.....	103
5.4 AVALIAÇÕES REALIZADAS PELOS PARTICIPANTES DURANTE AS SESSÕES GRUPAIS	107
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	121
APÊNDICE	133
ANEXO	135

1. INTRODUÇÃO

1.INTRODUÇÃO

Os homens, sendo sujeitos das leis biológicas da mesma forma que os demais seres vivos, se organizam em grupos e tendem a interagir para enfrentar os desafios da vida (O’GORMAN; SHELDON; WILSON, 2008). A característica de ser gregário é inerente ao ser humano, porém a utilização de grupos como forma de intervenção em locais específicos e com objetivos pré-determinados é relativamente recente (OSÓRIO, 2000).

No início do século XX encontramos os primeiros relatos de trabalhos com grupos realizados como experiências empíricas cujos resultados benéficos estimularam o aprofundamento de estudos nessa modalidade de conhecimento que desencadeou na sua expansão e reconhecimento como estratégia de intervenção.

Ao longo dos anos, os constructos teóricos que fundamentam as práticas de grupo se expandiram por meio de estudos como de Pratt, Freud, Moreno, Lewin, Folkes, Pichon Rivière e Bion, que contribuíram para a compreensão dos fenômenos grupais (BAREMBLITT, 1986; OSÓRIO et al., 1986; ZIMERMAN et al., 1997).

No processo histórico de trabalho do enfermeiro no Brasil, o grupo passou a ser utilizado, conjuntamente com outras estratégias, com o objetivo inicial de controlar o aparecimento de doenças na população, a partir do movimento de introdução das práticas de Saúde Coletiva. Esse movimento passou a exigir dos profissionais conhecimentos que ultrapassavam o saber anátomo-fisiológico (ALMEIDA; ROCHA, 1997; MUNARI; FUREGATO, 2003).

Almeida e Rocha (1997, p. 24) reiteram a inclusão de outros saberes na prática do enfermeiro, em superação à abordagem biologicista, afirmando que “as práticas em saúde articuladas ao modo de produção, às políticas sociais, partem de um processo de trabalho histórico, coletivo, organizado socialmente para atender aos carecimentos sociais”.

Com a configuração de novos modelos e práticas em resposta às mudanças inerentes ao processo de trabalho em saúde, a coordenação de grupos é parte do trabalho do enfermeiro, no cotidiano da assistência ou utilizada como ferramenta para o gerenciamento de recursos humanos, além de outras possibilidades de trabalho coletivo.

Introdução

A literatura confirma a dimensão da utilização das atividades grupais pelo enfermeiro ao apresentar estudos em que essa estratégia é citada como norteadora de práticas em contextos e com objetivos diversos como: psicoterapia com estudantes de enfermagem (SCHERER; SCHERER; CARVALHO, 2007), suporte no enfrentamento a doenças ou adaptação a terapêuticas específicas (PEREIRA; PELÁ, 2006; SANTOS et al., 2007; DURÃO; SOUZA; MIASSO, 2007), execução de pesquisas (GONÇALVES et al., 2007), educação em saúde e suporte a pessoas com algum tipo de condição crônica (COSTA; MUNARI, 2004; GALLEGOS; OVALLE-BERÚMEN; GOMEZ-MEZA, 2006; RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006), dentre outros.

O grupo como estratégia terapêutica vem sendo amplamente utilizado, difundido e pesquisado a partir da percepção de sua eficácia na assistência à saúde e menor custo-efetividade (TEIXEIRA; ZANETTI, 2006).

No âmbito da saúde coletiva no Brasil, as atividades grupais fazem parte do conjunto de ações preconizadas pelo Ministério da Saúde no contexto de alguns dos diferentes programas de atenção para atendimento de populações específicas, como gestantes, adolescentes, pacientes com transtornos psíquicos e pessoas com problemas crônicos de saúde como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (BRASIL, 2001; SILVA et al., 2003; GODOY; MUNARI, 2006).

Nesse sentido, nos reportamos às especificidades de relações obtidas no setting grupal¹, onde a interação e o compartilhamento de experiências possibilitam que a percepção dos membros com relação à doença seja ampliada, levando a um aprendizado alcançado de forma ativa, que auxilia no enfrentamento dos desafios impostos pela doença (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Desta forma, na medida em que o grupo surge como uma oportunidade para a discussão de dificuldades e vivências semelhantes possibilita que as pessoas ampliem a compreensão e o compromisso para assumir mudanças (MUNARI; FUREGATO, 2003; ALMEIDA, 2006). Assim, é comprovado que o trabalho em grupo com pessoas portadoras de condições crônicas com o objetivo de fornecer informações e trocas de experiências estimula o autocuidado (GALLEGOS; OVALLE-BERÚMEN; GOMEZ-MEZA, 2006; RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006).

¹ Setting (enquadre) é conceituado como a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o funcionamento grupal. Conjunto de regras, atitudes e combinações, como por exemplo, local das reuniões, horários, periodicidade, número de participantes entre outros (ZIMERMAN et al., 1997).

Introdução

Com relação à problemática que envolve as condições crônicas, percebemos o desafio de realizar propostas terapêuticas que realmente estimulem os clientes para a mudança consciente dos hábitos de vida. Existe uma necessidade de que as práticas de saúde responsabilizem os próprios pacientes e familiares pelo tratamento. No caso específico do diabetes, 95% do tratamento está centrado na responsabilidade dos pacientes e familiares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Diante do panorama crítico de expansão do DM e dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na capacitação das pessoas para o auto-cuidado, acreditamos no potencial do trabalho em grupos como parte das estratégias de intervenção e reafirmamos a importância de estudos que abordem tais práticas com o objetivo de torná-las cada vez mais assertivas.

A presente pesquisa foi realizada no contexto das atividades de um Centro de Pesquisa e Extensão Universitário, onde há uma equipe multiprofissional (enfermeiros, psicólogos, educadores físicos e nutricionistas) que realiza atendimentos em grupo a pessoas com diabetes, com o objetivo de auxiliá-las no enfrentamento da doença.

A proposta da presente pesquisa foi de investigar entre as pessoas atendidas no GED, as contribuições da participação em um grupo de apoio² para o autocuidado e enfrentamento do diabetes. O trabalho foi organizado em seis partes, com subdivisões em algumas delas para tornar as construções mais didáticas. Apresentamos a seguir, uma breve descrição dos conteúdos dessas diferentes partes:

Na **Introdução** delimitamos o tema do nosso estudo. Para tal, traçamos um panorama da utilização da estratégia grupal enquanto ferramenta de trabalho do enfermeiro, com enfoque para a importância dessa atividade no cuidado a pessoas que possuem DM. Logo em seguida, traçamos o **Objetivo** que norteou esta investigação.

No **Referencial Teórico** desenvolvemos um panorama acerca dos temas cuja convergência aponta para o nosso objeto de estudo: o grupo enquanto ferramenta de cuidado a pessoas com DM. Para tornar a apresentação mais didática, dividimos

² O grupo de apoio é um dos atendimentos oferecidos no acompanhamento realizado às pessoas que possuem Diabetes Mellitus no CEEAI. No capítulo Percursos Metodológicos será apresentada uma caracterização do CEEAI, bem como das atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

Introdução

em três tópicos: 1. Grupo: contextualização histórica e utilização como recurso terapêutico; 2. Diabetes Mellitus e os desafios relacionados à terapêutica e; 3. O grupo como estratégia de intervenção a pessoas com Diabetes Mellitus. Nos dois primeiros tópicos desenvolvemos os temas Grupo e Diabetes separadamente, com o intuito de focalizar essas duas áreas do conhecimento, englobando aspectos históricos, delimitações teóricas, bem como potencialidades referentes ao trabalho com grupos e, quanto ao diabetes, enfocamos aspectos epidemiológicos, cuidados necessários e diferentes possibilidades de intervenção, dentre elas os grupos. Na terceira parte apresentamos um panorama da produção científica da enfermagem brasileira referente a grupos realizados no contexto de atendimento a pessoas que possuem diabetes.

Em seguida descrevemos o **Percurso Metodológico** que direcionou as etapas de execução da presente investigação, incluindo desde os aspectos de planejamento como o contato com o Centro de Pesquisa e Extensão Universitário, forma como foi realizada a coleta de dados, a caracterização dos participantes, aspectos éticos e, por fim, os procedimentos de análise dos dados.

Os **Resultados e Discussão** foram apresentados conjuntamente, sendo direcionados por quatro categorias e respectivas subcategorias temáticas, configuradas a partir da análise dos dados. As categorias foram conformadas numa sequência indicativa do processo de amadurecimento do grupo:

Na primeira categoria: **Faço parte de um serviço de apoio em Diabetes!**, o movimento foi de caracterizar a inserção no serviço e as expectativas dos participantes; na segunda categoria: **Tenho Diabetes! – sentimentos e desafios relacionados à doença**, sobressaíram relatos cuja tendência foi de problematizar o Diabetes, com foco nos desafios e dificuldades inerentes ao seu tratamento; na terceira categoria: **Desmistificando a singularidade: o poder das trocas de experiências no grupo**, é perceptível um posicionamento de enfrentamento coletivo do diabetes entre os participantes que passam a se responsabilizar pelas conquistas e necessidades de cada membro, demonstrando atitudes de cuidado ativas e implicadas. Ao final, na quarta categoria: **Avaliações realizadas pelos participantes durante as sessões grupais** reunimos os relatos referentes às avaliações dos participantes com relação ao semestre de atividades no GED.

Introdução

Finalmente foram desenvolvidas as **Considerações Finais** onde, a partir de um olhar para o estudo como um todo, apresentamos as nossas reflexões acerca do fenômeno estudado.

2. OBJETIVO

Objetivo

2.OBJETIVO

Visando analisar as influências de um apoio psicológico no contexto do aprendizado voltado para o autocuidado em Diabetes Mellitus, traçamos o seguinte objetivo para o presente estudo:

- Investigar as contribuições de um Grupo de Apoio Psicológico para a aprendizagem voltada para o autocuidado em diabetes, segundo os relatos de seus participantes.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.REVISÃO DA LITERATURA

3.1 GRUPO: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E UTILIZAÇÃO COMO RECURSO TERAPÊUTICO

A palavra grupo é utilizada no cotidiano com o mesmo direcionamento semântico de reunião, agremiação, junção, enfim, caracterizações que remetem a convergência de coisas ou pessoas para uma mesma condição, local ou objetivo. Ao procurarmos no dicionário a etimologia desta palavra, encontramos sua origem no ano 1536, da palavra italiana *gruppo*, que significa “nó, conjunto, reunião”, que é derivada do Lombardio³ **kruppa*, equivalente do francês **kruppa*, que significa “massa arredondada” (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2009).

As definições para o termo grupo encontradas no dicionário (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2009, p.1487) são variadas: “conjunto de pessoas ou coisas dispostas proximamente e formando um todo”, “reunião de várias pessoas”, “conjunto de pessoas ou coisas que têm características, traços, objetivos, interesses comuns”, “conjunto de seres ou coisas cujas características comuns são utilizadas para sua classificação”, dentre outras.

Quando analisamos tais definições, podemos inferir que o termo grupo é amplo, na medida em que, apesar de conferir um atributo de proximidade, tal característica pode ser relativa a **coisas** ou **pessoas**, que simplesmente se apresentam **reunidas/ dispostas proximamente** ou, além disso, podem apresentar **características, traços, objetivos ou interesses em comum**, visando (ou não) a sua **classificação**.

No presente estudo nos referimos ao termo grupo enquanto uma estratégia de trabalho que congrega especificidades de conceitos e fenômenos derivados das interações entre seus membros. Delimitaremos a seguir algumas características de um grupo, utilizando contribuições de estudiosos dessa temática:

Rocha e Padilha (2004, p.16) referem que um grupo se forma a partir de um conjunto de pessoas “que se comunicam e se influenciam mutuamente, compartilham de pelo menos um objetivo em comum e se entendem como uma unidade”.

³ “Relativo à Lombardia (Itália) ou que é seu natural ou habitante”; “relativo a ou indivíduo de um povo germânico que, em 568, invadiu, colonizou e formou um reino no Vale do Rio do Pó (Itália)” (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2009).

Revisão da Literatura

Freire (1992, p. 64) refere que “grupo é o resultado da dialética entre a história do grupo (movimento horizontal) e a história dos indivíduos com seus mundos internos, suas projeções e transferências (movimento vertical) no suceder da história da sociedade em que estão inseridos”.

Analisando os conceitos abordados pelos autores supracitados podemos compreender o grupo como uma unidade resultante de interações entre seus membros enquanto seres históricos que fazem a história do grupo por meio de uma relação dialética direcionada por um objetivo em comum.

Andaló (2006) valida essas considerações ao apresentar que um conjunto de pessoas que não possui uma integração de pensamentos convergentes, mesmo ocupando o mesmo espaço, não constitui um grupo, mas sim um agrupamento.

Zimerman et al. (1997) acrescentam que “todo indivíduo é um grupo”, na medida em que carrega consigo personagens introjetados que conformam a sua constituição enquanto pessoa; e que “todo grupo pode comportar-se como uma individualidade”, ao possuir características próprias, diferentes da soma das características de seus membros.

Tal definição remete a um sentido mais amplo a respeito da constituição dos grupos, quando admite a inserção natural do homem em diversos grupos ao longo da vida e o papel destes na sua formação enquanto pessoa.

No geral, os autores indicam a interação ativa como um motor das atividades grupais e o direcionamento por objetivos em comum como uma característica inerente a este tipo de trabalho. Porém, a definição de Zimerman et al. (1997) contribui no sentido de nos apontar que as interações e objetivos não são somente de atitudes, mas de trocas genuínas que permitem a conformação de uma individualidade grupal, derivada da dialética entre os “grupos internos” de cada membro.

O trabalho com grupos é uma estratégia que possui bases teóricas consistentes e cuja prática vem sendo constantemente estudada e aprimorada, inclusive no contexto da enfermagem. Osório (2003) refere que o trabalho com grupos tem sido uma ferramenta cada vez mais enfatizada pela capacidade de apreensão e direcionamento da força coletiva.

A literatura apresenta diferentes opiniões a respeito da produção científica relacionada ao trabalho com grupos. Murphy e Johnson (2006) em estudo de revisão de literatura realizado em periódicos internacionais específicos da enfermagem,

Revisão da Literatura

apontam um número baixo de artigos relativos ao trabalho com grupos em proporção ao número de artigos publicados sobre demais assuntos referentes à prática da enfermagem.

Godoy e Munari (2006) realizaram um estudo de revisão de literatura em periódicos nacionais de 1980 a 2003. Essas autoras não compararam a proporção de estudos sobre grupos em relação às outras publicações da área de enfermagem, como Murphy e Jonhson (2006) mas, ao traçarem um panorama das publicações referentes a essa temática no Brasil, os resultados apontaram uma tendência crescente da publicação de trabalhos acerca da estratégia grupal ao longo dos anos, bem como do uso da mesma por enfermeiros.

Atualmente, existem diferentes referenciais teóricos que contribuem para compreensão dos fenômenos grupais e permitem maior aproveitamento dos grupos enquanto ferramentas de intervenção. Ao analisarmos que a base teórico-conceitual que respalda esse trabalho foi desenvolvida em um período de tempo relativamente curto, desde que se iniciaram as primeiras atividades grupais sistematizadas, podemos inferir que esta área do conhecimento muito avançou ao longo dos anos no sentido do seu aprimoramento até os dias atuais.

A estratégia grupal enquanto modalidade de intervenção terapêutica voltada para populações específicas é relativamente recente. A literatura descreve trabalhos iniciais nos Estados Unidos, no início do século XX, quando o médico Joseph H. Pratt reunia seus pacientes com tuberculose para oferecer educação direcionada para o auto-cuidado, segundo um método que ele próprio denominava persuasão e reeducação emocional (BECHELLI; SANTOS, 2001; GUIMÓN, 2002).

Na mesma época, porém em Viena, Moreno improvisava representações nas ruas com crianças e mulheres, desenvolvendo grupos de discussão e auto-ajuda e, ao perceber a importância da espontaneidade como ingrediente do processo criativo e vitalizador, lançou as sementes da psicoterapia de grupo e do psicodrama (BECHELLI; SANTOS, 2001).

Ao longo dos anos a percepção dos benefícios advindos de trabalhos com grupos desencadeou sua expansão para diferentes áreas do conhecimento, como ciências da saúde e administração. Os constructos teóricos que fundamentam as práticas de grupo se expandiram por meio de importantes estudiosos que contribuíram para melhor compreensão dos fenômenos grupais (BAREMBLITT, 1986; OSÓRIO et al., 1986; ZIMERMAN et al., 1997; WEILL, 2002).

Revisão da Literatura

Acerca da expansão e crescimento do campo grupal ao longo dos anos Fernández (2006, p. 2) refere que:

[...]os discursos acerca da grupalidade foram organizando uma incansável Torre de Babel. Como transitar por ela? Os múltiplos campos de intervenção instituídos, as várias técnicas implementadas, a enunciação de discursos teóricos de diversas origens desenharam, em seu devir, um certo recorte disciplinar. No entanto, não se pode considerar – até o presente momento – que seja pertinente falar de um corpo teórico sistematizado grupal. O que de fato se encontra em sua Babel é um tabuleiro de opções teórico-técnicas e alguns perfis profissionais que utilizam abordagens grupais em seus campos de trabalho.

Desde que a estratégia grupal foi observada como possibilidade de intervenção, tem sido objeto de pesquisas que a investigam sob diferentes perspectivas e, neste contexto, tem-se estudado os seus movimentos específicos, as reações dos participantes, o papel do coordenador, as áreas onde pode ser utilizada, seus resultados quando utilizada em populações específicas, bem como inúmeros outros aspectos. E assim, esta ciência vem se expandindo para os mais variados campos do conhecimento como a área da saúde, formação profissional, meios organizacionais, administrativos, dentre outros (FLEURY; MARRA, 2005; FERNANDÉZ, 2006), sem delimitações teóricas muito precisas e com inúmeras possibilidades de articulação com outros campos do saber, o que converge com as colocações de Fernández (2006), na citação anteriormente transcrita.

Nesse sentido, um grupo pode ser classificado segundo diferentes variáveis. Quanto aos objetivos pode ser planejado para oferecer suporte, realizar tarefas, socializar, mudar comportamentos, trabalhar as relações humanas e oferecer psicoterapia. Em relação à estrutura pode ser classificado de acordo com o tipo de participante, nível de prevenção (primária, secundária ou terciária), grau de estrutura (depende do funcionamento e organização interna do grupo), orientação teórica do coordenador e variáveis físicas (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Tais classificações podem não estar presentes de modo exclusivo num mesmo grupo e nem sempre há consonância entre as classificações produzidas por diferentes autores.

Guimón (2002) partindo de uma linha de trabalho na área da psiquiatria divide os grupos em três categorias: grupos psicoterapêuticos são direcionados por um modelo teórico de cunho psicanalítico e os coordenadores são psicoterapeutas com formação específica; trabalhos de grupo são intervenções realizadas por

Revisão da Literatura

profissionais com formações acadêmicas diversas como enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, que trabalham na área da saúde mental e cujo direcionamento do trabalho grupal deriva da prática profissional de origem; e atividades didáticas realizadas em grupo como grupos de leitura, sensibilização e supervisão, direcionados principalmente para a educação continuada.

Zimerman (2000) divide todas as modalidades grupais numa classificação relativamente sucinta baseada nos objetivos das mesmas. Denomina de “Grupos Operativos” aqueles com vistas ao ensino-aprendizagem, institucionais como de empresas, escolas, igrejas e associações e grupos comunitários; e inclui na categoria dos “Grupos Terapêuticos” os grupos de auto-ajuda e os psicoterápicos, de base psicanalítica.

O grupo em cujas atividades subsidiaram a execução da presente pesquisa, não foi realizado segundo as perspectivas de um referencial teórico exclusivo. Para a sua coordenação foram utilizadas ferramentas dos grupos operativos e direcionamentos de grupos psicoterápicos. Pelos objetivos estabelecidos, característica das interações grupais e resultados alcançados, consideramos que a proposta se aproximou dos chamados grupos de apoio, cujos direcionamentos foram descritos por Munari e Zago (1997, p. 363):

Nessa relação, o coordenador do grupo tem como foco o participante, que deve fazer suas próprias descobertas, seguir o seu caminho e encontrar as soluções que lhe pareçam mais adequadas. O participante, por si, busca e alcança os resultados, e o coordenador do grupo é apenas um facilitador, que deve desenvolver um papel de ajuda e de parceria. Esse papel deve estar acompanhado pelo sentimento de que os clientes/participantes, embora devendo resultar na oportunidade de a pessoa atualizar-se. A relação de ajuda é conseguida quando há negociação entre os participantes quanto aos objetivos, responsabilidades e expectativas nas interações grupais

Quando a classificação grupal é baseada no tempo de duração, uma modalidade citada é a dos Grupos Breves. O grupo que foi objeto de estudo da presente pesquisa se aproximou dos direcionamentos desta perspectiva terapêutica.

Gillierón (1986) remete o nascimento das psicoterapias breves por volta do ano 1918 com o trabalho de Ferenczi, um dos discípulos de Freud. Após a primeira guerra mundial, a partir do interesse das pessoas em trabalhar as situações de crise inerentes ao contexto social da época.

Revisão da Literatura

Nesse sentido, o período pós-guerra foi marcado por mudanças paradigmáticas importantes que influenciaram o posicionamento e cultura das pessoas frente à psicologia. Os conflitos externos passaram a ser mais enfatizados do que os conflitos internos e nesse contexto, uma grande quantidade de pessoas se interessaram a estudar os problemas psicológicos. Junto a esse panorama, aumentaram as demandas por tratamentos diante das situações de crise e a necessidade de resultados em curto prazo, haviam também limitações financeiras e maiores dificuldades de verbalizar os conflitos (GILLIÉRON, 1986).

O contexto pós-guerra também foi um período em que se registrou um crescimento vertiginoso da procura pelas psicoterapias de grupo, as razões sociais e econômicas citadas acima também podem nos ajudar a compreender esse fato (GUIMÓN, 2002). Esse período também serviu como solo fértil para o nascimento de outras modalidades terapêuticas diferenciadas da psicanálise clássica, como terapias comportamentais e grupos de animação (GILLIÉRON, 1986).

Guimón (2002) apresenta aspectos de comparação dos fenômenos e características dos grupos de longa e de curta duração. As considerações desse autor subsidiaram a elaboração do Quadro 1 apresentado a seguir:

GRUPOS DE LONGA DURAÇÃO	GRUPOS DE CURTA DURAÇÃO
Geralmente são de orientação psicanalítica	Tipicamente de orientação psicopedagógica
O coordenador tem atitude analítica mais passiva, faz poucas intervenções	O coordenador participa de forma muito ativa, se coloca como parte do processo, oferece orientações e conselhos.
São grupos geralmente heterogêneos em nível de diagnóstico e levemente abertos	Grupos fechados e homogêneos
Os fenômenos de grupo são importantes para o desenvolvimento da psicoterapia e são enfatizados no seu decorrer, pois constituem importantes ingredientes terapêuticos.	Os processos de grupo, apesar de serem importantes para o andamento da psicoterapia, não são interpretados
Objetivos pouco delimitados	Objetivos claros e bem delimitados

Quadro 1- Comparação das características de grupos de longa e curta duração (Guimón, 2002).

Revisão da Literatura

Guimón (2002) indica que o limite superior de tempo de duração de grupos breves é de 25 sessões, e cita autores que colocam esse limite entre uma e 40 sessões. No entanto, ressalta que atualmente tem-se referido mais a eficácia dos grupos quanto à duração ou ao custo, do que uma terapia breve com rigor de tempo pré-estabelecido.

Osório (2000) critica a utilização do termo “psicoterapia breve” e discute que esse tipo de atendimento não é caracterizado pelo tempo de duração, mas, pela especificidade do trabalho em torno de um determinado foco e assim, o autor, sugere a utilização do termo “psicoterapias focais”. Nesse sentido, quando explicita o atendimento por meio de uma psicoterapia focal, Osório (2000) refere a importância de acordar com os participantes o caráter finito do grupo, delimitando uma frequência de 10 a 20 sessões, com frequência semanal e duração de 60 a 75 minutos cada. Já Guimón (2002), refere que de seis a oito sessões num período de 12 semanas indicam um tempo de exposição eficaz ao tratamento.

Guimón (2002) apresenta um posicionamento diferente de Osório (2000) em termos da nomenclatura de terapia “breve”, ao referir que atualmente há uma tendência em se referir a terapia “eficaz quanto à duração” ou “eficaz quanto ao custo”. Tais nomenclaturas são subsidiadas em uma discussão inicial acerca da “relação dose-resposta” de um acompanhamento em que o autor busca uma aproximação com estudos farmacológicos para indicar a relação entre a eficácia terapêutica e o tempo de duração de uma psicoterapia. As premissas utilizadas por Guimón (2002) e Osório (2000) para a indicação de uma nomenclatura mais adequada para os grupos breves são diferentes, o que pode explicar a diversidade de posicionamentos frente a tal aspecto.

No presente trabalho adotaremos o termo “Grupo Breve”, não deixando de considerar as demais caracterizações ressaltadas pelos autores, mas por acreditarmos que o mesmo possibilita o entendimento que desejamos, remetendo à característica do grupo estudado, em termos do tempo de duração e número de sessões, aspectos que serão abordados mais detalhadamente no capítulo “Percurso Metodológicos”.

Munari e Furegato (2003, p. 77) ao afirmarem que “se pudermos entender o grupo como um espaço para expressão de pensamentos, sentimentos e trocas de experiências, seguramente ele poderá servir-nos como um agente transformador”, enfatizam o potencial desta ferramenta de intervenção.

Revisão da Literatura

E nesse sentido, Mailhiot (1977) complementa que “a produtividade de um grupo e sua eficiência estão estritamente relacionadas não somente com a competência de seus membros, mas sobretudo, com solidariedade de suas relações interpessoais” (p. 66).

Murphy e Jonhson (2006) referem que o ambiente grupal permite o alcance de benefícios peculiares como: identificação (oportunidade de perceber e compartilhar experiências similares), eficiência e custo-efetividade (alcança muitas pessoas ao mesmo tempo) e eficácia (sugestões e conselhos providos dos membros do grupo têm uma impressão mais forte nos participantes do que os fornecidos por terapeutas individuais), além de facilitar o aprendizado e a prática de novos comportamentos de modo mais seguro e verdadeiro.

Quando trazemos tais considerações para a prática com grupos, alguns aspectos relativos ao funcionamento e direcionamento dos mesmos são essenciais para a qualidade do trabalho realizado. E nesse sentido vale destacar o papel do coordenador como uma figura que direciona as atividades segundo os objetivos pré-determinados.

O coordenador de grupos deve ser “alguém capaz de elaborar teoricamente os fenômenos ocorridos [no contexto grupal] e devolvê-los ao grupo, de forma a ampliar a sua compreensão” (ANDALÓ, 2001). Assim, para a execução do papel de coordenador de grupos, não há necessidade de se possuir características especiais, mas um respaldo teórico-vivencial que possibilite compreender e mediar o processo vivenciado pelo grupo de modo a direcionar esta intervenção para os objetivos a que se destina.

Andaló (2001) descreve que atualmente vem ocorrendo uma banalização do uso da estratégia grupal e aponta a necessidade corrente de desvestir o caráter ideológico de trabalhos com grupos e iniciar um processo respaldado teoricamente. Desta forma, a necessidade de formação para a coordenação de grupos se torna ainda mais evidente para que o potencial dessa estratégia possa ser aproveitado satisfatoriamente.

O planejamento é uma etapa fundamental para que os participantes tenham um melhor aproveitamento do potencial terapêutico das atividades grupais (MUNARI; FUREGATO, 2003). E nesse sentido, Andaló (2006), faz referência à ocorrência atual da aplicação indiscriminada de técnicas grupais, o que resulta em uma redução da efetividade dos mesmos. O ideal é que os profissionais que atuam

Revisão da Literatura

como coordenadores de grupos sejam conhecedores dessa prática e tenham ciência dos benefícios de uma intervenção grupal bem direcionada.

A atuação do coordenador deve ser fruto de conhecimento acerca da dinâmica grupal, entendida como “os fundamentos e movimentos do grupo humano, como técnica e ciência” (MUNARI et al., 2007, p.108), permitindo um trabalho assentado em bases consistentes, que utiliza a interação dos participantes para orientar o grupo aos resultados planejados (MOTA; MUNARI, 2006).

Um dos aspectos importantes na atuação do coordenador é a avaliação e, independente dos recursos utilizados ou do momento em que é efetivada ao longo da intervenção grupal, é possível verificar se os resultados alcançados têm coerência com os objetivos previamente traçados.

Segundo Loomis (1979, p.137), “*feedbacks* e avaliações clínicas devem fazer parte do processo de andamento do grupo de modo que o coordenador e os membros possam fazer ajustes e melhorias durante o trabalho”. Instrumentos que monitorem o desenvolvimento do grupo podem indicar ao coordenador os aspectos que podem ser mantidos na condução do trabalho ou sinalizar mudanças necessárias para potencializar o alcance dos objetivos traçados.

Vários autores utilizam instrumentos como forma de monitorar o desenvolvimento do grupo. Kivlighan Jr, Multon e Brossat (1996), elaboraram a Escala de Índices Multidimensionais para medir o impacto terapêutico de uma atividade grupal pela percepção dos participantes ou coordenadores. McGuire et al. (1986), investigaram a influência de técnicas de estruturação do grupo no envolvimento dos membros na atividade.

Em alguns estudos (HOLMES; KIVLIGHAN JR, 2000; HINSZ; NICKELL, 2004) a avaliação da efetividade terapêutica é realizada por meio da comparação dos resultados de intervenções grupais e individuais. Outros usam como base para avaliação o monitoramento da atuação do coordenador e suas influências no grupo (CHEMERS, 2000; CREMER; KNIPPENBERG, 2002).

Yalom (2006) a partir da análise dos mecanismos terapêuticos que operam em grupos psicoterápicos listou uma série de fatores que podem ser identificados em outros tipos de grupos: Instilação de esperança, Universalidade, Oferecimento de informações, Altruísmo, Desenvolvimento de técnicas de socialização, Comportamento imitativo, Reedição corretiva do grupo familiar primário, Catarse, Fatores existenciais, Coesão do grupo e Aprendizagem interpessoal. Tais

Revisão da Literatura

comportamentos foram descritos como movimentos específicos dos grupos, que denotam mudanças de comportamento derivadas das interações neste contexto.

Desta forma, diante da relevância de atividades em grupo no contexto das ações do enfermeiro e da complexidade inerente ao papel de coordenador, faz-se necessário incorporar na formação desses profissionais a utilização da estratégia grupal, incluindo suas aplicações e direcionamentos, dentro de uma lógica coerente entre o conteúdo e a metodologia de abordagem - estudar grupos, podendo vivenciar a experiência de grupo (MUNARI et al., 2005).

Spadini e Souza (2006) realizaram uma revisão da literatura em periódicos nacionais, com o objetivo de buscar trabalhos referentes à atuação do enfermeiro como coordenador de grupos na área da saúde mental. Nesse trabalho verificaram que o enfermeiro é responsável por coordenar a maioria dos grupos descritos nos trabalhos analisados. As autoras também apontam a importância do preparo do enfermeiro para essa atuação.

Em conformidade com as considerações acima, Munari e Fernandes (2004) buscaram nas Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, publicadas em 2001, aspectos da formação do enfermeiro relacionados à coordenação de grupos. Nesse trabalho as autoras evidenciaram a necessidade de que sejam incluídos na grade curricular dos cursos de enfermagem, conteúdos específicos referentes à dinâmica e coordenação de grupos. Ainda ressaltaram que “a falta desse conhecimento para o enfermeiro pode levar à banalização da utilização das atividades grupais [...] sem embasamento teórico que dê sustentação ao processo do grupo como um todo (p.28)”.

O trabalho de Munari e Fernandes (2004) contribui no sentido de responsabilizar as instituições formadoras quanto à necessidade de subsidiar os enfermeiros para a coordenação de grupos, indicando que não se deve deixar a cargo somente dos interessados a busca por formação para este tipo de trabalho, tendo em vista a sua ampla utilização no cotidiano de atuação do enfermeiro, seja para ações a nível gerencial ou assistencial.

Por acreditar no potencial da estratégia grupal enquanto ferramenta de trabalho do enfermeiro, bem como de outros profissionais na área da saúde, consideramos relevante a utilização, bem como a divulgação das experiências com grupos na área da saúde.

3.2 DIABETES MELLITUS E OS DESAFIOS RELACIONADOS À TERAPÊUTICA

Entre a população brasileira “a prevalência de pelo menos uma doença crônica aumenta intensamente com a idade: enquanto fica em torno de 10% entre pessoas com menos de 20 anos, atinge cerca de 70% nas pessoas com 70 anos ou mais” (BARROS et al., 2006, p. 914). Com o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida ao longo dos anos, deparamo-nos com uma crescente prevalência do Diabetes Mellitus: “calcula-se que em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no país, o que representa um aumento de mais de 100%, em relação aos atuais cinco milhões de diabéticos no ano 2000” (BRASIL, 2001).

Os dados anteriormente apresentados demonstram a necessidade de se implantar uma assistência direcionada para a promoção da saúde, com ênfase na busca por uma vida mais saudável por parte da população (OLIVEIRA, 2005).

Como forma de acompanhar os pensamentos contemporâneos e abarcar uma classificação mais pragmática e abrangente pode-se nomear os problemas de saúde em agudos e crônicos. Condições crônicas englobam “todos os problemas de saúde que persistem no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do sistema de saúde”, agrupando condições não-transmissíveis, condições transmissíveis persistentes, distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas/ estruturais contínuas (OMS, 2003, p. 30).

A Organização Mundial da Saúde (2003), ao focar as conseqüências do aumento vertiginoso das condições crônicas em todo o mundo, ao longo dos anos, e das problemáticas sociais e econômicas associadas, ressalta a necessidade de reformulação dos sistemas de saúde pensando em ações nos níveis micro (paciente), meso (organizações de saúde e comunidade) e macro (políticas). Com relação ao nível micro é enfatizada a necessidade de se repensar a interação profissional-paciente e assumir a importância do comportamento dos pacientes sobre o resultado do tratamento (OMS, 2003).

O DM é uma condição crônica que atualmente vem caracterizando-se como um problema de saúde pública devido às proporções alarmantes da população acometida, bem como às co-morbidades associadas a complicações que

Revisão da Literatura

comprometem a produtividade, a qualidade de vida e sobrevida dos seus portadores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

O Consenso Brasileiro Sobre Diabetes divulgado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2007, p. 11) enfatiza que o diabetes “não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, que apresentam em comum a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos”.

A terapêutica recomendada na assistência ao diabetes inclui, de maneira geral, a educação dos portadores para o controle alimentar, a prática regular de exercícios físicos e, quando necessário, a terapia medicamentosa (COSTA; ALMEIDA NETO, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009). Nesse contexto, a participação do indivíduo no tratamento é fundamental uma vez que o controle da glicemia, única forma de se evitar as complicações, depende essencialmente dos seus hábitos de vida.

O consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) apresenta também parâmetros para atuação clínica, do acompanhamento de pessoas com DM, oferecendo subsídios para a atuação multiprofissional, considerando situações usuais e específicas. A educação do paciente com diabetes é indicada como intervenção terapêutica essencial.

Rickheim et al. (2002) assinalam que a eficácia entre intervenções educativas em grupo e individuais são equivalentes, porém reiteram que as primeiras proporcionam melhor relação custo-benefício.

As diretrizes da American Diabetes Association, *Standarts of Medical Care in Diabetes – 2009*, também apresentam evidências científicas acerca de intervenções terapêuticas para o tratamento do diabetes. Os aspectos clínicos são enfatizados e é ratificada a importância de acompanhamento por uma equipe multiprofissional. Também é referida a educação como parte da atenção profissional e necessidade de um papel ativo do paciente no próprio cuidado. Nas referidas diretrizes, o trabalho em grupos com as pessoas que possuem diabetes não é citado, pelo contrário, é estimulado o atendimento individualizado segundo as condições sociais e psicológicas específicas de cada pessoa como: horários, padrões de alimentação e atividade física e presença de co-morbidades ou complicações. Reitera-se também,

Revisão da Literatura

a importância de avaliação e acompanhamento da situação psicológica e social das pessoas atendidas, ainda sob o foco de um olhar individualizado.

No Brasil, o atendimento de pessoas com diabetes é prioritariamente realizado no contexto do Sistema Único de Saúde (GUIDONI et al., 2009). O quadro de transições epidemiológica, demográfica e nutricional retrata mudanças nos padrões de vida da população e ao mesmo tempo indicam a necessidade de mudanças no sistema de atendimento em saúde (BRASIL, 2008).

A transição epidemiológica, que se caracteriza como “mudança no perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infecto-contagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas” (BRASIL, 2008, p. 16), já é um forte indicativo da necessidade de redirecionamento do enfoque da atenção à saúde, de atendimentos voltados para agravos agudos, para intervenções pautadas numa lógica que consiga alcançar o grau de complexidade inerente às condições crônicas (MENDES, 2002).

Com relação ao atendimento à população com Diabetes no Brasil, as *Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis* (BRASIL, 2008, p. 47), do Ministério da Saúde, oferecem um panorama ampliado do fluxo assistencial que deve ser disponibilizado a essa população:

Tomando-se como exemplo o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, pode-se identificar as chamadas linhas de cuidado, que têm início na atenção básica e acompanham o paciente nas ações de média e alta complexidades. No âmbito da atenção básica estão as mudanças de hábitos alimentares, a prática de atividade física, a avaliação clínica sistemática e o acesso aos medicamentos capazes de manter sob controle os níveis de pressão arterial e glicemia. Por outro lado, também se inclui a organização da atenção especializada, capaz de dar respostas efetivas às complicações que porventura surgem, evitando a morte precoce e a incapacidade.

Esse fragmento citado, nos indica a complexidade desse problema de saúde que demanda assertividade em ações clínico-assistenciais, acompanhamento contínuo e integrado, além de um olhar para a promoção da saúde da população ainda não acometida, tendo-se em vista a sua crescente prevalência e as suas causas complexas e multifatoriais.

Vários estudos foram realizados, com a utilização de diferentes métodos, buscando capacitar os clientes para o autocontrole do diabetes e ainda

Revisão da Literatura

instrumentalizar a equipe profissional, para que esta ofereça uma assistência que permita a emancipação do paciente no cuidado.

Nesse contexto estão disponíveis pesquisas em que são avaliadas diferentes estratégias como: exercícios de resistência muscular (CANCHÉ; GONZÁLEZ, 2005), controle domiciliar dos parâmetros glicêmicos (ZANETTI; MENDES; RIBEIRO, 2001), administração de insulina (SOUZA; ZANETTI; 2000), apoio e orientações aos familiares (PACE; NUNES; OCHÔA-VIGO, 2003; SANTOS et al., 2005), métodos educativos (DURAN; COCCO, 2003; BERIKAI et al., 2007), avaliação da assistência de enfermagem (MACIEL; ARAÚJO, 2003), o uso do grupo como forma de assistência (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003; RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006; SANTOS et al., 2007) e o uso de terapias psicossociais (PEYROT; RUBIN; SIMINERIO, 2006). Todas as estratégias apontadas convergem para o objetivo principal de incentivar o portador de diabetes a controlar os índices glicêmicos.

Segundo Costa e Almeida Neto (2004), o principal enfoque do tratamento para o diabetes deve ser a educação, sendo que as pessoas devem ser motivadas a participar como sujeitos ativos da terapêutica, estando psicossocialmente envolvidas nos programas de atenção para uma melhora nos hábitos e na qualidade de vida.

Szwarcwald et al. (2005) enfatizam que uma percepção deficitária da saúde ocorre devido à instrução incompleta e privação material. Desta forma, o oferecimento de informações é fundamental para o bom andamento da terapêutica instituída ao portador de Diabetes Mellitus. Tais atividades devem ser planejadas segundo a realidade desses indivíduos para que as suas condições de vida não sirvam como entrave à adesão ao tratamento (COSTA; MUNARI, 2004).

As atividades de educação em saúde oferecidas aos portadores de DM são mecanismos importantes para o a obtenção de condições para o autogerenciamento das práticas e autonomia no próprio cuidado, ou seja, mudanças de comportamento em busca de hábitos saudáveis realizadas de forma participativa e consciente (OTERO, 2005).

Os profissionais da área da saúde devem atentar para a qualidade das ações educativas, pois não basta a realização de atividades planejadas apenas para o repasse de informações (COSTA; MUNARI, 2004), é fundamental o desenvolvimento de intervenções assertivas com o propósito de mudança de comportamentos e hábitos de vida (RICHMOND, 2006). Uma das possibilidades nesse sentido é o desenvolvimento de atividades em grupo.

Revisão da Literatura

Na pesquisa de Pereira e Lima (2002), realizada junto a pessoas com diabetes e que participaram de um atendimento em grupo, as autoras apontaram que “os diabéticos demonstraram no grupo as muitas ansiedades que tinham e não eram diminuídas em outros momentos, como na consulta médica, por exemplo” (p.150).

Em consonância com o estudo citado anteriormente, acreditamos no potencial do trabalho com grupos no contexto de tratamento do diabetes, na medida em que permite resultados terapêuticos derivados do conhecimento obtido com relação à doença e também possibilita interações efetivas e igualmente eficazes para a obtenção de resultados terapêuticos.

3.3 O GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO A PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

As ações de educação em saúde devem receber atenção especial por parte dos profissionais que as executam, pois, em tais atividades, não basta o simples repasse de informações (COSTA; MUNARI, 2004), é fundamental o desenvolvimento de intervenções com o propósito de mudança de comportamentos e hábitos de vida (RICHMOND, 2006).

Grossi (2001, p.155) cita alguns objetivos que devem direcionar as atividades de um programa educativo em diabetes: “aumentar os conhecimentos sobre o diabetes; desenvolver habilidades para o autocuidado; estimular a mudança de comportamento; oferecer suporte para o manejo de problemas diários decorrentes da doença e prevenir as complicações agudas e crônicas da doença.”

Grossi (2001, p.156) ainda complementa que os programas educativos devem possibilitar que o profissional conheça os fatores comportamentais e psicossociais que interferem no processo de autocuidado que podem estar associados a:

[...] crenças em saúde, grau de aceitação da doença, competência, suporte social, habilidades para o autocuidado, estratégias para enfrentamento das situações, locus de controle, bem-estar emocional, maturidade cognitiva, estado de saúde, complexidade dos regimes terapêuticos e estruturação dos serviços de saúde.

Revisão da Literatura

Os estudos de Grossi (2001), Costa e Munari (2004) e Richmond (2006) nos permitem recomendar com segurança o grupo como uma estratégia promissora no contexto de cuidados a pessoas com diabetes. Essas três pesquisas sinalizam que atividades de educação em saúde não devem contemplar somente aspectos prescritivos, pois assim não garantem mudanças de hábitos e comportamentos. Nesse sentido, as atividades grupais, quando bem direcionadas, permitem uma atenção centrada na pessoa e não somente na doença, o que viabiliza o alcance das demais recomendações para atividades educativas, indicadas anteriormente.

Desta forma, os grupos podem funcionar como importantes espaços para a educação em saúde, pois a partir do estabelecimento de um padrão horizontal de comunicação, com valorização das experiências e contribuições dos participantes, o profissional pode conhecer com propriedade os fatores que interferem no autocuidado e então, atender de forma coerente com as reais necessidades dos clientes.

Godoy e Munari (2004) realizaram uma pesquisa bibliográfica em periódicos nacionais que resultou em um panorama da publicação relacionada a atividades grupais na área da enfermagem entre os anos 1980 e 2003. Utilizamos este estudo como um norteador para a nossa busca pelas produções científicas relacionadas ao uso de grupos no contexto do tratamento do diabetes.

A partir da revisão realizada pelas autoras citadas acima, localizamos especificamente trabalhos relacionados ao uso de grupos no atendimento a pessoas com Diabetes Mellitus e, com o intuito de obter dados referentes à continuidade da revisão, fizemos busca ativa nos mesmos periódicos pesquisados anteriormente pelas autoras, ou seja: Revista Brasileira de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Paulista de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Texto e Contexto Enfermagem, Revista Latino-Americana Enfermagem e Revista de Enfermagem UERJ; no período de 2004 a 2009, selecionando artigos relativos ao uso de grupos enquanto recurso de atendimento a pessoas com DM, indo ao encontro do objeto da presente pesquisa.

O conjunto de artigos encontrados acompanha as mudanças paradigmáticas que influenciaram a assistência à saúde ao longo dos anos.

Os trabalhos publicados antes da década de 90 revelam atendimentos direcionados por uma concepção de saúde médico-centrada, biologicista e hospitalocêntrica. A educação em saúde era pautada em perspectivas verticalizadas

Revisão da Literatura

e centradas no saber profissional. E, seguindo esse direcionamento, as publicações indicam que os grupos eram realizados pelo principal motivo de possibilitar que as informações fossem repassadas para um número maior de pessoas ao mesmo tempo.

Esses trabalhos apresentam uma relação quase linear entre obtenção de informações e adoção de hábitos saudáveis pelas pessoas atendidas. Scain (1986, p. 243) refere que “A partir da aceitação das novas informações e da sua doença, [o paciente] desenvolverá mudanças comportamentais, reconhecendo melhor seus sentimentos e receios e escolherá direções e soluções próprias”. Silva (1985, p. 289) segue a mesma lógica ao afirmar que “só se pode esperar o cumprimento das orientações dadas ao cliente/família à medida que lhes é dada oportunidade real para conhecer os problemas e aprender a lidar com eles”.

O estudo de Silva (1985, p. 291) descreve que as atividades grupais tinham o caráter principal de oferecer informações e, até mesmo, a realização de procedimentos clínicos, não prevendo a participação ativa dos usuários:

[...] a reunião de grupo coordenada pela enfermeira, visando as seguintes orientações: esclarecimento sobre a doença e incentivo ao autocuidado, colheita de material e exames, rotinas hospitalares, imunização e agendamento.

Scain (1986, p. 234), apesar de não explicitar no trabalho se é prevista a participação das pessoas no grupo, refere que as atividades realizadas em grupo apresentam possibilidades que vão além do repasse que informações:

Acreditamos que a educação em grupo pela convivência é importante para a troca de experiências e apoio mútuo. A troca de informações aumenta a força de vontade para o autocuidado e a fé coletiva colabora para a melhora da doença (sintomas) e principalmente a maneira de encará-la.

O trabalho de Paiva et al. (1986) é o primeiro que denota preocupação com a qualidade da participação das pessoas nas atividades de educação em saúde realizadas em grupo. As autoras referem a utilização de técnicas, com vistas a estimular a aproximação das pessoas com os conteúdos ministrados. A perspectiva ainda é de transmissão de informações, porém com o uso de estratégias facilitadoras desse processo. No grupo realizado com portadores de diabetes e familiares as atividades eram desenvolvidas:

Revisão da Literatura

[...] utilizando-se inicialmente a técnica de relax, seguindo-se a técnica de apresentação [...] foram lançadas, então, para o grupo palavras chaves [...] ou perguntas [...] o que motivou a participação do grupo sobre o conteúdo a ser apresentado. Assim sendo, a liberação de tensões pelo relax, a apresentação dos clientes, uma palavra ou uma pergunta lançada ao grupo foram suficientes para incentivar um diálogo franco e honesto no seio do mesmo (PAIVA et al., 1986, p. 57).

Seguindo o exame cronológico das publicações, Luce et al. (1990) inovaram ao publicar um estudo cujo atendimento relatado segue perspectivas do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), com a inclusão da visita domiciliar para tornar a assistência à saúde mais coerente com as necessidades de pessoas diabéticas em atendimento ambulatorial.

Dentre os artigos que constituem o nosso *corpus* de análise, o trabalho de Luce et al. (1990, p. 37) é o primeiro que refere o meio ambiente como fator que influencia na adesão ao tratamento do diabetes, conforme a seguinte descrição: “Realiza-se também, visitas domiciliares, durante a hospitalização do cliente, a fim de serem conhecidas as condições ambientais e familiares que afetam o preparo para o autocuidado a ser desenvolvido em bases realísticas”.

Este trabalho também é o primeiro que sinaliza preocupação com a formação profissional e prática assistencial da enfermagem:

Engajar acadêmicos de enfermagem em programas voltados para o autocuidado do cliente e cooperação da família é ampliar em muito, seus conhecimentos e, levá-lo à reflexão sobre a prática assistencial; da mesma forma, é conduzir os enfermeiros à “desrobotização” na assistência, propiciando uma postura participativa, que priorize a mudança de comportamento diante de sua patologia e valorize os componentes do seu meio ambiente (LUCE et al., 1990, p. 43).

Os estudos de Pozzan et al. (1994) e Lunardi et al. (2000) apresentam novas perspectivas de atividades educativas realizadas junto a pessoas com diabetes, ultrapassando o foco na patologia com direção a um olhar ampliado para essas pessoas e suas necessidades.

Pozzan et al. (1994, p. 244) relatam a experiência de um programa multiprofissional para pacientes diabéticos, desenvolvido por meio de atividades diversificadas incluindo grupos em que “... enfocava-se outros temas além dos de auto controle, e sempre por sugestão dos pacientes, relacionados à sexualidade, esporte, controle de natalidade, alternativas de cardápios e receitas, etc.” Lunardi et al. (2000, p. 30) realizaram oficinas com o objetivo de compreender as percepções

Revisão da Literatura

dos participantes sobre seu processo saúde-doença, os cuidados e as mudanças no estilo de vida desenvolvendo atividades:

[...] sob forma de oficinas [...] que permitem maior envolvimento e participação dos sujeitos, de modo a expressarem seus sentimentos, dificuldades e possibilidades, em relação à temática trabalhada, permitindo sua maior aderência a instrumentalização para o cuidado.

Dessa forma, seja por meio das estratégias e recursos utilizados ou da diversificação nos conteúdos discutidos, percebe-se dentre as produções uma tendência gradual à inserção de tecnologias leves⁴ no cuidado às pessoas com DM, bem como à percepção de que a adesão (ou não) ao tratamento depende de fatores mais complexos do que a apropriação de informações.

Nesse sentido, Pozzan et al. (1994, p. 247) afirmam que:

[...] o fato do paciente dominar determinada técnica de autocontrole, não implica necessariamente que esta seja incorporada à sua rotina diária [...] Deve-se considerar a atuação de fatores multicausais das mais diversas ordens (sócio econômica, cultural e biológica) interferindo na questão da apreensão de conhecimento e na incorporação dos mesmos em termos de mudança de comportamento.

Lunardi et al. (2000, p. 33) indicam o grupo enquanto estratégia que proporcionou aos participantes novos posicionamentos diante da condição de adoecimento:

Constatamos, a partir dos depoimentos, que a participação do cliente portador de diabetes em grupos educativos favorece o desenvolvimento de estratégias para melhor conviver com a doença, além de facilitar a incorporação de conhecimentos e enfrentamento da doença, podendo proporcionar melhor qualidade de vida, pelo espaço de discussão e apoio oferecido, entre outros.

As pesquisas de Soares e Ferraz (2007) e Pereira e Lima (2002) apresentam como aspecto comum, terem sido realizadas a partir da implementação de grupos operativos segundo Pichon-Rivière, junto a pessoas com diabetes.

O grupo foi o objeto de pesquisa dos dois estudos em que as autoras descreveram o planejamento, funcionamento e também apresentaram reflexões acerca das experiências advindas da implementação da estratégia grupal, apontando os benefícios advindos da participação ativa possibilitada pelo direcionamento teórico das coordenadoras, conforme os trechos citados a seguir:

⁴ Utilizamos esse termo segundo definição de Merhy e Franco (2003) que inclui dentre as relações inerentes ao trabalho em saúde as tecnologias leves, de caráter relacional “como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção de cuidado” (p. 318).

Revisão da Literatura

Os usuários colaboravam muito com os trabalhos, questionando, esclarecendo suas dúvidas, expondo as suas opiniões, verbalizando os seus sentimentos, até mais íntimos. Isso facilitou o relacionamento interpessoal do grupo, pois tornou os participantes mais conhecidos, íntimos e interligados. (PEREIRA; LIMA, 2002, p.152).

[...] a experiência do grupo trouxe aprendizagem para melhor convivência com a doença, possibilitando a alguns dos participantes a ressignificação da experiência, o que transcendeu as limitações que ela provoca. Todo grupo tem a possibilidade de em algum momento se tornar um grupo de processo que contribua para que tudo o que emerge da sua dinâmica seja expresso e interpretado de forma contextualizada e no nível real. Assim, observou-se que os indicadores do processo grupal permitiram interpretar e reavaliar o desenvolvimento do grupo operativo, norteando as ações desenvolvidas a cada encontro (SOARES; FERRAZ, 2007, p.57).

Essas autoras apresentaram preocupações quanto à importância do preparo e formação do coordenador no tocante à realização das atividades em grupo:

Reafirma-se que o papel do coordenador é muito importante na condução do grupo e para o sucesso deste. Mas, para isso, o profissional deve, continuamente, buscar conhecimentos sobre a dinâmica dos grupos, exercitar o autoconhecimento e a percepção do seu relacionamento com o grupo e dos sentimentos e emoções dos participantes (PEREIRA; LIMA, 2002, p.155).

A teoria dos grupos operativos proposta por Pichón-Rivière permitiu organizar o fazer grupal com referências conceituais e sistematizadas, o que facilitou de forma significativa a coordenação do grupo. Além disso, propiciou aos clientes um espaço terapêutico de discussão, no qual foi possível confrontar as fantasias inconscientes e medos sobre a repercussão do diabetes no cotidiano, contribuindo para o seu crescimento pessoal (SOARES; FERRAZ, 2007, p. 57).

O artigo de Oliveira et al. (2009) se aproxima da abordagem de Soares e Ferraz (2007) e Pereira e Lima (2002), na medida em que apresenta como foco a avaliação da intervenção grupal realizada, por meio da análise dos fatores terapêuticos - parâmetros sistemáticos de avaliação grupal- presentes nos relatos dos participantes de um grupo de educação em diabetes.

Oliveira et al. (2009, p. 558) indicam a eficácia da intervenção grupal enquanto estratégia de tratamento a pessoas com diabetes, com o diferencial de utilizarem os fatores terapêuticos enquanto forma de subsidiar essa afirmação:

[...] Intervenções grupais, realizadas na promoção do cuidado às pessoas portadoras de diabetes, podem promover interação benéfica entre os membros, permitindo troca de experiências, compreensão de uma dimensão maior do problema e outras vivências positivas evidenciadas pela presença dos fatores terapêuticos.

Revisão da Literatura

E, ainda, indicam as especificidades inerentes ao planejamento de grupos educativos:

No caso dos grupos de educação em saúde, esse planejamento inclui o enquadramento correto das atividades de acordo com os objetivos, a garantia de condições adequadas para seu funcionamento, o contrato estabelecido com a clientela e, sobretudo, a indicação de critérios de avaliação (OLIVEIRA et al., 2009, p. 559).

Os trabalhos de Soares e Ferraz (2007), Pereira e Lima (2002) e Oliveira et al. (2009), dentre os demais publicados, são os únicos que demonstraram preocupação quanto à importância de formação e preparo do coordenador. E também porque foram escritos na perspectiva de um olhar integrado, tanto para a assistência oferecida às pessoas com diabetes como para a efetividade da intervenção realizada em grupo.

Os demais trabalhos enfocaram intervenções realizadas em grupo para o atendimento a pessoas com diabetes, ou mesmo para a realização de coleta de dados (Grupo Focal).

Torres et al. (2009) referem sobre a experiência de um grupo operativo realizado para a elaboração de cartilhas sobre a educação do autocuidado; Guerra et al. (2005) compararam o conhecimento de mulheres com diabetes gestacional antes e depois da participação de um programa educativo realizado em grupos com vistas ao autocuidado; Ataíde e Damasceno (2006) buscaram conhecer os fatores que interferem na adesão ao autocuidado por meio de grupo focal realizado concomitantemente com atividade de educação em saúde; e Francioni e Silva (2007) objetivaram compreender os elementos que influenciam o viver de pessoas com DM por meio dos relatos dos participantes durante um Grupo de Convivência.

Dentre os trabalhos selecionados e analisados para compor esta revisão, alguns foram realizados a partir da divulgação e reflexão acerca de realidades assistenciais já instituídas e, a maioria, abordou intervenções grupais planejadas e executadas com a finalidade de servir como objeto de pesquisa, ou para coleta de dados.

A maioria das investigações foram elaboradas a partir do foco nos resultados das intervenções grupais, com pequena ou nenhuma abordagem de aspectos inerentes ao planejamento e organização dos grupos. Conforme exposto anteriormente, apenas três trabalhos apresentaram as intervenções grupais enquanto objeto de estudo, abordando questões como: o papel do coordenador,

Revisão da Literatura

parâmetros de avaliação grupal, processo grupal, especificidades do planejamento e sinalizando referenciais teóricos que embasaram a coordenação.

A análise desses estudos nos permitiu olhar de forma ampliada para a produção científica relativa ao uso de grupos no atendimento a pessoas com diabetes. Possibilitou evidenciar mudanças segundo uma perspectiva cronológica. Estudos inicialmente pautados numa lógica biologicista, com a perspectiva de transmissão de conhecimentos, passaram ao longo dos anos a incorporar concepções da determinação social da saúde⁵, refletindo em preocupações antes desconsideradas como a influência de fatores sociais e econômicos no processo saúde-doença-cuidado. Também foi notada uma gradual utilização de estratégias pedagógicas mais ativas, estimulando a inclusão e participação das pessoas no próprio cuidado.

Nesse sentido, as intervenções grupais, cujo objetivo era centrado basicamente na educação em saúde passaram a incorporar preceitos mais complexos, rumo às perspectivas da promoção da saúde, aproximando-se assim da realidade também complexa das pessoas que possuem diabetes.

Ao longo dos anos, da mesma forma que a atenção a pessoas que possuem diabetes se mostrou urgente diante da magnitude de acometimento populacional, as atividades em grupo também despontaram enquanto possibilidade promissora de intervenção a essas pessoas, em termos de custo-benefício e, também, por estimular a responsabilização das pessoas pelo próprio cuidado à saúde.

⁵ As explicações de Fleury-Teixeira (2009, p. 384) nos auxiliam a resgatar aspectos da Determinação Social da Saúde sem perder de vista a complexidade intrínseca a essa perspectiva teórica: "As condições sociais são efetivamente base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. Isso se comprova pelo fato de que, ao retrocedermos nas séries causais dos principais grupos de patologias e agravos daqueles que têm maior impacto negativo para a saúde nas diversas sociedades, encontramos, entre os determinantes finais e com grande peso, as condições sociais de vida [...] Mas a determinação social da saúde não está circunscrita aos males provenientes da exposição aos riscos de dano fisiológico, que são característicos da pobreza. [...] O grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes de suas condições de saúde".

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, realizada segundo a abordagem qualitativa, em que a construção de significados se dá a partir dos “produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. Essa modalidade de investigação é apropriada para estudos cujo foco é em pessoas ou grupos, analisados a partir das suas próprias perspectivas, relações e vivências (MINAYO, 2006, p. 57).

Um estudo exploratório permite o aprimoramento de idéias e a obtenção de “maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses” (GIL, 2002, p. 42). Assim, a partir desse trabalho de investigação inicial, com maior experiência na temática pesquisada, se consegue subsídios para executar uma pesquisa do tipo descritiva, como no presente trabalho (TRIVIÑOS, 2007).

O caráter descritivo do estudo irá proporcionar uma caracterização dos fatos e fenômenos da realidade estudada, sendo os resultados passíveis de serem aproveitados para uma alteração futura das práticas (LEOPARDI, 2001).

A inserção das investigações qualitativas no âmbito social nos remete à construção de significados e resultados igualmente relativos à essa realidade. Segundo as características do conhecimento que se deseja obter, pelo modo como é delimitado o campo de pesquisa e pela natureza dos fenômenos estudados, podemos destacar que tal delineamento metodológico é consonante com o objetivo da presente pesquisa. Permitiu-nos a investigação dos aspectos subjetivos referentes à vivência de algumas pessoas nas atividades de um grupo de apoio e suporte ao DM, com vistas a investigar as contribuições dessa participação no enfrentamento da doença.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado junto ao Grupo de Educação em Diabetes (GED/EERP-USP), que é vinculado ao Centro de Enfermagem para Educação de Adultos e Idosos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEEAI/EERP-USP). Este Centro funciona desde o ano de 1999, com o objetivo de integrar atividades de pesquisa e extensão na área da enfermagem.

No CEEAI/EERP-USP são disponibilizadas as seguintes atividades para a comunidade: Grupo de Idosos e Grupo de Educação em Diabetes, que são independentes entre si, na medida em que seus coordenadores, recursos humanos, população atendida e objetivos são diferentes. Convergem apenas no mesmo espaço físico, a Casa 5, como é popularmente referida pela equipe e usuários, porém com funcionamento em diferentes dias da semana.

Elaboramos a figura 1 para melhor representar a inserção do Grupo de Estudos em Diabetes no cenário acadêmico:

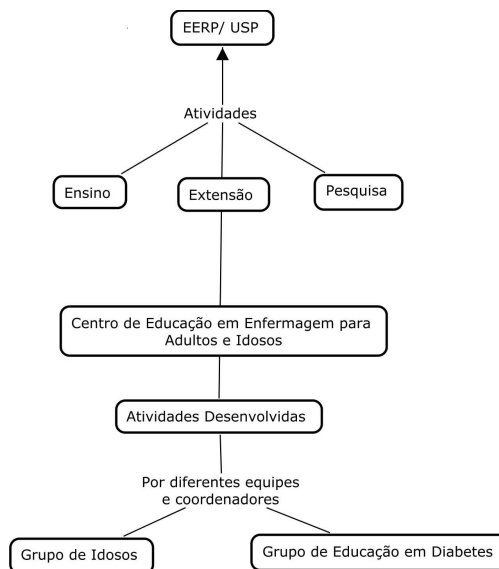


Figura 1- Inserção do GED no contexto acadêmico

O presente estudo, como referido anteriormente, foi realizado no contexto do GED/EERP-USP, cujas atividades acontecem semanalmente, às terças feiras, no período vespertino, sendo realizadas por uma equipe multiprofissional composta por: psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e educadores físicos.

Percurso Metodológico

Tais profissionais oferecem acompanhamento a pessoas com Diabetes Mellitus com vistas à autonomia para o autocuidado, por meio de atividades de cunho educativo e também de apoio e suporte.

Às terças feiras, as atividades do GED/EERP-USP se iniciam às 13 horas. Primeiramente é realizada reunião de equipe, com duração de uma hora, espaço onde é organizado o atendimento oferecido à comunidade, discutidos projetos de pesquisa ou realizadas atividades de educação continuada para aprimoramento da equipe. Após a reunião, os profissionais se organizam para o atendimento à população, o qual tem duração aproximada de três horas.

No GED, o atendimento aos usuários é feito por uma equipe multiprofissional composta por: psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e educadores físicos, que oferece acompanhamento educativo a pessoas com DM com vistas à autonomia para o autocuidado e ao mesmo tempo, realizam pesquisas referentes a níveis diversos de formação como graduação, mestrado e doutorado.

Para fins didáticos, visando facilitar a compreensão da dinâmica do atendimento no serviço, faremos um recorte da equipe separando-a em subequipes de trabalho, de acordo com as especialidades que atendem no local: nutrição, psicologia, educação física e enfermagem. Tais subequipes são responsáveis, separadamente, pela coordenação das atividades junto aos participantes.

A figura a seguir nos oferece um esquema representativo do funcionamento das atividades realizadas no GED:

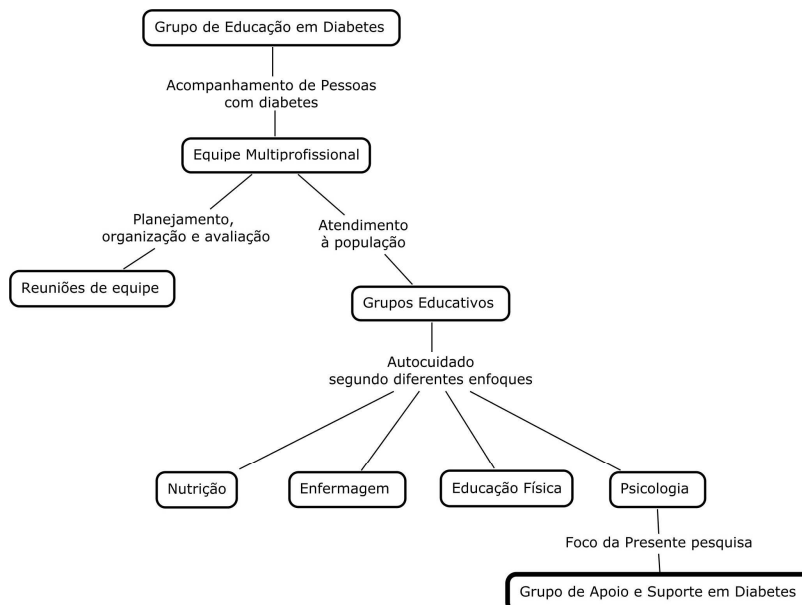


Figura 2- Funcionamento das atividades do GED – 2º semestre/2008

Percurso Metodológico

A figura 2 aponta que o foco da presente pesquisa foi o Grupo de Apoio e Suporte em Diabetes, que consiste nos atendimentos realizados pela subequipe da Psicologia. No cotidiano dos atendimentos, esse grupo é conhecido pelos participantes e também denominado pela equipe, de Grupo de Apoio Psicológico (GAP), o que certamente é devido à conotação do trabalho desenvolvido nesse espaço, cujas atividades priorizam a escuta e discussão de temas demandados pelos participantes a cada encontro. Desta forma, ao longo do presente trabalho, serão encontradas ambas as denominações: Grupo de Apoio Psicológico e Grupo de Apoio, enquanto forma de designar as sessões coordenadas pela “equipe da psicologia” do GED.

4.2.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO GRUPO DE EDUCAÇÃO EM DIABETES

A cada início de semestre é feita a divulgação para a comunidade das atividades disponibilizadas no Grupo de Educação em Diabetes e, dependendo do número de pessoas inscritas, as subequipes se organizam para o trabalho. No período que antecedeu a coleta de dados da presente pesquisa, os convites foram realizados por meio de divulgação na mídia (jornal local impresso e programa de televisão) e também por pessoas acompanhadas anteriormente no serviço, que geralmente se tornam multiplicadores dos conhecimentos adquiridos, divulgando para a sua rede social o trabalho disponibilizado no GED.

Quando tomam conhecimento acerca do atendimento disponível, os interessados são convidados a comparecerem no GED, no dia e horário de funcionamento (terças feiras, das 13 às 17 horas) para receberem orientações quanto à organização e objetivos do atendimento. Após preencherem um cadastro inicial, dependendo da disponibilidade de vagas, prosseguem nas atividades ou são inscritos na fila de espera e orientados que serão contatados por telefone no próximo semestre.

O número total de vagas disponibilizadas é 60 e quando essa cota é atingida, são formados quatro subgrupos com 15 pessoas e então, as quatro subequipes atendem em sistema de rodízio, assim, em um mês cada subgrupo é atendido pelas

Percurso Metodológico

quatro subequipes. Para melhor compreensão desta dinâmica de atendimento, elaboramos o Quadro 2:

	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
Grupo 1	Psicologia	Nutrição	Ed. Física	Enfermagem
Grupo 2	Nutrição	Ed. Física	Enfermagem	Psicologia
Grupo 3	Ed. Física	Enfermagem	Psicologia	Nutrição
Grupo 4	Enfermagem	Psicologia	Nutrição	Ed. Física

Quadro 2 - Atendimento GED mensal – conformação de 4 grupos

Quando foi realizada a coleta de dados para a presente pesquisa, por uma questão de organização própria, a equipe havia decidido que o número de vagas seria reduzido com o objetivo de dar maior enfoque para a publicação de pesquisas realizadas anteriormente. Desta forma, devido ao menor número de pessoas inscritas para as atividades, foi conformado somente um grupo. E então, esse grupo era atendido a cada semana por uma subequipe, como podemos visualizar no Quadro 3:

	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
Grupo Único	Psicologia			
Grupo Único		Ed. Física		
Grupo Único			Nutrição	
Grupo Único				Enfermagem

Quadro 3 - Atendimento GED mensal (segundo semestre de 2008 - conformação de um grupo)

Além do grupo de clientes que inicia a cada semestre nas atividades também é disponibilizado atendimento mensal para as pessoas que já participaram do acompanhamento semanal em semestres anteriores e ainda desejam permanecer vinculados ao GED. Tais atendimentos são realizados pela equipe multiprofissional, com um encontro mensal, sendo a cada mês por uma subequipe.

Os grupos semanal e mensal são atendidos separadamente, pois acredita-se que os mesmos se encontram em estágios diferentes de conhecimento com relação

Percurso Metodológico

à doença, uma vez que os primeiros já participaram do acompanhamento intensivo durante um semestre.

O contato por telefone é uma estratégia utilizada pelo GED para manter o vínculo com os participantes. No dia anterior aos atendimentos, todos são contatados para a confirmação da presença nas atividades.

O serviço é coordenado por duas docentes da EERP-USP e um docente da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP (FFCLRP-USP) e conta com uma enfermeira vinculada à EERP-USP. Estes profissionais constituem a parcela fixa de Recursos Humanos. As demais pessoas que compõem a equipe são alunos de graduação, pós-graduação, bolsistas (Iniciação Científica e Bolsa Trabalho/USP) e outros profissionais voluntários.

O acompanhamento é baseado, prioritariamente, na proposta de apoiar o paciente no enfrentamento da doença, com o objetivo de que sejam desenvolvidos conhecimentos teóricos e também habilidades práticas com vistas ao alcance da autonomia para o autocuidado.

São realizadas atividades educativas como: palestras (orientações nutricionais e de enfermagem), informações quanto à atividade física e atendimento visando o apoio e suporte no enfrentamento do diabetes. Tais atividades são realizadas prioritariamente em grupo, porém, quando são solicitadas orientações ou atendimento individual, estes são executados segundo a disponibilidade e competências dos profissionais da equipe ou feitas orientações para a procura de um profissional específico.

Em seqüência aos atendimentos em grupo são realizados os controles e avaliação de parâmetros clínicos como: peso corporal, glicemia capilar pós-prandial, pressão arterial e circunferência abdominal. Em seguida há um lanche cuja preparação se dá a partir dos alimentos que os participantes provêm o que também é uma forma de aprendizado e trocas de receitas.

Percurso Metodológico

4.2.2 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO DE PESQUISA E FOCO DE INVESTIGAÇÃO

Após ingressar na pós-graduação, no começo do ano de 2008, ocorreu a minha inserção no serviço, com a participação nas atividades desenvolvidas pela equipe, desde planejamento, execução (coordenação de grupos e colaboração no controle dos parâmetros clínicos) e avaliação. Em paralelo a tais atividades, a partir das experiências no campo, eram feitas adequações na proposta do projeto de pesquisa.

No primeiro semestre de 2008 foi feita uma coleta de dados piloto visando reconhecer as necessidades de ajustes no projeto de pesquisa. A coleta de dados definitiva foi realizada a partir do início do segundo semestre de 2008, entre os meses de agosto e dezembro.

Para a participação nas atividades do GED, me inseri como componente da subequipe de psicologia. A formação em enfermagem, direcionada para o trabalho em saúde mental, especialmente com grupos, permitiu essa aproximação e a característica da presente pesquisa apresentou maior consonância com o atendimento realizado por essa subequipe, que será melhor explicitado a seguir.

4.2.3 O GRUPO DE APOIO PSICOLÓGICO

As atividades desenvolvidas no Grupo de Apoio Psicológico (GAP), de certa forma, divergem dos demais atendimentos da equipe multiprofissional.

As subequipes de enfermagem, nutrição e educação física, trabalham temas pré-estabelecidos junto aos participantes do grupo. Temas como reeducação alimentar, medicação, aplicação de insulina, cuidados com os pés, orientações quanto à atividade física, dentre outros, eram explanados, discutidos e praticados, no processo educativo, cuja aprendizagem direciona para maior adesão ao tratamento do diabetes.

Percurso Metodológico

Os encontros coordenados pela subequipe da psicologia tinham um caráter diferente daqueles, ou seja, seguiam preceitos do trabalho com grupos, no sentido de captar a dinâmica grupal, com estímulo à livre expressão de idéias e sentimentos.

No nosso primeiro encontro, foi estabelecido um contrato grupal e pactuados aspectos operacionais para realização dos “Grupos de Apoio Psicológico” como por exemplo, estabelecimento de horário, duração, frequência dos encontros, participação e sigilo das questões discutidas no grupo. No geral, os encontros seguiam uma estrutura pré-determinada: primeiramente era realizada uma atividade de aquecimento (apresentação dos participantes e coordenadores, exposição das expectativas para a atividade, sinalização de como estavam chegando para o trabalho em grupo); em seguida, era proposta uma técnica grupal, para mobilização dos participantes do grupo e, ao final, de cada encontro era solicitada a avaliação das atividades realizadas no dia.

Consideramos importante listar e descrever de forma sumária as técnicas norteadoras dos encontros do Grupo de Apoio Psicológico, tendo em vista que as mesmas foram disparadoras das discussões e reflexões que compõem os resultados da presente pesquisa.

- **Expectativas diante do acompanhamento no GED:** Levantamento das expectativas relativas ao acompanhamento na Casa 5, por meio de duas perguntas disparadoras: Quais são as suas metas para o acompanhamento na Casa 5? Como você pode contribuir para que essas metas sejam alcançadas? Enquanto os participantes respondiam, as respostas foram sendo registradas em papel sulfite por um dos coordenadores do grupo e depositadas em uma caixa, cujo nome dado pelo grupo foi “Caixinha da Realidade”.
- **Teia da Saúde:** Os participantes foram convidados a construir uma teia com barbante, por meio da seguinte estratégia: Cada pessoa respondia à pergunta - O que é saúde para você? E então, repassava o barbante para alguma outra pessoa do grupo que também respondia à questão e, igualmente, repassava o barbante até que todos do grupo estivessem “ligados”. E então, iniciava-se o movimento de desconstrução dessa teia com cada participante respondendo à questão: Quais são as ações realizadas com o intuito de se alcançar a saúde referida na primeira resposta? Nesse movimento, os participantes foram estimulados a repensar a concepção de saúde indicada na primeira resposta, sendo muitas vezes idealizada e até distante das condições do grupo e então torná-las menos rigorosas e mais

Percurso Metodológico

passíveis de serem alcançadas. Ao final, os participantes foram indagados se foi mais fácil construir ou desconstruir a teia e então, discutiram questões que influenciam na disposição para o autocuidado e enfrentamento do diabetes.

- **Evolução dos sentimentos frente ao diagnóstico do diabetes:** Técnica de Imaginação Guiada, em que os participantes foram convidados a relembrar o momento em que o diabetes foi diagnosticado e então, escrever em uma tira de cartolina uma palavra representativa do sentimento relacionado a esse momento. No centro da sala foram dispostos dois papéis grandes, um verde e um vermelho. Os participantes foram convidados a dispor sobre esses grandes papéis a cartolina em que estava escrito o sentimento que tiveram no momento do diagnóstico do diabetes, se pudessem ser relacionadas a sentimentos positivos, sobre o papel verde e a sentimentos negativos, sobre o vermelho. Após esse movimento, os participantes foram convidados a refletir sobre a relação atual mantida com o diabetes e, então, se percebessem mudança nesse sentimento deveriam modificar as cartolinas de lugar, entre os papéis verdes e vermelhos.
- **Avaliação do acompanhamento no GED:** No último encontro com a subequipe de psicologia, a “Caixinha da Realidade” (confeccionada no primeiro encontro) foi relembrada e os participantes foram convidados a fazer uma retrospectiva da participação nas atividades do GED e comparar os benefícios alcançados, com as metas estabelecidas e registradas no primeiro encontro. Ao final do encontro foi realizado um amigo secreto. Após o sorteio de nomes, foi disponibilizado material (canetas coloridas, papel, cola, tesoura) e cada participante escreveu uma carta de despedida para o seu amigo secreto.

Gostaríamos de ressaltar que o estímulo à participação e livre expressão de idéias entre os participantes do grupo possibilitou que fossem discutidas e problematizadas dificuldades referentes aos temas abordados nos espaços de atividades com as demais subequipes, relacionados com as vivências e desafios cotidianos enfrentados com o Diabetes Mellitus.

As sessões do GAP eram realizadas na perspectiva do trabalho com grupos e por isso, frente aos objetivos da presente pesquisa, percebemos uma melhor adequação desse espaço de atendimento para a coleta de dados, pois as atividades possuíam caráter menos estruturado e os participantes tinham maior liberdade de fala, assim, trocavam experiências relacionadas com a doença e refletiam sobre as dificuldades e as estratégias de enfrentamento. Esse movimento do grupo nos

Percurso Metodológico

permitiu analisar aspectos referentes ao processo grupal, bem como investigar as contribuições deste espaço de aprendizagem (tido aqui como representativo dos demais) para a aprendizagem necessária ao tratamento do DM.

4.3. SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 16 pessoas, inscritas no programa semanal de atividades do GED, que compareceram ao GAP no período de agosto a dezembro de 2008.

No geral indivíduos adultos, sendo nove do sexo feminino e sete do sexo masculino, todos portadores de DM tipo II e com o objetivo comum de busca por um serviço para educação em diabetes, ou seja, apesar das inegáveis dificuldades frente ao controle da doença essas pessoas se prontificaram a buscar suporte profissional para auxiliá-las no enfrentamento da doença.

Ao longo do presente trabalho identificaremos os sujeitos por nomes fictícios, preservando os gêneros masculino e feminino, pois um parâmetro de análise durante a discussão dos dados se baseia nessa característica. No Quadro 4 demonstramos a participação dos sujeitos nos grupos coordenados pela subequipe de psicologia:

Sujeitos Sessões	Ester	Leticia	Lorena	Eduardo	Ana	Kátia	João	Davi	Tiago	Camila	Pedro	Alice	Pablo	Miguel	Carolina	Leila
1	x	x	x	x	x	x	x	x								
2		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
4		x	x	x	x	x	x	x		x		x	x		x	x

Quadro 4 - Frequência dos participantes no Grupo de Apoio Psicológico

Legenda: x Presente; Ausente

Como apresentado no Quadro 4, sete pessoas iniciaram o acompanhamento desde o primeiro dia e não faltaram, oito iniciaram a partir do segundo encontro e

Percurso Metodológico

destas, cinco participaram até o final, sem faltas. Alguns dos participantes que começaram a partir do segundo encontro foram convidados por aqueles que compareceram desde o início das atividades. Em todo o acompanhamento houve duas desistências cujas pessoas compareceram ao grupo num único encontro. A frequência média de participação foi de 12 por encontro.

O grupo pode ser caracterizado como homogêneo pelo fato de congregar participantes com a característica comum de serem portadores de Diabetes Mellitus e lidarem constantemente com os desafios inerentes ao enfrentamento da doença; heterogêneo pelas diferentes características relativas a idade, sexo, procedência; e aberto, pois o serviço permitiu a entrada de novos participantes até dois meses após o início do atendimento.

Foram incluídas na pesquisa todas as pessoas atendidas no GED, que compareceram em pelo menos uma das sessões coordenadas pela equipe de psicologia. Tendo-se em vista que a presente pesquisa aconteceu em um serviço já estruturado e com normas de funcionamento próprias, os critérios de exclusão dependeram dos respectivos critérios do GED, onde não são aceitos pacientes com co-morbidades psiquiátricas graves a ponto de prejudicarem a participação no grupo e também pessoas com diabetes gestacional.

Vale ressaltar que a presente pesquisa foi implementada a partir das condições de funcionamento GED/EERP-USP, sem a intenção de modificar o ambiente ou a forma de atendimento para que fosse realizada. Assim, os nossos delineamentos partiram das condições do campo e resultados do atendimento corriqueiramente oferecido à população.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu durante o segundo semestre de 2008, entre os meses de agosto e dezembro, durante os atendimentos realizados no GED.

Tendo em vista a sequência de atendimentos semanais realizados pela equipe multiprofissional, consideramos que a coleta de dados realizada em quatro momentos específicos nos permitiu um panorama de todo o atendimento oferecido ao longo do semestre para o grupo de pessoas que frequentaram o serviço.

Percurso Metodológico

Para optar por realizar a coleta de dados em momentos específicos do semestre, tomamos como pressuposto a integração das subequipes pela transversalidade do objetivo geral do serviço, que é a obtenção da autonomia no autocuidado relacionado ao diabetes. Desta forma, o grupo de pacientes que se reunia semanalmente, acumulou ao longo do semestre conhecimentos e reflexões construídos a cada encontro coordenado pelas diferentes categorias profissionais.

Ao pensarmos no processo grupal durante o semestre de atividades, apesar de cada subequipe coordenar o grupo somente uma vez por mês, eram notáveis as diferenças no grupo entre uma sessão e outra, pois em um mês de intervalo de atendimento com uma determinada subequipe, as pessoas passavam por outros três atendimentos, onde amadureciam enquanto grupo, bem como aperfeiçoavam os conhecimentos com relação ao diabetes.

Dessa forma, a coleta de dados realizada em momentos específicos desse acompanhamento, nos oferece um panorama da construção e dos conhecimentos alcançados por esse grupo nos demais espaços em que trabalharam juntos, não somente os derivados das vivências no Grupo de Apoio Psicológico.

Além disso, a escolha do Grupo de Apoio Psicológico como momento para a coleta de dados foi devido ao direcionamento mais próximo da perspectiva de trabalho com grupos, priorização da participação grupal, além da atuação da pesquisadora como co-coordenadora deste grupo.

Sendo assim, foi realizada coleta de dados nas quatro sessões do GAP que ocorreram durante o semestre e, conforme as considerações anteriores foram representativas dos 16 encontros, que totalizaram as atividades do GED nesse período. As atividades iniciaram no dia 05 de agosto e finalizaram no dia 09 de dezembro de 2008. A título de ilustração, esquematizamos a seguir, no Quadro 5, os atendimentos semanais ao longo do acompanhamento semestral do GED, sinalizando os encontros em que foi realizada a coleta de dados para a presente pesquisa:

Percurso Metodológico

Datas Equipe	Agosto				Setembro				Outubro			Novembro				Dezembro	
	05	12	19	26	02	16	23	30	07	14	21	04	11	18	25	02	09
Todos os profissionais																	
Enfermagem																	
Nutrição																	
Psicologia				CD				CD				CD					CD
Ed.Física																	

Quadro 5 - Atendimento oferecido no CEEAI – segundo semestre de 2008. Legenda: CD – Coleta de Dados

As quatro sessões foram gravadas em fita cassete e transcritas na íntegra. Durante os encontros, os participantes permaneceram dispostos em círculo e foi utilizado um gravador, que após as devidas explicações acerca de sua utilização e com o consentimento dos participantes, era colocado no centro da sala, buscando uma captação mais homogênea das falas.

Após cada encontro era feito um registro das principais impressões da pesquisadora acerca do grupo e seus movimentos, com o intuito de auxiliar no planejamento das sessões posteriores, oferecer um panorama acerca do desenvolvimento do grupo, além de subsidiar, a análise e interpretação dos dados.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da presente pesquisa os aspectos éticos preconizados para pesquisas com seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho de Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), foram preservados na medida em que a mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (ANEXO).

Após terem sido orientados acerca dos objetivos da pesquisa os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE) permitindo a gravação e observação das atividades correntes nos grupos com a posterior

Percurso Metodológico

utilização das informações, mediante garantia de sigilo e a não exposição a riscos, lesões, ou danos de qualquer espécie.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As transcrições do material áudio-gravado dos encontros foram submetidas à análise temática buscando identificar os temas que emergiram durante as sessões do Grupo de Apoio Psicológico.

Realizar uma análise temática, segundo Minayo (2006, p. 316) “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Desta forma, com a análise dos dados, buscamos temas que nos revelassem as contribuições daquele espaço de discussão para que os participantes encontrassem mecanismos de enfrentamento, tendo se em vista o objetivo do alcance de hábitos relacionados com o autocuidado em diabetes.

O caminho para a análise e interpretação dos dados segundo Minayo (2006), compreende: pré-análise (leitura das transcrições buscando maior contato com o conteúdo dos dados, primeiramente com enfoque para cada encontro em separado e então, uma leitura transversal das sessões, mais ampliada visando olhar atento para o processo grupal ao longo dos encontros); exploração do material (leitura aprofundada e repetitiva com o objetivo de identificar as unidades de registro, classificar e codificar os dados para a conformação de categorias) e, finalmente o tratamento e interpretação das categorias obtidas, que nos permitiu fazer inferências.

Na execução da presente pesquisa, após a pré-análise e identificação dos núcleos de sentido referentes às transcrições das sessões grupais, foram elaboradas categorias e subcategorias temáticas a partir da agregação e classificação desses núcleos de sentido em consonância com Minayo (2006, p. 317) que refere que: “a categorização – consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas - é uma etapa delicada, não havendo segurança de que a escolha de categorias à priori leve a uma abordagem densa e rica”.

Percurso Metodológico

A partir da análise dos dados, emergiram categorias temáticas e subcategorias as quais apresentaremos no capítulo a seguir.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material derivado das transcrições dos encontros do Grupo de Apoio Psicológico foi direcionada para a investigação dos seus núcleos de sentido e a classificação e organização dos mesmos, nos permitiu eleger as quatro categorias e respectivas subcategorias que delineiam a apresentação dos resultados a seguir.

- **Faço parte de um serviço de apoio em diabetes!**

 - Formas de aproximação do CEEAI

 - Expectativas diante da possibilidade de apoio

- **Tenho diabetes! – sentimentos e desafios relacionados**

 - A partir do diagnóstico a convivência com o diabetes se fez necessária...

 - Mudança de hábitos: a representação do diabetes no cotidiano

 - E no curso da vida... Além do diabetes, outros desafios!

- **Desmistificando a singularidade: o poder das trocas de experiências no grupo**

 - A construção de novas percepções acerca do diabetes a partir das interações grupais

 - A implicação com o outro: enfrentamento coletivo do diabetes

- **Avaliações realizadas pelos participantes durante as sessões grupais**

 - As três primeiras categorias são resultantes da análise de cada uma das sessões grupais separadamente. A convergência dos dados nos permitiu delimitar aspectos das vivências compartilhadas no grupo e falas que apontam para mudanças de posicionamentos frente ao diabetes. A quarta categoria foi construída a partir de uma análise transversal das sessões grupais, visando um olhar para o processo grupal, com base nas avaliações dos participantes proferidas durante as sessões do Grupo de Apoio Psicológico.

 - Os resultados serão apresentados juntamente com as falas que deram sustentação e embasamento para as discussões e análises.

 - Na medida em que a coleta de dados aconteceu com periodicidade mensal em quatro momentos pontuais ao longo do semestre e o grupo se reunia semanalmente para as demais atividades que compunham o acompanhamento realizado no CEEAI, percebemos também o desenvolvimento do grupo ao longo dos encontros.

Resultados e Discussão

As mudanças se apresentaram tanto em termos do processo grupal⁶, quanto na progressiva apropriação de conhecimentos e alterações de atitudes frente ao diabetes decorrentes da participação nos demais momentos em que trabalharam juntos, que não fizeram parte da coleta de dados da presente investigação, mas que se personificaram no crescimento e nas mudanças apresentadas a cada vez que essas pessoas se encontravam no Grupo de Apoio Psicológico.

5.1 FAÇO PARTE DE UM SERVIÇO DE APOIO EM DIABETES!

Para melhor apresentação e organização dos dados, esta categoria temática foi dividida em duas subcategorias: **Formas de aproximação do CEEAI e Expectativas diante da possibilidade de apoio**, que permitiram a construção de um panorama acerca da trajetória de inserção dos sujeitos no CEEAI, englobando o modo como tomaram conhecimento acerca do serviço e as motivações e expectativas que os levaram a se inscrever e participar das atividades.

5.1.1 FORMAS DE APROXIMAÇÃO DO CEEAI

[...] eu vim aqui porque a minha irmã indicou [...] ela tratou aqui no primeiro semestre e foi muito bom pra ela. E eu vi o tanto que fez benefício pra ela e ela me convidou e eu vim (Eduardo).

Nesta subcategoria foram agrupados relatos sobre o processo de aproximação das pessoas ao GED, com vistas a explorar a maneira como souberam da existência desse equipamento social e as motivações pessoais de cada um para se inserir nas atividades.

⁶ Osório (2007, p. 92) se refere a processo grupal como “Andamento terapêutico do grupo” e Rocha e Padilha (2004, p. 14) complementam referindo que são os “[...] diferentes comportamentos provenientes da interação grupal emergem e geralmente estão relacionados a fatores como: objetivos do grupo, comunicação interpessoal, liderança, papéis, cooperação, tomada de decisão, criatividade, inovação e outros aspectos das relações interpessoais”.

Resultados e Discussão

Algumas pessoas se inteiraram a respeito do GED por meio das estratégias de divulgação adotadas pela equipe, ou seja, publicação na mídia televisiva local, em jornal impresso de ampla circulação na cidade e em um jornal que circula entre a comunidade universitária com a finalidade de propagar as atividades oferecidas:

[...] passou na televisão e eu falei: Olha, tem ajuda! Então, eu falei se tem ajuda a gente tem que ver né (Letícia)

Eu vi pela televisão (Kátia)

Algumas falas nos remeteram à importância da divulgação realizada por pacientes que já foram atendidos no serviço, que no contexto de suas relações familiares e sociais anunciam os benefícios alcançados e aconselham outras pessoas a se inscreverem, como podemos perceber nos relatos a seguir:

Olha eu fiquei sabendo desse grupo já foi no ano passado, que o meu marido, um colega de trabalho participava e ele me chamava pra vim [...] (Ester)

Quem me convidou foi ela aqui foi a [Carolina]... Encontramos no posto de saúde e ela me falou e já me chamou e eu falei: Eu vou lá (Tiago)

E eu foi a [Lorena], [quem convidou para o grupo] (Camila).

Em contextos diversos, algumas pessoas, dentre várias outras, que também “ouviram falar”, decidiram que esse era o momento de buscar um suporte, ou mais um suporte, para o enfrentamento do Diabetes.

Uma das participantes inicialmente não entendeu a oferta do CEEAI e foi em busca de atendimentos que não poderiam ser efetivados:

Quando eu vi na televisão eu falei: Oba vou sair do SUS, eu quero médico!![...] Preciso ter um acompanhamento e essa foi a chance que eu tive de vim aqui, porque eu preciso, eu necessito, a minha [glicemia capilar] tá 283 então, eu não tenho aparelho, pra mim... Eu não sei, em algum lugar eu tinha que apegar eu vejo lá na televisão o apoio que é o apoio de vocês, eu falei: Não, essa eu não posso faltar não, ai eu peguei e tô aqui (Kátia).

Dentre os profissionais que atendem no CEEAI, o médico não está incluído, mesmo porque a proposta não é substituir o acompanhamento dos serviços de saúde. Quando olhamos para o Quadro 5⁷, percebemos que Kátia foi uma

⁷ Página 61, do Capítulo Percursos Metodológicos.

Resultados e Discussão

participante que, apesar do equívoco das primeiras expectativas, permaneceu até o final do acompanhamento.

Outra participante sinalizou que já sabia do CEEAI e, naquele ano, se viu no momento de iniciar o acompanhamento:

[...] quando foi esse ano eu fiquei atenta no jornalzinho, que circula aí da USP, pra ver quando que iria começar, porque nesse ano daria pra mim vim [...]. (Ester)

Reportando-nos ao Quadro 5, observaremos que esse foi o único encontro em que Ester compareceu.

Os participantes do grupo apontam que nem sempre uma decisão/planejamento prévios ou a coerência dos desejos da procura e os atendimentos ofertados são indicadores suficientes da permanência ou não numa atividade de educação em saúde. Em Boff (1999, p.145) encontramos uma referência a respeito da complexidade inerente ao processo do autocuidado que nos auxilia a pensar a respeito: “Cuidar do corpo significa a busca de assimilação criativa de tudo o que nos possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento”.

Tal citação nos remete à dificuldade que algumas pessoas podem ter frente às inúmeras facetas relacionadas com a disposição para se cuidar.

Thoolen et al. (2007) fizeram um estudo em que foram investigadas as razões para a recusa ou desistência entre pessoas convidadas para uma intervenção direcionada para o autocuidado em diabetes. Os resultados demonstraram que o nível de escolaridade entre os participantes era maior do que entre as pessoas que desistiram ou não iniciaram o acompanhamento. Ficou evidente também que esses consideram menos seriamente a doença e, geralmente, tinham numerosas responsabilidades em casa e na comunidade e, portanto o tempo era outro fator limitante para a participação.

Em outro estudo realizado junto a um grupo de mulheres com Diabetes Mellitus, também foi constatada que a sobrecarga de responsabilidades perante os cuidados da família é um fator que contribui para a não efetivação do autocuidado (PENCKOFER et al., 2007).

Desta forma percebemos que a investigação dos motivos que levam as pessoas a renunciarem a participação em atividades educativas pode ser um

Resultados e Discussão

indicador relevante das dificuldades também relacionadas à adesão ao tratamento do diabetes. E nesse sentido, destaca-se a necessidade de um olhar mais cuidadoso para essa população com vistas ao planejamento de medidas que estimulem a participação dos mesmos em atividades educativas.

Retomando as formas de aproximação entre os participantes e o CEEAI, também foi observado que o contato inicial com a divulgação desse serviço foi de familiares que então os avisaram acerca do atendimento:

Tem uma irmã minha que ficou sabendo através da televisão, a minha irmã tava assistindo e ouviu falar, pegou o telefone e ligou aqui e passou pra mim perguntou se eu vinha. Eu falei: Uai, quero ir conhecer. E eu vim terça feira passada, fiquei aqui e gostei do grupo, gostei de conhecer e resolvi ficar (Davi).

[...] eu vim aqui porque a minha irmã indicou, porque ela também faz parte do grupo só que agora ela vem uma vez por mês, ela tratou aqui no primeiro semestre e foi muito bom pra ela. E eu vi o tanto que fez benefício pra ela e ela me convidou e eu vim (Eduardo).

A família enquanto fonte de cuidados se faz presente e nos indica uma forte implicação com a condição de saúde do parente que possui um problema de saúde instituído. A ação de “ficar sabendo”, ligar, se informar acerca do atendimento e então repassar as informações mais completas possíveis denota a participação na luta cotidiana travada frente aos desafios inerentes ao diabetes.

Analisar as diferentes formas com que as pessoas se aproximaram do CEEAI se mostrou um fator relevante acerca das peculiaridades relacionadas com a disposição para o autocuidado por parte de algumas pessoas. Percebemos a importância da divulgação em massa e também dos clientes/multiplicadores, enquanto demonstrações vivas dos resultados da participação no atendimento. A importância de uma rede social de apoio, incluindo a família, também foi evidenciada.

Ainda permaneceu inconclusivo o motivo das desistências e tal inconclusão certamente se estende frente às pessoas que também souberam da existência do atendimento e não o procuraram, por uma vasta possibilidade de motivos. Esse foco não constitui objeto de nosso estudo e talvez possa ser apontado enquanto um limite do mesmo ou para novas investigações, no entanto, tal discussão nos remete à necessidade de um olhar integral também para as nossas intervenções profissionais, visando um maior alcance e melhor efetividade das mesmas.

Resultados e Discussão

5.1.2 EXPECTATIVAS DIANTE DA POSSIBILIDADE DE APOIO

Nós estamos aqui com uma esperança né, que é da melhora (Letícia).

A partir dos contatos iniciais de inscrição e inserção formal no CEEAI, um dos aspectos explorados no GAP foram as expectativas com que os participantes chegavam para o início das atividades. Algumas delas foram proferidas em terceira pessoa em decorrência da técnica disparadora utilizada para investigá-las em que, após uma conversa inicial em duplas, cada participante expôs para o grupo as expectativas do colega. Algumas pessoas apresentaram demandas mais abrangentes:

[...] veio aqui à procura de um incentivo na vida dela pra melhorar [...] (Eduardo).

E ele também veio pedir ajuda e tá se sentido bem aqui (Letícia).

Nós estamos aqui com uma esperança né, que é da melhora (Letícia).

[expectativa] pra tirar um pouco da minha ansiedade né (Alice).

Outros especificaram expectativas relacionadas à aprendizagem, porém, sem indicar o almejo de conteúdos ou habilidades específicas:

Ah, aprender coisas novas, né (Camila).

Ah, é que eu aprenda mais coisas, minha expectativa é essa (Kátia).

[A expectativa] É, aprender né, toda vez que a gente aprende alguma coisa a gente ganha (Pablo).

A nossa meta aqui é tentar recuperar o perdido, e tudo e aprender, o aprendido né (Alice).

Algumas pessoas traçaram expectativas mais diretamente relacionadas ao controle do diabetes, relacionando esse aspecto com aumento da qualidade de vida:

[...] conseguir controlar a minha diabete num nível baixo, num nível que me dê uma qualidade de vida, num nível que não me dê preocupações futuras, andar dentro do equilíbrio (João).

[...]continuar fazendo o tratamento direito, não abusar muito né, porque quem gosta da gente é a gente (Pablo).

Resultados e Discussão

Então essa seria a meta... Eu estando aqui no final, eu conseguir ser uma pessoa consciente tanto quanto vocês são e eu não sou [...] (Ana).

Foi no sentido que eu entrei nessa caminhada, no sentido de somar conhecimentos, sobre a doença que eu tenho eu sei que ela, que eu vou ter que aprender conviver e quero ser perseverante porque a meta aqui é perseverança, porque a doença existe [...] (Lorena).

Só espero que com quinze dias tenha emagrecido pelo menos 100 gramas, né (Kátia).

A diversidade de expectativas emanadas das falas dos componentes do grupo nos remete a pensar que essas pessoas sofrem de uma carência de cuidados. Dos relatos afloram necessidades de saúde em busca de ações de cuidado (a)efetivas.

Cecílio (2006, p.116) comenta que:

[...] demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames as ofertas tradicionalmente percebidas pelos usuários; as necessidades delas podem ser bem outras.

Nesse sentido, percebemos nos relatos demandas delimitadas pela oferta do CEEAI, as pessoas procuram somar conhecimentos acerca do diabetes, emagrecer, controlar os níveis glicêmicos. No entanto, nas entrelinhas escapam necessidades mais amplas: a perseverança, o equilíbrio, a qualidade de vida, o controle da ansiedade, recuperar o perdido, o incentivo para a vida melhorar, são anseios que denotam a complexidade do processo saúde-doença e demonstram pedidos por um atendimento integral.

Assim, Cecílio (2006) aponta o potencial da taxonomia das necessidades de saúde (necessidade de ter boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prologuem a vida, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe e necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”) enquanto possibilidades estruturantes de um atendimento integral e reforça a importância de que os profissionais adotem uma postura de escuta atenta que os permita decodificar as necessidades trazidas pelos usuários ao procurarem determinado serviço de saúde.

Percebemos uma confluência entre as indicações de Cecílio (2006) e os resultados alcançados por meio do atendimento em grupo. Vale ressaltar que nos referimos a grupos em que o coordenador tem a “ação pautada em um processo de

Resultados e Discussão

análise que se baseia numa leitura crítica da realidade do grupo, no sentido de ajudá-lo a pensar e encontrar suas respostas e construir o seu próprio crescimento, e não de oferecer respostas ou orientações preconcebidas construídas a partir do princípio de que todo grupo é igual” (FERNANDES, 2007, p. 44).

Vale ressaltar que enquanto coordenadores do grupo que foi objeto do presente estudo, a nossa atuação era pautada no direcionamento acima exposto e nesse sentido, obtivemos respostas comprobatórias da efetividade de tal postura na genuinidade das falas expressadas nesse contexto.

No relato de uma participante do grupo, percebemos uma postura inicial indicativa de que a mesma se sentia mera coadjuvante nas mudanças a serem operadas em seu próprio estilo de vida:

Então a meta, é ir trabalhar, fazer não sei como, ai já não é meu, sabe eu não sei como, mas é trabalhar a minha cabeça, conseguir fazer um regime, conseguir é nutricionalmente... Eu já diminui mas, mesmo assim eu não perco peso, eu não sei porque mas, é uma coisa que bate contra mim, então essa é a minha meta, trabalhar essas duas áreas (Ana).

É, vivenciar, é seguir todo conhecimento que vocês nos passam a gente cumprir, porque vocês sabem o que estão explicando, então ninguém melhor do que vocês pra passar esse conhecimento pra gente e a gente obedecer (Lorena).

[...] e eu tô aqui pra adquirir conhecimento a primeira vista e também, se eu tiver, puder passar algum, passar pro grupo e a contribuição que eu posso dar é ouvir de vocês, e procurar me controlar na alimentação, seguir os medicamento certo [...] (Davi).

No relato de outra participante percebemos que no grupo eram depositadas expectativas de suporte emocional e social:

Só de pensar de ter que vim às terças-feiras a gente já sente uma força maior. Você entendeu? Parece que já modifica a vida. Sabe? A gente sente que vai ter uma palavra de apoio, sabe? Ver outras pessoas conversar, que a gente sente falta disso né (Letícia).

As expectativas de alguns participantes são influenciadas pela inserção do serviço na Universidade e sua proximidade com o Hospital das Clínicas, o que faz com que eles imaginem a possibilidade de maior acesso à tecnologias de cura do diabetes, de pesquisas inovadoras caso estejam participando de atividades relacionadas com o meio acadêmico:

[...] eu tenho uma motivação, que agora nas pesquisas que a gente vê inclusive, no Hospital das Clínicas tem isso que é das células tronco, e eu acredito que do jeito que a tecnologia vai, vai melhorar muito. Tem que ir atrás desse conhecimento (Pablo).

Resultados e Discussão

[...] eu vim buscar alguma coisa que eu desconheça da minha doença e talvez cair de pára-quedas, igual eu caí aqui... Que a gente faça alguma coisa assim, alguma vacina que, e eu tô ali na parada (Tiago).

[...] seria bom, se tivesse um remédio que a gente tomasse uma vez só e curasse pra sempre né, essa seria a maior [expectativa] (Camila).

Quando a ação do coordenador permite a livre expressão de idéias e sentimentos entre os membros do grupo, as comunicações extrapolam enquanto possibilidades de se apreender sutilidades das crenças, valores e necessidades das pessoas, que se apresentam personificados na linguagem.

A coletânea de relatos aponta uma diversidade de expectativas frente à oferta do CEEAI. A proposta anunciada nos meios de comunicação em massa foi para a participação em um Grupo Educativo em Diabetes, onde atuam nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e enfermeiros. Quando as pessoas são informadas por outras que já participaram das atividades, podemos imaginar que as informações ultrapassam as citações de características dos atendimentos oferecidos e certamente são incluídas qualificações e opiniões pessoais relativas à vivência de cada um nas divulgações realizadas.

No entanto, os relatos mostram que as expectativas variam desde demandas relativas ao diabetes, como tratamento, controle, mudança de estilo de vida, até questões sociais e emocionais. Santos et al. (2009, p. 62) realizaram estudo das expectativas de um grupo atendido no CEEAI, diferente do grupo participante da presente pesquisa, e encontraram um padrão de expectativas bem próximas das que deparamos no grupo estudado. Nesse sentido referem que:

Os diabéticos trouxeram claramente uma expectativa de serem cuidados de maneira integral, isto é, de que fossem considerados pela equipe multiprofissional na multidimensionalidade de seu ser e viver. Também mostraram anseio de serem vistos como participantes ativos do programa.

Cabe ressaltar a importância de se discutir expectativas, principalmente no início de um atendimento, com vistas a equilibrar objetivos dos clientes às metas do trabalho terapêutico, que podem não ser corentes, bem como para que os participantes iniciem (ou amadureçam) um processo de elaboração mental de metas a serem alcançadas, além de entrarem em contato com metas dos demais componentes do grupo podendo ser influenciados por elas.

Resultados e Discussão

Na medida em que as expectativas são mencionadas, os participantes também se referem aos atendimentos recebidos no contexto de tratamento do diabetes, a falta de tempo para as orientações por parte dos profissionais é citada em alguns relatos, como podemos verificar a seguir:

[...] quando você vai no médico, mesmo com convênio, ninguém te dá tanta importância assim, olha, você vai tomar esse remedinho [...] (Alice)

Mas também a gente aprende aqui o que a gente não consegue aprender porque o médico não tem condição pra ficar te dando tempo[...] (João)

Você vai no médico, ah, você tá muito gorda, você vai ser isso, você vai ser aquilo, você vai ser diabética, não pode comer, você tem que se controlar, não sei o quê, mas gente, eu não tinha assim, um conhecimento do quê que eu poderia fazer, tá fazendo pra mim melhorar meu estilo de vida e agora eu aprendi aqui, tô aprendendo e quero continuar (Letícia).

Nas entrelinhas, ao caracterizarem as experiências anteriores, as pessoas delimitam expectativas para o atendimento que se inicia, ou seja, querem ser ouvidas, desejam tempo para que suas dúvidas sejam sanadas, querem o interesse dos profissionais.

Vários estudos referem a importância de um atendimento profissional baseado na escuta atenta, com interação efetiva com os clientes visando a construção de uma aliança terapêutica, no sentido de se alcançar uma melhor adesão ao tratamento, indicam ainda que a informação por si só não é suficiente para garantir a adesão terapêutica. No entanto, quando os profissionais não tem tempo, ou não priorizam nem o oferecimento de informações acerca da doença e cuidados necessários, os resultados da terapêutica instituída são incertos.

Neste sentido, Toral e Slater (2007, p.1644) citam que:

O fornecimento de informações sobre qualquer conhecimento de saúde é fundamental nas atividades educativas. O conhecimento contribui para sustentar ou desenvolver novas atitudes; é o componente racional necessário para motivar uma ação desejada.

Quando retomamos as expectativas do grupo, percebemos que até o fato de se ter um espaço para essa escuta, certamente constitui como um fator motivador para a continuidade da participação nas atividades, bem como uma oportunidade para que cada participante construísse suas próprias metas e objetivos frente ao Diabetes.

Atividades educativas cuja perspectiva de aprendizado extrapola o nível cognitivo, estimulando, por exemplo, tomadas de decisão e atitudes críticas permitem o desenvolvimento da habilidade de escolha, que propicia a libertação ao

Resultados e Discussão

invés da submissão (FRANCIONI; COELHO, 2004), Nesse sentido, Souza e Lima (2007) complementam afirmando que

quanto mais conhecimento o ser humano tiver sobre as causas que o afetam, mais possibilidade terá de ser ativo e livre perante sua própria vida, contudo quanto menos conhecimento tiver, mais viverá ao sabor do acaso sem perceber a verdadeira dimensão de sua servidão.

No decorrer das atividades do GAP estratégias como verificar as expectativas e estimular avaliações eram utilizadas com frequência e verificamos a importância de tais atividades tanto por meio da profundidade das falas compartilhadas, que acreditamos serem direcionadas pelo desenvolvimento progressivo de cumplicidade entre os participantes e também com a equipe profissional, quanto na responsabilização dos participantes pela própria evolução frente ao tratamento do DM. As categorias seguintes nos possibilitarão um maior contato com tais aspectos.

5.2 TENHO DIABETES! – SENTIMENTOS E DESAFIOS RELACIONADOS À DOENÇA

Nesta segunda categoria foram reunidos relatos que dizem respeito à utilização do espaço do grupo pelos participantes para discutirem sobre suas trajetórias de vida, sentimentos relacionados ao diagnóstico do diabetes, dificuldades e estratégias de enfrentamento da doença, ou seja, falas representativas da convivência com o diabetes.

As técnicas grupais realizadas no contexto do GAP permitiram emergir questões que perpassam pela convivência com o diabetes, possibilitando aos participantes que relatassem suas experiências de conviver com a doença e em grupo, buscassem a elaboração das mesmas, percebendo as próprias reações e dificuldades.

Para o desenvolvimento da presente categoria, apresentamo-la dividida nas seguintes subcategorias: **A partir do diagnóstico a convivência com o diabetes se fez necessária...; Mudança de hábitos: a representação do diabetes no cotidiano; e No curso da vida... além do diabetes, outros desafios!**. Os resultados e discussão oferecerão um panorama acerca das discussões grupais

Resultados e Discussão

relacionadas com as demandas do tratamento para o diabetes que tem foco principal na mudança de hábitos.

5.2.1 A PARTIR DO DIAGNÓSTICO A CONVIVÊNCIA COM O DIABETES SE FEZ NECESSÁRIA...

Quer queira, quer não, quando a gente descobre que tem a bendita, a vida da gente muda bastante você tem que se cuidar, se você quiser viver um pouquinho... Você tem que ter um pouco de amor na tua vida[...] (Eduardo)

Em alguns momentos, no contexto das atividades do grupo, o momento do diagnóstico do diabetes foi rememorado e na maioria dos casos, esse acontecimento foi acompanhado de sentimentos negativos, como nos mostram os relatos a seguir:

Irado [...] ele [o médico] falou pra mim que eu tava com diabetes, ai eu já fiquei nervoso com aquilo, faltou pouco pra mim dar uns tapa nele, eu não aceitei, fiquei (...) da vida [...] (Pedro).

[...] depois que eu vi que não tava sentindo bem, fui fazer os exame e deu o diabetes, mas eu nossa, fiquei muito chateada no começo (Leila).

[...] eu fui pro médico o médico chegou e falou, olha, você tá diabético, agora é pro resto da vida, e eu falei: Mais uma cruz... Eu já tentei mas, carregar não é fácil não! [...] O duro é depois que a gente tá velho, mais sossegado um pouco, tem a mardita [diabetes] que vai te perturbar mais ainda (Tiago).

Triste e decepcionado [...] eu quando eu soube que eu tinha [diabetes] eu fiquei revoltado, porque é uma coisa que você não espera na vida né [...] (Eduardo).

As falas seguintes demonstram que uma pequena parcela de pessoas buscou estratégias para tornar o fato de descobrir-se diabético menos traumático:

Eu sabia que eu tinha um problema de saúde, quando eu fiquei sabendo, fiquei triste, porém satisfeito. Porque poderia ser uma doença terminal... Essa não tem cura, mas não é terminal (João).

Bom eu quando eu fiquei sabendo da doença, tirei de letra [...] a única coisa é ter a vida limitada, mas eu sou feliz, tranqüilo (Miguel).

Nos relatos transcritos anteriormente podemos observar diferentes posicionamentos frente ao diagnóstico do diabetes. As falas que denotaram

Resultados e Discussão

sentimentos negativos diante do diagnóstico do diabetes se sobressairam às que indicaram comportamentos de enfrentamento frente à nova condição.

Péres, Franco e Santos (2008) desenvolveram um estudo em que buscaram conhecer os sentimentos e reações emocionais de mulheres após o diagnóstico de diabetes. Nesse trabalho, nos deparamos com depoimentos muito próximos aos referidos pelos participantes da presente pesquisa, em que se destacaram sentimentos com fortes tendências a contestar o diagnóstico do diabetes.

Mercado-Martinez et al. (1999) realizaram um estudo acerca de experiências existenciais subjetivas relacionadas à vida de pessoas que possuem diabetes e, dentre os sujeitos da pesquisa, observaram que cada um possui particularidades inerentes à sua própria experiência de padecimento percebendo “mudanças qualitativas e quantitativas não somente no seu âmbito orgânico e corporal, mas também em outras dimensões de sua vida laboral, social e emocional ... que se modificam com o tempo” (p.184).

Péres, Franco e Santos (2008) foram categóricos ao afirmar que o profissional de saúde deve enfatizar a escuta atenta no atendimento aos usuários, no sentido de oferecer uma atenção mais assertiva, respeitando a relação de cada indivíduo com sua condição singular de adoecimento.

A partir dos aspectos discutidos, os conteúdos contrastantes das falas de dois participantes do grupo nos chamam a atenção para refletirmos acerca da atuação do profissional da área da saúde:

Pra mim, uma doença qualquer (...) o começo pra mim foi igual quando você tá resfriado... pra mim vai fazer tratamento e passa, entendeu? ... E eu tava com 720 de glicemia [...] (Tiago).

No início eu fiquei chateada, e agora eu tô entrando em pânico [...]quando eu vejo todo esse povão falando dessas coisas tão perigosa que agora eu tô tendo consciência, eu fico em pânico. (Ana)

[...] porque eu entro um pouco em pânico também quando começa a falar que a coisa é brava porque eu não tinha muita noção, tanto é que o meu pai como diabético e eu nem sabia, e de manhã logo cedo eu dei um bolo com chocolate pra ele... mas até então eu não sabia era nada, pensava até fosse uma doença que sarava, porque ele falou pra mim assim: filha eu tô diabético eu falei: ah é pai, o senhor foi no médico? Fui. Quando ele voltou do médico eu perguntei e aí? E ele falou ah, tá tudo bem agora. Então, tudo bem e eu pensei sarou! Aí ele ia sair cedo de manhã eu dei pra ele um belodum bolo recheado de chocolate, falei: Não, o senhor não vai sair pra rua sem comer, ele comeu e caiu pela rua, aí que eu fiquei sabendo que diabete não tem cura, que tem que ter controle, sabe? (Ana).

Resultados e Discussão

Esses relatos demonstram o processo, pelo qual passa grande parte das pessoas acompanhadas no CEEAI, que chegam com pouco ou nenhum conhecimento sobre o Diabetes Mellitus, e na medida em que vão adquirindo conhecimentos acerca da condição em que se encontram, que “vão tendo consciência” da situação, mudanças de postura se operam, alguns, com posicionamentos de enfrentamento enquanto outros, podem ter dificuldades para suportar tal condição.

Somando-se aos sentimentos negativos relacionados ao diagnóstico de uma doença, essa condição parece ainda mais desafiadora quando a pessoa percebe que tal situação permanecerá incurável, como no caso do diabetes, demandando um esforço para a “convivência com a doença” enquanto uma nova condição da própria existência.

No decorrer do GAP os participantes indicaram que depois do diagnóstico do diabetes operaram mudanças na rotina com a incorporação de uma nova forma de viver, externa e diferente da construída ao longo dos anos. Os relatos seguintes são representativos de tais posicionamentos:

Quer queira, quer não, quando a gente descobre que tem a bendita, a vida da gente muda bastante você tem que se cuidar, se você quiser viver um pouquinho... Eu fiquei decepcionado quando eu fiquei sabendo, faz oito anos... Você perde tudo o caminho que você tinha antes, tem que voltar pra trás... A gente tem que deixar muita coisa pra trás, que a gente gostava antes de fazer e continuar... Você tem que ter um pouco de amor na tua vida[...] (Eduardo)

Então você tá aprendendo novamente, o que você aprende de criança, você tem que voltar pra trás e aprender novamente, a se alimentar direito. (Camila)

[...] a gente teve que alterar o modo de vida da gente, mudar o ritmo alimentar de vida da gente[...] (João)

A cronicidade do DM é reconhecida pelos membros do grupo e indica novos e permanentes desafios. A doença é apresentada como uma condição que perpassa por todos os âmbitos da vida da pessoa, não se restringindo a aspectos físicos ou fisiológicos e o auto cuidado aparece enquanto condição necessária para a continuidade da vida ou da saúde: “quando a gente descobre que tem a bendita, a vida da gente muda bastante, você tem que se cuidar” (Eduardo).

Resultados e Discussão

Diante da condição de cronicidade do diabetes, nos chamou a atenção relatos cujos conteúdos nos permitiram explorar aspectos das diferentes formas de convivência com essa doença.

Apresentamos a seguir algumas falas que demonstram que, para algumas pessoas, a convivência com o diabetes está imbuída de um forte caráter de negação:

Porque ela [diabetes] me decepcionou e eu quero ela longe de mim [...] depois eu acabei aceitando ela, então eu tô levando ela, ela fica prá lá e eu prá cá e nós vamos indo. Eu aprendi viver sem me preocupar com ela. (Eduardo)

A pior doença pra mim foi o diabetes, então eu comecei a encarar ela como se eu não tivesse ela, eu só tomo café com açúcar, eu como doce depois do almoço... e eu tô vivendo bem ... então eu me sinto melhor hoje [...] porque se você começar a achar que você tá doente, que você tem um diabete, que a diabete é uma doença incurável, que você não vai ter cura, então você vai ficar se atormentando, atormentando, cada dia ela sobe mais, então eu não me atormento mas com isso, eu convivo com ela como se eu não tivesse ela. (Camila)

Eu não tenho diabetes, tô mandando ela embora[...] (Pedro)

[...] eu prefiro mais achar que eu não tenho nada dessas coisa não (Ana)

Apesar da crise que o diagnóstico do diabetes pode representar na vida das pessoas o aprendizado de uma convivência saudável com a doença pode ser alcançado. A aceitação é relatada como forma de facilitar uma convivência positiva com o diabetes:

Não tem cura, mas tem jeito! É meio complicado, mas a gente chega lá, tomando o remédio sim, tem que aceitar tudo essas coisas, você aceitando fica mais fácil, já pus na minha cabeça, eu vou aceitar e só não quero mais aumentar, quero parar nisso (Alice).

Porque se a gente não aceitar a gente vai ficar sofrendo a vida inteira você entendeu? Então a gente tem que aceitar e fazer tudo de melhor pra saúde da gente (Letícia).

No conjunto de pacientes, alguns além de somente aceitar a condição de adoecimento buscam formas de enxergar o diabetes como uma parte não determinante de suas vidas. No entanto, percebemos que essa convivência não se dava de forma linear, conforme indicam os seguintes relatos:

Então eu tenho diabetes já faz 16 anos, tô saudável há 16 anos, só de 5 anos pra cá que foi difícil, muito alta a minha diabetes (Leila).

[...] já passei muitos bons momentos que, sendo diabética estava totalmente controlada (Lorena).

Resultados e Discussão

Olha eu tenho feito tudo o que está no meu alcance, então vamos dizer há três meses atrás, de quando eu venho aqui ... eu não levava muito a sério o controle da minha doença, que apesar de ser uma doença que não tem cura, mas tem tratamento e eu tô bem consciente ... eu tive de tomar uma posição, uma decisão, essa posição é pra controlar a minha doença diariamente, no meu caso teria que ser diário, não poderia ser semanal e nem mensal, então eu comecei com esse acompanhamento e registrando, o dia a dia, mas mesmo assim às vezes a gente leva um tombo, mas levanta novamente [...](João).

Em consonância com os autores Péres, Franco e Santos (2008) e Torres-López, Sandoval-Díaz e Pando-Moreno (2005), que referem sobre a existência de subjetividades e particularidades inerentes à relação que cada pessoa mantém com a sua condição de padecimento, os relatos dos participantes do grupo apontam para diferentes modos de convivência com essa doença. Nesse sentido, destacamos três diferentes posicionamentos frente ao DM: negação, aceitação e controle.

Quando focalizamos o aspecto da cronicidade do diabetes, é importante destacar a necessidade de uma assistência contínua, um processo de cuidados que consiga acompanhar os desafios que se impõem no cotidiano das pessoas e que consiga prever e aceitar diferentes posicionamentos frente à essa condição de adoecimento.

Os sentimentos e reações frente ao diabetes são fatores diretamente associados à adesão ao tratamento. Nesse sentido, Péres, Franco e Santos (2008) referem que a “raiva/ódio pode levar o paciente a se afastar de tudo aquilo que o faz lembrar do diabetes e seu tratamento, assim, esquecer de tomar a medicação e, em alguns momentos, alimentar-se com total liberdade, como se o diabetes não existisse”. Tal situação pode ser percebida claramente entre os participantes que tem posicionamento de negação frente ao diabetes.

Mercado-Martinez et al. (1999) indicam que, com relação às condições crônicas, está posto o desafio aos serviços de saúde para que o centro das atenções e atendimentos seja o problema de “viver com” mais do que o de “morrer por” determinado processo patológico. Dessa forma, é importante atentar para a disposição de enfrentamento por parte das pessoas atendidas, encontram-se em situação de negação, aceitação ou controle, para poder adotar estratégias mais adequadas frente às necessidades de cada usuário.

A convivência com o diabetes é fortemente influenciada pelo medo das complicações que comprometem a qualidade de vida das pessoas. Algumas

Resultados e Discussão

discussões no contexto do GAP foram direcionadas por este temor conforme podemos observar nos relatos:

Porque eu sei que se eu não fizesse eu sei que posso perder meus rins, eu posso ficar cega, eu sei que se pode perder os membros, principalmente inferior, então isso eu pus na cabeça, eu não quero ser uma pessoa, chegar na velhice sem uma perna, ficar cega, eu não quero pra mim isso, então por isso, que eu me cuido e sou radical no que eu faço, pra mim sabe? (Camila).

Esse pânico do grupo, que eu sinto é o seguinte, de saber das conseqüências, e de pensar assim, amanhã ou depois se a minha glicemia subir muito, ela vai cada vez subir mais porque eu não tenho controle, eu não sou como elas que diz pra elas próprias eu não posso, eu não faço, eu sei que eu não posso, mas eu faço. (Eduardo)

Essas falas indicam que o medo, apesar de ser um sentimento pouco agradável, em alguns casos pode servir como impulso para uma maior adesão ao tratamento. Tendo-se em vista que existe uma relação implícita entre o processo saúde-doença-cuidado com a forma com que as pessoas percebem a condição de adoecimento como uma realidade concreta ou não, a característica silenciosa dos primeiros sintomas do Diabetes Mellitus, quando a pessoa não se sente doente, pode dificultar a adesão ao tratamento, e nesse sentido, o medo da possibilidade de complicações pode atuar como um fator impulsor (MACHADO; CAR, 2007).

Durante a interação com o paciente o profissional de saúde deve oferecer orientações legítimas, porém, deve ficar atento quanto à disponibilidade psicológica das pessoas para entender e assumir a dura realidade que está sendo posta à sua frente, mediante a possibilidade de que desencadeiem um processo de negação da doença (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008). Dessa forma, percebemos que o medo, ao mesmo tempo que pode ser considerado como um ativador de mudanças, pode ter um efeito paralisante.

Assim, é inegável a importância de que a população assistida tenha conhecimentos acerca do diabetes para que adotem uma postura autônoma frente a tal situação, no entanto, o medo não deve ser utilizado como um recurso auxiliar nas orientações profissionais.

A convivência com o diabetes torna-se um desafio ao demandar dos seus portadores uma revisão dos hábitos construídos ao longo dos anos e que, certamente possuem raízes profundas, culturais e familiares. Assim, a mudança é fortemente enfatizada no tratamento do diabetes, porém é desafiadora na medida

Resultados e Discussão

em que perpassa pelo cotidiano de forma marcante, como perceberemos na subcategoria a seguir.

5.2.2 MUDANÇA DE HÁBITOS: A REPRESENTAÇÃO DO DIABETES NO COTIDIANO

Mas aí tudo o que for controlado, desde que você esteja com o açúcar controlado, você pode experimentar um pouquinho, só não pode exagerar, mas você pode matar a vontade (Pablo).

Uma das características marcantes no tratamento das doenças crônicas é a necessidade de mudança dos hábitos de vida. Tal condição é decisiva para o prognóstico da doença. No entanto, os participantes do grupo nos relataram as dificuldades inerentes ao processo de mudança, na medida em que atravessa a vida com sua complexidade perpassando por aspectos econômicos, sociais, emocionais, culturais, dentre outros.

Os relatos que subsidiam a subcategoria desenvolvida anteriormente nos indicaram que a mudança de hábitos foi um aspecto bastante referido entre os participantes do grupo. Nesse sentido, algumas falas são representativas da opinião que ressoa no grupo, afirmando as dificuldades inerentes a esse processo:

[...] eu tive uma readaptação, que foi difícil pra mim, essa readaptação e foi muito difícil mesmo[...] (João).

[...] eu não consigo sequer fazer regime pra perder peso, que eu sei que preciso, agora, depois que eu tô aqui eu tô vendo que não é só doce, entendeu? Então eu fico pensando se eu não consigo nem fazer regime, como que eu vou conseguir o resto? (Eduardo).

Os pacientes estão cientes que como consequência do diabetes, possuem uma chance aumentada de desenvolver agravos à própria saúde, mas sabem também que têm a chance de mudar este quadro por meio da mudança de estilo de vida, porém percebem que esta mudança não é simples e depende de muita força de vontade como poderemos comprovar a partir dos relatos que sustentam a presente subcategoria.

Resultados e Discussão

Muitas organizações de saúde direcionam o atendimento para pessoas com diabetes baseado no repasse de informações e, nesse sentido, Gazzinelli et al. (2005, p. 202) enfatizam que um programa de educação em saúde deve “extrapolar o campo da informação, ao integrar a consideração de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas”.

Caso sejam agregados outros valores ao momento de interação profissional-paciente e seja desvestida a supremacia do saber científico, as trocas tendem a ser mais genuínas e significativas no sentido que o cliente seja auxiliado na elaboração de dificuldades que muitas vezes nem são verbalizadas em modelos de intervenções prescritivas (GAZZINELLI et al., 2005).

Na medida em que se oferece espaço para a verbalização os participantes expõem questões referentes às dificuldades, impedimentos e estratégias de enfrentamento inerentes ao tratamento e que certamente ultrapassam os limites planejados para uma intervenção prescritiva, permitindo uma abordagem mais ampla e significativa da condição de adoecimento.

Nas discussões do Grupo de Apoio Psicológico, os próprios participantes se encarregaram de classificar a reeducação alimentar como o maior desafio dentre as mudanças de hábitos recomendadas:

Porque eu sou de personalidade, mas, na área da alimentação me falta. (Eduardo)

É, mas a briga maior é na alimentação né! (Letícia).

Eu acho que [a alimentação] é uma luta constante[...] (Pablo)

Endocrinologista eu já fui, nutricionista eu já fui, tudo quanto é coisa eu já fui, nunca deu certo. (Ana)

Mas é o que pega mais [a alimentação]... E você não pode tomar uma cerveja. (Tiago)

[...] em relação ao alimento, que é uma limitação também, né, porque nem tudo você pode estar comendo demasiadamente também né, aquilo vai te causar alguma coisa [...] (Miguel).

Pode juntar todo mundo pra ver o que é mais [difícil], se não é o regime alimentar. (Pedro)

[...] às vezes eu fico um pouco revoltada comigo mesmo porque eu sempre fui uma pessoa de opinião muito forte, sempre soube o que eu quis, sempre tanto é que quando eu falei que não... Eu fumava, eu falei não vou fumar e não fumei mais, mas em relação à alimentação eu não consigo falar não, eu não vou comer isso, se eu achar que eu gosto eu como. (Ana)

Resultados e Discussão

Estes relatos nos indicam a dimensão que o desafio da reeducação alimentar representa na vida e no cotidiano de cada indivíduo portador de diabetes. Outros estudos cujos sujeitos foram pessoas com diabetes, também citaram a alimentação como o maior desafio imposto no conjunto dos cuidados recomendados (TORRES-LÓPEZ; SANDOVAL-DÍAZ; PANDO-MORENO, 2005; MATTOSINHO; SILVA, 2007).

Toral e Slater (2007, p.1643) enfatizam que “o comportamento alimentar é determinado por diversas influências, que incluem aspectos nutricionais, demográficos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos de um indivíduo ou de uma coletividade”, indicando a complexidade inerente ao padrão de consumo alimentar na medida em que é resultante de estreita relação entre aspectos cognitivos e emocionais.

No desenvolvimento da presente subcategoria a todo momento serão resgatadas falas proferidas no grupo de apoio que sugerem as diversas influências que circunscrevem o comportamento alimentar delineadas por Toral e Slater (2007), reafirmando consecutivamente a complexidade inerente ao processo de mudança dos hábitos alimentares.

Foram observados diferentes posicionamentos frente a este desafio no contexto do grupo. Alguns participantes percebem o controle alimentar como um martírio, impossível de ser concretizado. As reações vão desde raiva até certo sentimento de descrença e culpa, como nos indicam os relatos apresentados em seguida:

Igual eu saio daqui hoje, por dois dias eu fico até firme, no terceiro eu já esqueço tudo sabe, uma coisa estranha, parece que eu tenho medo de sentir fome [...] (Ana)

[...] eu já diminui muito, mas às vezes quando chega à noite, por exemplo, eu não estou com fome, mas tudo o que eu vejo eu fico comendo, é uma coisa assim, que eu não entendo porque que eu mesma não consigo me controlar nisso (Eduardo)

[...] esse ano eu falei pronto, janeiro em diante eu vou comer um pedaço de doce, mas é duro! Agora não pode tomar cerveja, não pode comer isso, não pode aquilo, agora, dentro de um limite, eu tomava uma caixa de cerveja, agora eu to tomando três, quatro [garrafas] (Tiago)

Chega no médico ele fala um monte de coisa que você pode comer, mentira! Tem dia que você não tem nada pra comer[...] Sabe o quê que pode? Você pode tomar à vontade, é tomar água e chá com adoçante. Não tem jeito... Só, chá e água. (Pedro)

Tudo o que você come a mais aumenta, você tem que se escravizar a carne, o arroz o feijão, tudo, tudo. (Tiago)

Resultados e Discussão

Eu procuro fazer ginástica, alguma coisa, se eu não tô muito bem, saio vou fazer caminhada, aí eu me sinto melhor é, tem que achar alguma coisa, comer a gente não pode comer muito mesmo, porque já perdeu a saúde...(Leila)

Algumas pessoas se consideram prejudicadas por não poderem comer da forma como gostariam, mas, outras conseguiram identificar a mudança de hábitos alimentares como uma forma de reeducação e assim equilibrar vontade e moderação como podemos perceber nos relatos a seguir:

Eu tô fazendo isso, que eu adoro doce, eu chego perto e falo não, eu vou ser mais forte, não vou comer. (Letícia)

O que eu comia de mais eu passei a mais experimentar... o pessoal fez um torresminho, tá lá torresmo à vontade, eu vou experimentar um torresminho, não vou ficar com vontade [...] (Miguel)

[...] toda segunda eu ficava o dia inteiro fazendo pão de queijo, bolo, não sei o quê, não sei o quê, acabou, agora voltei a trabalhar porque preferi trabalhar de segunda, do que ficar em casa fazendo coisa de comer e com depressão. Então você tem que tentar...(Ana)

Mas aí tudo o que for controlado, desde que você esteja com o açúcar controlado, você pode experimentar um pouquinho, só não pode exagerar, mas você pode matar a vontade. (Pablo)

[...] o marido foi lá pro rancho, ao invés de ficar lá comendo, comendo, fui fazer limpeza lá, ao invés de comer fiquei varrendo, aí fiquei cansada também, cheguei em casa, cansei e dormi uma hora. (Leila)

Alguns relatos são notáveis por indicarem a mudança de hábitos alimentares como positiva, ressaltando os benefícios percebidos no próprio corpo e reconhecendo que o descontrole pode ser prejudicial:

Eu pra mim foi bom sabe porque agora eu vou na academia, eu não ia, eu acho bom porque agora eu sou persistente na academia, adorava doce, se não tivesse doce eu punha um monte de açúcar num copo de leite e tomava, hoje eu já não gosto, e pra mim, pra minha saúde era ruim isso. (Camila)

[...]diminui tudo, eu antes de saber o que eu tinha, eu comia cinco seis filão por dia, era dois de manhã, na hora do almoço era mais uns dois, de noite, agora não, como meio filãozinho de manhã cedo, acabou... o corpo da gente é outro, a disposição é outra[...] (Eduardo).

[...] eu tô fazendo de tudo pra minha saúde, pra dizer que eu gosto de mim também, né, eu tenho dois netos, tenho minha filha, então eu tenho prazer de viver, ainda tenho meu marido... Sobre as coisas assim não pode isso, não pode aquilo, eu não senti nada assim de mal, eu senti de bem, porque eu tô me cuidando com aquilo que não pode, com isso eu tô me cuidando e com isso eu tô me sentindo bem. Eu não sinto mais assim que não pode, eu sinto que eu posso é tudo sem exagero. (Letícia)

Resultados e Discussão

direcionados para a aceitação da doença e estão em processo de motivação intrínseca para o tratamento.

Nesse sentido, Péres, Franco e Santos (2008) apontam que a negação funciona como uma válvula de escape para as pessoas que não suportam viver com restrições o tempo todo e quando se inicia um processo de perceber que, além das perdas e sofrimentos, houveram ganhos e benefícios, sinaliza-se o princípio de um processo de aceitação da doença. Dessa forma, os autores enfatizam a importância de uma escuta atenta para no sentido de que sejam tomadas condutas coerentes com as reais necessidades do cliente, dependendo da relação mantida com a doença, se de negação, aceitação ou controle.

Outro aspecto observado a partir da análise dos dados remeteu a uma espécie de solidão da pessoa que possui diabetes frente às discrepâncias entre os hábitos alimentares considerados necessários para si e os costumes alimentares da família e rede social, como pode ser percebido nas falas seguintes:

Na minha casa é o contrário, lá em casa é o contrário, eu é que tenho que me cuidar, porque o meu marido nós fomos pra Poços... Eu falei leva um vidro de doce e ele não, eu vou levar dois, e trouxe dois: Come um pouquinho não faz mal! Eu falei: Não, não quero, não posso comer doce, aí ontem de tanto ele me insistir eu comi um pedaço de doce de abóbora [...] (Camila)

Tinha que varar o natal nesse grupo senão[...] [risos] (Kátia)

[...] evito doce durante a semana toda... fui no aniversário do meu sobrinho ... Chegou lá, aqueles bolo delicioso, que eu nem gosto muito de bolo, isso que me admira eu não ter cabeça, aí eu peguei e fui experimentar, eu gostei, comi mais, almocei, comi mais bolo e pavê, então eu sei que eu não cheguei lá, mas quem sabe um dia? (Ana)

Quando enfocamos a convivência familiar, os relatos dos participantes da pesquisa revelam que no cotidiano existe uma segregação entre os alimentos que as pessoas com diabetes “devem” consumir e os alimentos que as pessoas saudáveis “podem” consumir. As mulheres parecem mais sensíveis a esse aspecto e tendem a se sentir culpadas por modificar os hábitos alimentares da família ou não mudam o padrão de alimentos produzidos para que os outros não sofram das mesmas restrições:

[...] na minha casa eu até prejudiquei o meu sogro, meu marido, meu filho, eu falei, ó vocês não compra pão aqui não, comprou eu como! (Ana)

Resultados e Discussão

[...] E não é deixar de fazer as coisas em casa, eu não deixo não, essa semana passada eu fiz doce de leite, se o meu filho gosta, eu não vou deixar de fazer pra ele, porque eu não posso comer. (Camila)

Já os homens, mostraram um posicionamento diferente nesse sentido indicando que priorizam os próprios desejos ou a necessidade de não senti-los, aos desejos dos demais familiares:

[...] meus filhos ficava lá comigo agora eles chegam só tem [refrigerante] zero, não tem pra eles, mas eu quero cuidar de mim. Você vem aqui você vai achar guaraná zero e guaraná diet, se você quiser tomar do outro você vai trazer o seu. (Eduardo)

É não ter em casa, não comprar, eu não compro coisa que eu gosto e não posso não, eu jamais vou levar pra minha casa... o que eu gosto eu não compro, nem pra mim nem pra eles, sorvete eu não compro. (João)

Torres-López, Sandoval-Díaz e Pando-Moreno (2005) reiteram esse sentimento de segregação entre as pessoas que possuem diabetes e a família e rede social (consideradas pessoas saudáveis). Tal condição pode ocorrer pela natureza dos alimentos altamente calóricos consumidos em reuniões sociais e mesmo no ambiente domiciliar, pelo horário da alimentação que precisa ser rigoroso para evitar a hipoglicemia e pela tendência de se comemorar datas festivas com alimentos.

Em estudo realizado com familiares de pessoas que participaram de um programa educativo em diabetes, Zanetti et al. (2008) indicaram repercussões na família à partir do aprendizado obtido e das mudanças de hábitos conquistadas. No entanto, os familiares, que foram entrevistados, referiram as modificações implementadas pela pessoa que possui diabetes, mas não referiram tal mudança no próprio padrão alimentar. Desta forma, os autores indicam a necessidade de envolvimento da família no processo de educação em diabetes, com enfoque na importância do desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis independente da existência de uma condição patológica.

Os participantes do presente estudo, também mencionaram o fator financeiro como dificultador da manutenção de uma alimentação saudável:

Olha, o que é importante é o seguinte, isso atinge a maioria do povão, a parte econômica, porque não é barato também você manter uma alimentação de acordo com o diabetes... E os testes, as fitas, tudo... a insulina, tudo caro, também é tudo caro. (João)

Resultados e Discussão

[...] [mesa] farta com qualidade, tem que ter dinheiro, tem que ter dinheiro, porque é o tal negócio, eu compro um maço de alface, hoje o alface tá bom, tá cinqüenta centavos, mas, em compensação, você vai comprar o arroz, se você for comprar o arroz integral ele tá 15, 16 conto aqui.(Tiago)

Outros estudos também indicam o fator financeiro como dificultador de uma manutenção de uma alimentação saudável (TORRES-LÓPEZ; SANDOVAL-DÍAZ; PANDO-MORENO, 2005; TORAL; SLATER, 2007). Drewnowski e Specter (2004), em estudo de revisão da literatura com foco na realidade norte americana, referem que alimentos mais calóricos são mais baratos e tendem a oferecer maior sensação de saciedade e serem mais agradáveis ao paladar, conseqüentemente os preços e a renda influenciam diretamente na escolha dos alimentos, nos hábitos alimentares e na qualidade da dieta, ratificando as dificuldades sinalizadas pelos participantes da presente pesquisa.

O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006a), divulga um posicionamento diferente dos autores citados anteriormente: “ao contrário do que tem sido construído socialmente, por meio de informação equivocada, veiculada principalmente pela mídia, uma alimentação saudável não é cara, pois se baseia em alimentos in natura e produzidos regionalmente” (p.35).

Nesse sentido, a legislação brasileira, por meio da Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006b) prevê estratégias para ampliação do acesso a alimentação saudável, incluindo o estímulo a ações intersetoriais com vistas a subsidiar um maior acesso aos alimentos saudáveis por parte da população em geral.

O tratamento não medicamentoso relacionado ao diabetes requer uma revisão dos hábitos de vida até então consolidados e a incorporação de um estilo de vida mais saudável. As trocas realizadas no grupo de apoio são indicativas da dificuldade inerente a esse processo. Até o momento descrevemos os aspectos relativos à alimentação, eleita pelos participantes como a que mais difícil de ser modificada.

Ainda na discussão da subcategoria relativa à mudança de hábitos o grupo sinalizou outras dificuldades que perpassam pela rotina de uma pessoa que possui diabetes, derivadas de cuidados demandados a partir do diagnóstico da doença.

Resultados e Discussão

O monitoramento da glicemia é uma das práticas apontadas por permitir rastrear os níveis glicêmicos e foi objeto de discussão dos participantes da presente pesquisa, como indicam os relatos a seguir:

[...] hoje eu tenho um acompanhamento, faço o controle diariamente, faço o teste de manhã, às vezes duas horas, prandial, duas horas após o almoço... O que eu tenho percebido a última semana é que eu uso dois aparelhos, passei a usar dois aparelhos... Dá diferença de vinte na glicemia um pelo outro... (João)

[...] eu sei que um dia, eu adoro um biscoito de nata, e eu entrei no biscoito de nata, me deu vontade e eu quis comer, ah mais dois dias depois eu fui fazer exame de sangue, da diabetes, meu Deus, tava 380, foi eu tenho certeza, porque eu não comi outra coisa... (Lorena)

Como mostram os relatos transcritos acima, as opiniões acerca da monitorização glicêmica e formas de uso divergem entre os participantes da pesquisa. Considerando que um dos aspectos fundamentais no tratamento do diabetes é o rígido controle glicêmico, com vistas a retardar ou amenizar os efeitos das complicações, a monitorização glicêmica capilar tem o importante papel de indicar os níveis de açúcar no sangue e possibilitar conhecer e intervir caso seja necessário:

[...] a glicemia vai me dizer, se eu tiver com 90, durante uma semana, põe de 90 a 110 põe aí, quer dizer que eu tô bem, na minha parte de saúde, que é o meu foco né, não pode é estar 160, 180... Mas, isso muda diariamente, então, você sabe, no dia que deu 180, o que aconteceu? Tá recente, então você sabe, entendeu? Tá na memória ainda o que fez subir. (João)

A monitorização glicêmica também é referida como um hábito difícil de ser conquistado e pouco desejado vindo acompanhada de grande tensão como nos indicam o relato de uma participante:

[...] eu tenho 14 dias que eu não venho fazendo o teste... é que eu tô numa tensão muito grande, muito grande, muito grande, olha hoje vocês podem até falar que eu fui, eu larguei minha mãe com problema, larguei o pedreiro tirando todo o reboque da casa, larguei tudo lá e vim pra cá. (Alice)

Em pesquisa realizada com adolescentes portadores de DM tipo I, verificou-se que a necessidade de monitorização glicêmica sistemática é um dos aspectos que dificultam o trato com a doença (MAIA; ARAÚJO, 2004).

Resultados e Discussão

Grossi, Cianciarullo e Manna (2002) realizaram um estudo em que foi oferecido um acompanhamento com orientações a respeito do diabetes aliado a monitorização glicêmica periódica. As autoras concluíram que a monitorização favoreceu uma maior segurança e autonomia resultantes do processo educativo na medida em que permitiu a abordagem dos problemas práticos enfrentados no cotidiano dessas pessoas. No entanto, verificou-se que a monitorização em si, não garante o controle metabólico.

Como parte da atenção que deve ser despendida para cuidados com o corpo, a atividade física também deve ser incorporada na rotina como nos indicam os relatos a seguir:

Ai mas isso é porque eu não fazia caminhada, ela falou vai fazer caminhada, você faz caminhada, eu falei: ah, não vou fazer caminhada por que isso não resolve nada... teve um dia que eu levantei mais cedo, isso era umas cinco horas as manhã, ai eu peguei o aparelhinho e fui medir tava 160 a glicemia, falei, quer saber eu não vou tomar nada agora não, vou fazer uma caminhada, ai eu saí quarenta minutos quando eu voltei, fui medir foi pra 75 ... ai agora eu passei a fazer caminhada, agora tô fazendo caminhada, espero daqui até o final do ano quase que zerar essa insulina. (Davi)

Até que eu tenho tentado fazer alguma coisa como, por exemplo: a academia, que eu tô ficando mais tempo[...] (Ana)

[...] eu não fazia ginástica agora eu entrei na hidroginástica, fazendo caminhada. (Kátia)

Eu também faço caminhada [...] (Lorena)

Comigo funcionou mesmo foi fazer exercício físico, caminhada, passei a fazer três a quatro vezes por semana... Agora um dia sim e um dia não eu como um pedaço de doce e, pra mim não modificou nada. (Davi)

Podemos perceber certa relativização do cuidado, com adoção de certas manobras compensatórias – quando a glicemia está alta, pratica-se muita atividade física e/ou reduz-se o consumo alimentar:

Mas eu ando sim, quando a diabetes tava alta eu ficava andando na cidade, ia longe a pé, e não comia muito e tava com a diabete alta [...] (Leila)

Alguns percebem as atividades de autocuidado como prescrições a serem cumpridas e a referência aos cuidados é desvinculada da manutenção da saúde, mas adquire uma conotação mais ampla, como uma forma de “tratar” o Diabetes Mellitus.

Resultados e Discussão

Nas intervenções profissionais direcionadas a essa população é importante que se estimule a percepção de que tais hábitos são também buscados por pessoas com a intenção de alcançar um estilo de vida saudável, para que “pessoas diabéticas” se tornem “pessoas com diabetes”, cujas vidas não precisam ter, necessariamente, o DM como foco central (OLSHANSKY et al., 2008).

Um fato que nos chamou a atenção foi a pequena quantidade de relatos acerca do exame dos pés e auto-aplicação de insulina dentre os assuntos tratados no contexto do grupo de apoio:

Fica olhando o pé pra saber se não tá inflamado pra saber se não vai cortar o pé, é triste... A realidade é triste demais. (Pedro)

Tô tomando insulina, e eu até o começo do ano eu não tomava remédio pra diabetes ai eu fiquei internado... até baixar o diabetes, ai eu comecei a tomar, o comprimido, mas os comprimido não tava mais fazendo efeito, ai ela passou pra insulina (Davi)

Quando avaliamos a importância do autoexame dos pés e também da autoaplicação de insulina no tratamento do diabetes a pequena quantidade de falas relativas a tais práticas nos remete a questionamentos: São cuidados pouco presentes entre os participantes do grupo? Estão associados a menores dificuldades de adesão? Ou são práticas que não se constituem enquanto preocupações para o grupo?

Para Pace et al. (2002), é fundamental a avaliação e cuidado dos pés enquanto prática preventiva que possibilita a identificação de fatores de risco para ulcerações e amputações entre as pessoas que possuem DM e reiteram que seria importante a realização de tais cuidados pelas equipes da atenção primária.

Apesar da alimentação ter sido eleita pelos participantes do grupo como o maior desafio frente ao diabetes, os seus relatos também apontam dificuldades diante da necessidade de despender maior atenção para o corpo, o que engloba outras práticas como o monitoramento da glicemia capilar, o exame dos pés e a prática de atividade física.

Resultados e Discussão

5.2.3 E NO CURSO DA VIDA... ALÉM DO DIABETES, OUTROS DESAFIOS!

[...] tem mais ou menos uns 10 anos que eu já convivo com a diabete, mas se você pensar tem dia assim que bate aquele negócio assim, quer morrer, quer morrer, é uma depressão, e os problemas da gente do dia-a-dia[...](Alice)

Apesar do foco do Grupo de Apoio ter sido o diabetes, ao longo dos encontros os pacientes referiram que no curso de suas vidas, o diabetes não era o único e às vezes nem o maior desafio, como descrito nos relatos a seguir:

[...] fui fazer tratamento pro vírus da Hepatite C, tomei aquele Interferon e depois que acabou o tratamento, inexplicavelmente me deu uma febre ai a diabetes subiu, ai foi pra 400, eu fiquei praticamente cego, não enxergava quase nada, só vulto eu via, (Davi).

[...] tem mais ou menos uns 10 anos que eu já convivo com a diabete, mas se você pensar tem dia assim que bate aquele negócio assim, quer morrer, quer morrer, é uma depressão, e os problemas da gente do dia-a-dia[...](Alice)

[...] toda segunda eu tava em casa, ai eu senti duas coisas, primeiro tava uma depressão tremenda por causa do meu filho, por isso a hora que ela falou eu fiquei assim... Não posso nem falar muito, porque meu filho também foi embora do Brasil, faz um ano que eu não vejo (Ana).

Eu tenho tirado agora que o meu problema é a ansiedade, voltei de novo na ansiedade, tanto é que na semana passada, eu tô procurando um cárdio e um endocrinologista porque tô descompensada, tanto na pressão, quanto na diabetes, uma ansiedade que mata. A gente tenta, não vou falar que eu não tento não porque eu quero fazer com mais atenção (Alice).

É porque eu já tenho a pressão alta, já tenho um mioma, e outras preocupação[...](Alice)

Tais falas nos permitem compreender de forma mais fidedigna o contexto de vida dessas pessoas, alguns deles se referem à presença de outras patologias, não provenientes de complicações do diabetes, mas de etiologias diferentes.

Também são descritas dificuldades ligadas à família, problemas de morte, doenças e sobrecargas que são igualmente relevantes na vida dos participantes do grupo:

[...] eu tenho um problema com a minha mãe sabe? Essa doença, Alzheimer é duro de aturar viu, porque tem hora que extrapola você também... eu tô no limite eu tô num estresse danado eu tenho muito problema na minha vida [...](Alice)

Resultados e Discussão

Porque eu vim de um trauma assim com a perda dos meus filhos e meu marido pirou da perda deles e eu também tava entrando nessa de sabe, que nada valia a pena (choro)... Desculpa gente! Desculpa viu... Da onde eu senti força pra viver foi aqui [...](Letícia)

A gente é atingido pela família também, pela família, pelos familiares[...] (João)

Eu tenho um sobrinho que tem Síndrome de Down, também tem uma limitação, mas ele tem uma limitação, mas ele alcançou o topo do problema, hoje ele é um menino muito inteligente e a gente dá Graças a Deus porque ele é muito especial (Pablo).

No contexto de análise dos dados podemos ainda perceber que os participantes do grupo com frequência associam problemas e alterações emocionais como causa do diabetes ou como fator de descontrole da glicemia:

[...] no momento hoje ela não está estabilizada, hoje ela está balançando assim, por problemas emocionais, outros problemas atrás que hoje está refletindo no diabetes. (Lorena)

[...] tudo o que você faz assim que você vê que é bom pra sua paz de espírito eu acho, eu acredito que é muito bom que você faça aquilo que você vê que é bom pra sua saúde (Pablo).

[...] porque depois que veio os problema de depressão, é que veio o diabete (Leila)

[...] já faz dois anos, né que eles [os filhos] faleceram... e eu fiquei com aquela gula danada de querer ficar comendo de tudo, parecia que se eu comesse tudo aliviava, então peguei muito peso e chegou até o ponto de ter o diabetes mesmo (Letícia).

Mas, com certeza o meu problema é mais ou menos igual o dela também porque eu percebi que depois que meu filho foi embora há um ano eu engordei mais [...] (Eduardo)

A co-existência de diferentes problemas de saúde, as demandas e sobrecargas advindas da família, bem como aspectos emocionais, inerentes ou não ao diabetes, são condições que certamente interferem no controle dos níveis glicêmicos, seja indiretamente, ou diretamente como nos indica o seguinte relato:

[...] no meu pensamento é que como eu fico nervosa com isso tudo, com certeza sobe um pouquinho[...] (Ana)

Os relatos que subsidiam a presente categoria demonstram que a manutenção do controle glicêmico sofre influência direta de fatores que interferem na condição de saúde das pessoas com DM, sejam físicos, psicológicos ou advindos

Resultados e Discussão

das relações familiares e sociais. Lin et al. (2010) realizaram um estudo em que comprovaram que as pessoas que possuem diabetes e também depressão apresentam maior risco de desenvolverem complicações micro e macro vasculares.

Tendo em vista esse panorama, vale ressaltar que as equipes de saúde precisam buscar estratégias que viabilizem um atendimento pautado nas demandas das condições crônicas, principalmente na atenção básica, para que as práticas de cuidado sejam mais efetivas (MENDES, 2002). Acreditamos na efetividade de abordagens terapêuticas que estimulem a comunicação entre profissionais e clientes, pois possibilitam a verbalização dos fatores que interferem na adesão ao tratamento, permitindo o adequado encaminhamento terapêutico dos casos, segundo as especificidades de cada um (SANTOS et al., 2007).

A partir dos desafios introjetados na vida de cada pessoa que recebe o diagnóstico do diabetes e das dificuldades relacionadas às mudanças inerentes ao tratamento a demanda por apoio profissional se torna crescente. Nesse sentido descreveremos na próxima categoria a trajetória de inserção dos participantes do GAP no serviço do qual o mesmo faz parte, que é o Centro de Educação em Enfermagem para Adultos e Idosos (CEEAI).

5.3 DESMISTIFICANDO A SINGULARIDADE: O PODER DAS TROCAS DE EXPERIÊNCIAS NO GRUPO

A participação no Grupo Educativo em Diabetes confere uma ampla possibilidade de aprendizado na medida em que as pessoas passam por atendimentos diferenciados oferecidos pela equipe multiprofissional. A cada semana o grupo recebe a atenção de profissionais específicos: enfermeiros, psicólogos, educadores físicos e nutricionistas, que segundo suas competências, contribuem para que se conforme um atendimento multiprofissional, integrado segundo os objetivos do serviço e harmonizados pelas reuniões periódicas de equipe.

Na medida em que o grupo avança ao longo do atendimento, é perceptível que carrega consigo os aprendizados alcançados a cada encontro. E as discussões vão se tornando cada vez mais impregnadas dos temas discutidos nos espaços de atividades com as demais categorias profissionais que compõem a equipe.

Resultados e Discussão

Nesse sentido, delimitamos nessa categoria relatos referentes a questões que são foco do grupo de apoio e suporte, coordenado pela equipe de psicologia. Por meio dos relatos perceberemos o conteúdo e abrangência das discussões a respeito do diabetes alcançadas nesse contexto.

Para uma maior clareza na apresentação destes dados eles serão apresentados nas seguintes subcategorias: **A construção de novas percepções acerca do diabetes a partir das interações grupais;** e **O grupo em foco: a implicação com o outro enquanto forma de enfrentamento coletivo do diabetes.**

5.3.1 A CONSTRUÇÃO DE NOVAS PERCEPÇÕES ACERCA DO DIABETES A PARTIR DAS INTERAÇÕES GRUPAIS

É, às vezes a gente pensa que o problema da gente tá muito difícil, mas que outros têm maior que a gente às vezes né, e tentando viver [...] (Leticia).

As interações e trocas de experiências são inerentes ao trabalho em grupos. Mesmo em um grupo homogêneo, em que todos os participantes possuem uma determinada característica em comum, que no presente caso é o diabetes, logicamente uma grande diversidade de experiências e características pessoais estão presente e se configuram enquanto potenciais de novas percepções acerca do tema em comum.

O tempo de adoecimento, estratégias de enfrentamento da doença, conhecimento prévio acerca da patologia, presença de casos de diabetes na família são aspectos que diferem entre os membros do grupo e conferem possibilidades de contato com diferentes realidades frente ao problema de saúde que antes parecia exclusivo.

Um sujeito da pesquisa descreve a singularidade inerente ao grupo quando profere:

Foi uma convivência saudável entre nós. Prestativo, todo mundo concentrado naquilo que tá falando aqui é um grupo original (Eduardo).

Resultados e Discussão

Vários autores, estudiosos de fenômenos grupais, confirmam esse caráter de originalidade inerente aos grupos. Zimmerman et al. (1997, p. 28) referem que “Um grupo não é mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos”. Freire (1992, p. 64) refere que um grupo resulta da “dialética entre a história do grupo (movimento horizontal) e a história dos indivíduos com seus mundos internos, suas projeções e transferências (movimento vertical) no suceder da história da sociedade em que estão inseridos.”

O relato transcrito anteriormente dá nome a esse caráter singular que os autores tratam a respeito da característica de um grupo. Um grupo original se conforma quando pessoas, em suas singularidades, se reúnem movidas por um mesmo ideal, com uma comunalidade de desejos, preocupações e aspirações, para então, construir a história de um grupo que também se constitui de forma singular na vida de seus membros, como nos mostra a fala a seguir:

Porque você vai olhando pra você e você fala... nós vamos acabar com isso aqui no dia 19 de dezembro e jamais você vai esquecer, vai ficar na mente (Alice).

Na presente subcategoria nos atentaremos para as especificidades das discussões realizadas no grupo que apontam para a construção de novas perspectivas acerca do diabetes, sinalizando em meio às discussões, pontos indicativos de mudanças de conceitos e posturas frente ao problema de saúde.

A interação grupal em que a participação é estimulada e as pessoas se percebem enquanto atores do próprio aprendizado e do desenvolvimento simultâneo do grupo permite a criação de um ambiente cuja liberdade para o diálogo constitui uma estratégia de aprendizado e terapêutica promissora.

Nesse contexto em que são realizadas trocas de experiências, oferecidos conselhos, a relação com o diabetes é a pauta principal e os próprios participantes se vêem enquanto fonte de motivação e aprendizado, como os seguintes relatos evidenciam:

Bom eu acho que hoje aqui foi um exemplo de vida pro grupo, cada um com o seu parecer do que é saudável pra ele (Eduardo)

E eu levo também o seu conceito viu, que eu passei por isso e não é fácil não[...] (Alice)

Resultados e Discussão

[...] cada dia aqui eu tô aprendendo, eu não esqueço dessa senhora, eu comento dela, 16 anos de diabetes e tá aqui e é por algum motivo, que ela tá vivendo esses 16 anos, e eu também quero viver (Alice).

O que todo mundo falou, a gente todo mundo pegou e vai tratar disso com carinho, porque senão não adianta fazer parte nem desse, nem de qualquer outro grupo (Alice).

Hoje foi bem proveitoso né, você fica vendo a colega falar e acha que o seu problema é tão grande, perto dos outros não sinto nada, então foi muito bom (Eduardo).

Eu acho que todo aprendizado que se faz ele sempre é válido... tudo o que se fala é muito válido. É um ensinando o outro (Pablo).

A experiência de contato com realidades aproximadas por um problema de saúde em comum, mas diversificadas na medida em que perpassam pelas especificidades da vida de cada participante constitui um ambiente fértil para a construção de novos significados frente ao diabetes. Nesse sentido, Barros (1997, p.188) esclarece que “... no trabalho grupal estebelecem-se conexões não apenas entre pessoas diferentes, como também entre *modos de existencialização* diferentes. Isto cria um vasto campo de confrontos, de interrogações, que se propagam criando fossos onde antes estava cimentado”.

Dessa forma à medida em que o grupo vai se conformando enquanto uma unidade integrada, que permite a livre expressão de idéias e sentimentos entre os participantes, a comunicação e conseqüentemente as reflexões, se tornam cada vez mais genuínas e indicativas de mudanças de postura frente ao problema e seu enfrentamento.

Nesse sentido, algumas falas no grupo anunciam um movimento de auto-análise:

Isso que eu falei, por causa que o meu problema se eu fosse igual o [João], e eu admiro ele de ele fazer e ele viver bem com isso, porque eu não tenho cabeça pra fazer o que o senhor faz (Camila).

Ao meu ver foi assim ó, por mais que às vezes eu acho que eu não consigo, mas quem sabe eu chego lá (Ana).

...eu tô pensando igual ela tá falando né, eu não perdi tudo a minha saúde né (Leila).

Bem como a construção coletiva de novas posturas frente ao diabetes:

É, às vezes a gente pensa que o problema da gente tá muito difícil, mas que outros têm maior que a gente às vezes né, e tentando viver [...] (Letícia).

Então o [Pedro] chegou aqui revoltadíssimo... Eu também não falava nada mas, sentia igualzinho... revoltada com essa doença, hoje não, hoje eu sei que não tem cura, vou morrer com ela, mas tem jeito(Alice).

Resultados e Discussão

[...] mas quando eu olho as coisas eu falo, eu já tô igualzinho a [Kátia] gente, tô quase de parabéns, um dia eu vou chegar aqui e vou contar né, a gente vai contar né (Alice).

Porque eu acho assim que o [Davi] fez uma diferença, todo mundo fez uma e isso eu levo pra mim, igual assim, 14 dias atrás... o [Davi] falou assim eu não faço caminhada, bateu, tipo assim, não faço pronto, hoje e eu vou acatar, porque eu não faço, não faço também e se deu certo pra ele eu vou tentar levar isso pra mim[...] (Alice).

O [João] acabou de falar, um é diferente do outro, cada um é cada um (Camila).

Um movimento de olhar para si e enxergar o outro e vice-versa é sinalizado nos relatos descritos anteriormente. Ao citar Kurt Lewin a respeito da aprendizagem interpessoal no contexto da dinâmica de grupo, Mailhiot (1977, p.119) refere que:

Os participantes aprendem [...] a partir de sua experiência pessoal, para em seguida conceituar; aprendem a libertar-se de um conjunto estereotipado de conceitos e de percepções sobre si, sobre o outro, sobre a realidade partindo de um real experimentado no presente.

Os relatos apontam em grupo as pessoas percebem e respeitam as diferenças individuais desenvolvendo maior disposição para o enfrentamento do diabetes diante do vislumbre de situações mais complexas do que a própria e do contato com pessoas que apresentam maior disposição para se cuidar e então, se vêem acompanhadas na difícil caminhada, quase sempre solitária, da convivência com o diabetes. Dessa forma, no aqui-e-agora do grupo, conforme refere Mailhiot (1977) são construídas e discutidas novas possibilidades de enfrentamento do diabetes, num contexto em que as dificuldades antes cristalizadas parecem sofrer fissuras dando lugar a novas possibilidades frente à condição de adoecimento.

Dentre as falas compartilhadas no grupo, um participante discorre sobre a necessidade de mudança de postura frente à doença:

[...] existe uma postura pra sentar, existe uma postura pra andar, existe uma postura de comportamento, existe uma postura mental, a hora que você muda a postura mental, se você acreditar só na doença, por exemplo, levanta de manhã e fala o dia hoje tá uma... Desculpa falar, mas tá uma..., não vou fazer nada, tá uma porcaria, aí você olha tá chovendo, tá maravilhoso, vai melhorar a temperatura do ar, vai ficar maravilhoso, muda a postura mental que muda tudo (Pedro).

As palavras dessa pessoa podem ser demonstrativas de um movimento de incômodo frente ao foco das discussões grupais: a doença. Apesar de se falar em

Resultados e Discussão

enfrentamento, possibilidades, atitudes, tais aspectos sempre vem vinculados à doença e quando essa fala é proferida pode ser que enquanto porta-voz dos conteúdos grupais, esse indivíduo esteja clamando por um foco assistencial mais voltado para a saúde.

E nesse sentido, chama a atenção o relato de uma participante mostrando que a troca de experiências também pode ser motivo de descrença e sentimento de impotência quando os desafios alcançados por alguns constituem para si fontes de grandes dificuldades:

Mas, eu choro é de desespero que vi cada um e ver que todo mundo é tão assim igual a senhora, que tem consciência, que segue e é firme, e eu não consigo... eu vou falar um pouco sobre mim, porque é o seguinte, na verdade eu fico admirada de ver esse pessoal... porque eu nunca consegui ter essa perseverança, e eu tô ficando tão assustada com essas falas aqui, que na verdade eu tô sentindo que depois que eu comecei aqui que essa diabetes tá subindo, acho que eu tô ficando é nervosa com isso aqui. Primeiro que eu não admito, sempre que o meu marido fala que vai querer comprar esse aparelhinho e eu falei, não compra que eu não vou medir porque eu não tenho isso [diabetes]... [choro] (Ana).

Não só ele, também outras pessoas, mas esse senhor, ele, ele, ela, e outros mais, eu disse apenas um exemplo, mas eu sei que tem uma maioria eu sou uma raridade aqui entre todos, que não consegue mudar (Ana).

Essa última fala carregada de mágoas, sentimentos de culpa e incompreensão se configura como uma representação clara dos desafios inerentes ao tratamento do diabetes. Nos serviços de saúde deparamos com pessoas que, após intervenções profissionais de cunho assistencial ou educativo não alcançam o controle dos níveis glicêmicos, por fatores diversos e específicos.

Nesse sentido destacamos uma considerável dificuldade implícita na adesão ao tratamento do diabetes, tendo em vista que este é interligado com vários outros aspectos da vida do portador da doença, incluindo fatores econômicos, sociais, culturais, psicológicos, dentre outros, conforme já discutido nas categorias anteriores da presente investigação (ATAÍDE; DAMASCENO, 2006).

O trabalho em grupo também pode ser benéfico na medida em que se constitui como um espaço para que tais emoções e sentimentos possam ser ventilados, acolhidos e problematizados, auxiliando na condição psicológica da pessoa. Nesse caso não se deve descartar possibilidade de necessidade de um acompanhamento terapêutico especializado.

Resultados e Discussão

Ainda com foco nos relatos que demonstram novas possibilidades de enfrentamento do diabetes, percebemos que o conhecimento adquirido com a participação nas atividades da Casa 5 constituiu como uma espécie de motor mobilizador da autonomia para novos posicionamentos frente à doença, conforme nos indicam os relatos abaixo:

É, eu acho que tudo que foi falado aqui desde o princípio tem ensinamentos que a gente vai guardar pro resto da vida da gente, porque a gente sabe que a diabetes ela não tem cura, agora tem maneiras da gente sobreviver, de conviver com ela, então acho que tudo o que foi falado desde o princípio, é produto benéfico pra gente (Pablo).

[...] eu sabia, mas não sabia pormenorizado como eu sei hoje e não tinha tanto até então, a motivação, a força, que eu deveria ter tido, entendeu? (João).

[...] eu segurei a minha doença na mão, eu controlei, hoje eu domino ela e não ela me domina, então eu sei tudo o que eu posso, tudo o que eu não devo, tudo... Quando extrapolo eu já sei, então hoje eu tenho, eu dirijo ela, eu controlo ela, eu equilíbrio ela... hoje eu domino quase que completamente em relação a antes, antes eu não tinha o controle dela, antes eu não tinha tanto conhecimento que eu tenho hoje[...] (João).

Eu tenho feito, que o que eu aprendi aqui, aprendi a dosar tudo, certo? E me controlar, então muitas coisas que a gente gostava de fazer, teve que parar, pra ter uma vida mais saudável, com mais saúde, então é o que eu procuro fazer (Eduardo).

Porque é uma doença que não controlada, se não tem o conhecimento, ela traz conseqüências gravíssimas, ela traz conseqüências e prejuízos nada agradáveis (João).

Eu acho que desde que nasce se a gente tivesse um conhecimento não chegaria nesse ponto (Letícia).

[...] a dose de medicamento tava aumentando. Ao longo dos anos tava aumentando, se tivesse, vamos dizer, feito esse curso há onze anos atrás, talvez seria a metade do que eu tomo hoje, então até tarda o agravamento da situação (João).

As falas anteriormente transcritas são amostras da importância do conhecimento adquirido para essas pessoas. A partir do momento em que conhecem a doença se sentem ativos no controle da mesma, ou seja no próprio tratamento percebem que podem manter uma convivência saudável com o diabetes e ressentem por que não tiveram essa oportunidade antes.

Um movimento de emancipação está presente nas falas anteriores. Souza e Lima (2007) explicam a origem de tais sentimentos na seguinte afirmação: “Só poderão fazer escolhas verdadeiramente livres as pessoas que compreendem o que se passa em seu próprio corpo, que seguem normas não porque foram impostas,

Resultados e Discussão

mas porque as compreendem e sabem que elas ampliam suas possibilidades de serem felizes”.

E nesse sentido essas pessoas quando percebem os benefícios da participação no acompanhamento da Casa 5, indicam a intenção de permanecerem como multiplicadores do atendimento que receberam, da mesma forma como a maioria deles tomou conhecimento do serviço:

[...]se eu tiver vindo eu posso transmitir pra ele, e se eu não tiver conhecimento eu não posso transmitir aquilo que eu não sei... (João).

[...] eu fui passando pra elas [irmãs], explicando pra elas. Nossa, como a gente não sabia. Falei ai, vai ser assim, o que eu vou aprendendo lá eu vou falando pra vocês e quem sabe um dia dá certo de vocês também participar, o curso é muito bom. Ai falei do que mede tudo, e elas nem sabia que existia isso, né. Então tá sendo bom e eu vou passar pra elas, vou ensinar, explicar pra elas o que aquilo que elas também não sabe vai aprendendo, porque aí facilita a gente ter mais convivência com a doença (Ester).

[...] todo conhecimento que você adquire é bom porque além de ajudar a mim, ajuda a outras pessoas também[...] (João).

Hoje em dia a gente tá mais preparado pra no caso de alguma precisão a gente ajudar no meio da comunidade[...] (João).

Olha, eu levei a tabela pra minha mãezinha, ela tem oitenta anos... mas você precisa de ver, ela tá fazendo direitinho, às vezes até mais que eu, você vê que gracinha, às vezes ela fica o dia inteiro vendo as cores lá... Mas, ela só depende de mim, porque não tem jeito de ela vim então eu tô, carregando pra ela... então foi uma benção, eu acho assim, que ela já até já emagreceu...ela conhece todos vocês, ela já até sabe que jeito que vocês são viu.(Kátia).

Olha eu tô arrumando mais 2 pessoas pro ano que vem (Kátia).

Esse movimento de disposição para divulgar o serviço também pode ser visto como uma mudança de foco, as pessoas se portam de forma ativa perante a doença, praticamente se tornam militantes contra o diabetes e suas complicações em suas comunidades e apostam na possibilidade de outras pessoas se emanciparem também.

Resultados e Discussão

5.3.2 A IMPLICAÇÃO COM O OUTRO: ENFRENTAMENTO COLETIVO DO DIABETES

[...] você não vem aqui à toa não e nem porque viu a porta aberta não, você tá procurando [...] (João).

Osório (2007, p. 94) cita que “Quem reparte ou compartilha, entrega-se. Comunicar-se autêntica e eficazmente representa, portanto, uma entrega, uma doação não só de significados como de si próprio”. Na presente categoria foram reunidos relatos representativos de trocas, diálogos no contexto do grupo indicativos de um processo de implicação entre os membros.

A maioria dos trechos transcritos está em primeira pessoa, o que nos leva a compreender que as mesmas são direcionados a pessoas específicas. E nesse contexto, se constituiu um clima de ajuda mútua no enfrentamento do diabetes e de compartilhamento dos benefícios obtidos com a participação nas atividades do CEEAI.

Com a possibilidade de que os dramas e dificuldades de cada componente do grupo fossem conhecidos, alguns participantes se colocaram na responsabilidade de auxiliar as pessoas que vivenciam tais sentimentos, como fica evidente nos relatos a seguir:

É, cada uma coisa de cada vez, pega uma e veja direitinho... agora também não tem meio termo ou faz o tratamento ou não faz, diabetes não tem cura, mas, tem tratamento, por enquanto né, por enquanto não tem cura (João).

Só na consciência dela, ela já sabe que ela não pode fazer aquilo, ela faz, mas ela se reprime, ela sabe que não podia fazer, é essa força que tá faltando pra ela [...](Eduardo).

A [Leila] não pode pensar que não tem saúde... (Lorena).

Quando nos reportamos ao contexto em que essas falas foram ditas, podemos imaginar a riqueza do processo de implicação que foi construído nesse grupo. Nesse sentido, Munari e Furegato (2003, p. 75) comentam:

A convivência com um grupo que congrega pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de muito valor terapêutico. Essa situação ajuda os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de receberem *feed-back* e sugestões

Resultados e Discussão

construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas.

Destacamos a singularidade e sensibilidade das falas, que somadas ao fato de serem provenientes de pessoas que também apresentam o diabetes enquanto condição comum a ser enfrentada, trazem demonstrações genuínas de cuidado e implicação entre os membros do grupo, conferindo uma confirmação do valor terapêutico desta convivência sinalizado pelas autoras supracitadas.

Alguns relatos apontam que a evolução de alguns membros ao longo do grupo também foi notada, conforme as falas a seguir:

Mas o [Pedro], há um mês atrás ele falou pro grupo, ele pensava o que ele tá falando hoje? Gente ele não pensava... o senhor era revoltadérrimo, mas olha eu queria saber o que levou o senhor, hoje o senhor assim tá dez, falando menos, um raciocínio assim que eu não esperava. O senhor lembra? O senhor falava assim, o senhor detestava, assim, deus que me perdoe, mas excomungava essa doença, o senhor tá entendendo? O Senhor tá com uma cabeça assim, dez! Hoje eu posso deitar e dormir sossegado. Hoje o senhor tá assim... Você tá entendendo? (Alice)

E a [Ana] hoje ela tá bem melhor, eu achei, porque nós começamos junto aqui, eu achei que ela não ia continuar (Eduardo).

O [Eduardo] tem uma coisa muito bonita pra contar, igual o senhor falou pra mim semana passada... Fala pro grupo na hora que terminar, porque que o senhor chegou nesse, nesse patamar aí (Alice).

[...] eu fiz um propósito comigo de parar de tomar a cervejinha e consegui (Eduardo).

Os relatos são demonstrativos de que há um movimento de pertença ao grupo, na medida em que esse fenômeno consiste na “assunção da identidade do conjunto, como vestir a camisa de um time” (GAYOTTO, 2003, p.110). Percebe-se que o grupo permanece integrado nos seus objetivos e assim, os membros participam livremente no domínio das conquistas e dificuldades dos demais como se fossem próprios.

Nesse sentido impera a participação ativa e implicada com as questões compartilhadas com o grupo:

Ela não consegue aceitar... Esse que é o problema dela (Eduardo).

mas eu tenho a impressão que você é uma pessoa que ainda não percebeu, você não vem aqui à toa não e nem porque viu a porta aberta não, você tá procurando [...] (João).

E tem que se gostar também, eu acho que a gente tem que se gostar. Igual a [Leila] disse que ela não tem saúde, que ela já perdeu a saúde(Lorena).

Resultados e Discussão

Mas no seu consciente, você sabe que você tá fazendo errado! (Eduardo).

... eu acho o seguinte, que cada caso é um caso, não existe dois casos iguais, então é o seguinte, tem determinados elementos que tem que tomar medida drástica, cortar pela raiz... tem uns que é no passinho, no degrauzinho, aos poucos, ... agora tem uns que tem que ser radical, mas é, tem que partir da pessoa, não é de terceiros não (João).

[...] a gente tem que viver o presente, você tá no passado, você tá trazendo exemplo do passado, no presente você consegue (João).

As contribuições entre os membros são emitidas com uma propriedade notável, característica de pessoas que conhecem as peculiaridades inerentes ao sofrimento do outro, bem como tem na própria realidade condições de criar intervenções mais assertivas. Barros (1997, p.188) afirma que:

[...] experimentar ouvir o outro irradia uma experimentação de ouvir outros - outros modos de existencialização, outros contextos de produção de subjetividades, outras línguas para outros afetos, outros modos de experimentar.

Dentre as discussões são proferidas mensagens de motivação entre os membros que mostram um processo de responsabilização pela evolução do grupo:

[...] de todas as entidade, de todos os grupos, é necessário, perseverar, coragem, firmeza, ação, a partir de hoje hein... a partir de hoje, perseverança, coragem, ação, não se afastar de Deus, perseverar e acreditar em você, porque só você pode fazer pra dar certo (João).

Você chega lá, [Ana]! Eu acho que chega (Alice).

É tudo uma partilha, primeiro você tem que gostar de você (Eduardo).

Você conhece aquela música da Gabriela? O melhor exemplo é aquela música da Gabriela: Eu nasci assim, eu cresci assim, vou morrer assim, negativo... (risos) Eu nasci assim, cresci assim, mas a partir de hoje mudei [...] (João)

[Leila] eu senti uma pessoa muito sem, não gostava muito de si, quando ela falava, em algumas aulas aqui eu sentia uma falta de amor nela... Desejo que a senhora se ame mais, porque eu me amo muito, eu acho que eu sou perseverante porque primeiro eu me amo muito, desejo que a senhora se ame mais e continue sendo esta pessoa maravilhosa que vem demonstrando no nosso meio (Lorena).

Conforme Rocha e Padilha (2004) as normas de funcionamento de um grupo estão relacionadas com algumas variáveis como: objetivos, motivação, comunicação, liderança, processo decisório, inovação e relacionamento. Os mesmos autores citam que: "De acordo com o direcionamento da energia mobilizada, podem-se observar e inferir consequências distintas situadas em um

Resultados e Discussão

continuum, desde a concentração de esforços e resultados individualizados até a potencialização do esforço total partilhado” (p.125).

Nesse sentido os relatos do grupo apontam uma tendência à partilha dos resultados pelo esforço mútuo. No grupo estudado percebemos que os resultados, em termos de controle do diabetes, diferem entre os membros segundo especificidades de cada um: alguns conseguem maiores méritos no controle da alimentação, outros descobrem o prazer de realizar atividade física, outros ainda entendem melhor a medicação e passam a utilizá-la de forma mais assertiva potencializando os seus resultados, outros referem a obtenção de conhecimento acerca da doença e seu tratamento mas ainda referem não alcançar o controle glicêmico.

Enfim, a especificidade e dimensão dos benefícios diferem entre os participantes do grupo, no entanto percebemos um esforço coletivo no sentido de enfrentar o diabetes enquanto uma característica comum entre os membros que passa a ser também o motivo de luta coletiva do grupo. Mesmo as pessoas que referem resultados muito positivos quanto ao controle do diabetes permanecem incansáveis no sentido de auxiliar os demais a superarem as dificuldades relacionadas ao controle do diabetes.

Nesse contexto, Rocha e Padilha (2004, p.121) novamente nos auxiliam a subsidiar tais indicações quando referem que:

Idéias, sentimentos, opiniões, ações, expressões comportamentais, crenças, sentimentos, atitudes, valores e filosofia de vida de cada membro do grupo constituem insumos no processo de interação global. A influência recíproca do repertório individual é inescapável: ninguém fica imune ao intercâmbio com as outras pessoas no grupo.

Tais colocações nos remetem a pensar na importância do papel do coordenador no sentido de fomentar tais trocas, respeitando os movimentos do grupo e cuidando para que o seu potencial criador e terapêutico possa ser fortalecido, servindo como impulsor dos resultados obtidos.

5.4 AVALIAÇÕES REALIZADAS PELOS PARTICIPANTES DURANTE AS SESSÕES GRUPAIS

Eu acho que quando nós chegamos aqui, nós éramos crianças com medo de tudo, escondendo de tudo, hoje nós somos adultos responsáveis com a capacidade de dizer o que nós sentimos [...] (Pedro).

A presente categoria nos permitiu conhecer as contribuições do Grupo de Apoio Psicológico na perspectiva dos seus participantes. Para tal, foram agrupadas avaliações proferidas pelos próprios membros durante as sessões do GAP ao longo do semestre, tanto relativas a esse atendimento específico quanto ao acompanhamento no CEEAI como um todo.

A categoria foi desenvolvida com o intuito de nos permitir olhar para o processo grupal, fechando um ciclo terapêutico. Sendo assim, além dos nomes fictícios dos sujeitos da pesquisa, cada relato será sinalizado também com uma sigla referente ao encontro em que o mesmo foi dito. Assim, o primeiro encontro será sinalizado por E1, o segundo por E2 e assim sucessivamente.

Ao final de cada sessão do Grupo de Apoio Psicológico, as pessoas eram estimuladas a avaliar as atividades desenvolvidas. No início, as avaliações eram mais tímidas e ao longo dos encontros, tornaram-se cada vez mais elaboradas e significativas. Os pacientes verbalizaram suas opiniões acerca de vários aspectos do acompanhamento recebido, como poderemos vislumbrar no desenvolvimento da presente categoria

As avaliações a seguir são referentes às primeiras sessões grupais, se reportaram à forma como os participantes sentiam por estarem inseridos no grupo e, como podemos perceber, geralmente eram de cunho elogioso:

[...] estou muito feliz por estar aqui e meus objetivos serão alcançados (Alice-E2).

[...] estou gostando de vim aqui também (Carolina-E2).

[...] estou desde o início e estou bastante satisfeito, com o aproveitamento da partilha (João-E2).

Resultados e Discussão

[...] estou muito feliz de estar aqui com vocês, participando aqui, pra mim é um grande prazer (Davi-E2).

[...] tô fazendo parte (Pedro-E2).

[...] é a terceira vez que eu venho e estou gostando muito, de vir aqui... é ótimo (Leila-E2).

Gostei, eu acho que tá muito bom, a primeira vez [no Grupo de Apoio Psicológico] e foi muito bom (Camila-E2).

Outras avaliações ofereceram opiniões subsidiadas por referências de mudanças de comportamento, de melhora física e psicológica, de maior socialização, que resultaram em possibilidades de enfrentamento do diabetes:

Eu consegui controlar mais a minha alimentação, consegui fazer exercício físico, consegui novos amigos, tanto do grupo quanto da equipe e espero que isso venha a colaborar no meu conhecimento e tratamento do diabetes, aqui estivemos todos lutando por uma vida mais saudável (Davi-E4).

Consegui autonomia, gostar mais de mim, segurar as minhas vontades de comer doce no dia a dia, melhorar o meu psicológico e melhorar a minha cabeça[...] (Camila-E4).

Eu hoje consegui controlar meus hábitos e a minha vida e manter a minha diabetes controlada, foi aqui na Casa 5 que eu aprendi e que me ajudou a ter uma vida saudável (Eduardo-E4).

Eu já comecei, vim aqui e pus na minha cabeça que tudo o que for ensinado eu tinha que fazer e eu queria fazer, eu queria alguma coisa pra me ajudar, você entendeu? Eu tava procurando ajuda e aqui eu achei ajuda de todos... melhorei bem [...] (Letícia-E3).

É nítida a diferença entre os relatos mencionados no início e ao final dos encontros do Grupo de Apoio Psicológico.

Os relatos referentes aos momentos iniciais da trajetória do grupo, trazem apenas aspectos positivos, tanto com relação aos demais participantes, quanto ao atendimento recebido e equipe. Esse movimento é característico da fase inicial do processo grupal, o qual Mailhiot (1977, p. 67) citando Shultz indica como necessidade de inclusão

[...] que experimenta todo membro novo de um grupo em se perceber e se sentir aceito, integrado, valorizado totalmente por aqueles aos quais se junta. [...] Esta necessidade é, portanto, a expressão do desejo que experimenta todo membro de um grupo de possuir um status positivo e permanente no interior do grupo, em não se sentir em nenhum momento marginalizado pelo grupo.

Resultados e Discussão

Já as avaliações referentes às últimas sessões denotam maior solidez de opiniões acerca do atendimento recebido ao longo do semestre e as referências de melhora frente às condições desafiadoras impostas pelo diabetes vem subsidiadas por fatos concretos. O grupo também é apontado enquanto parte inerente a esse crescimento.

Vale ressaltar que esse posicionamento de avaliar o atendimento que estavam recebendo foi estimulado a cada encontro. Consideramos que os resultados alcançados a partir desse movimento foram importantes no contexto do aprendizado construído no Grupo de Apoio Psicológico, a criticidade alcançada nos permitiu confiar nas opiniões e avaliações expressadas pelos participantes, na medida em que tínhamos a certeza de que se sentiam à vontade para opinar, ou melhor, se sentiam co-reponsáveis pela qualidade do atendimento que estavam recebendo, conforme demonstra a fala seguinte:

[...] nós só temos que mudar a postura. Larga de falar em doença, isso é ruim toda vida, pensa na saúde, pensa nas coisas boas, aprender a andar, aprender a calçar melhor. Ninguém falou em saúde aqui. Se nós falarmos de saúde nós vamos melhorar enquanto falamos de doença vamos ficando cada vez mais pior (Pedro-E3).

Esse posicionamento de Pedro nos ofereceu uma valiosa contribuição no sentido de nos direcionar para a necessidade de mudar o enfoque das atividades realizadas. Por mais que a proposta fosse participativa, que priorizasse um olhar para as necessidades do grupo, relacionadas ou não ao diabetes, para esse participante do grupo o nosso foco na doença incomodou e ele sugeriu um olhar mais voltado para a saúde, em conformidade com alguns direcionamentos teóricos atuais:

[...] a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas (BRASIL, 2006b, p.9).

Dessa forma nos cabe repensar as práticas buscando uma maior valorização da saúde. As palavras de Pedro nos convidam a reconsiderar os nossos posicionamentos profissionais no sentido de avaliar o potencial de ações que

Resultados e Discussão

priorizem a atenção e cuidado para a saúde das pessoas, olhando também para a doença, mas coadjuvante na relação profissional-paciente.

Nesse sentido, Souza e Lima (2007) referem sobre a possibilidade de “cura” a partir da criação de novas normas de vida decorrentes do acometimento por determinada doença e então, independente da característica da doença instalada a pessoa passar a se sentir saudável. Assim enquanto profissionais devemos analisar se nossas práticas tem incorporado o papel de incentivar as pessoas a buscarem esse estado de saúde que transcende os limites impostos pela doença

Vários autores (TORAL; SLATER, 2007; FRANCIONI; COELHO, 2004; GUERRA, 2005) colocam que a base para o alcance de um estado de emancipação frente a uma doença é o conhecimento acerca da mesma. Assim os participantes da pesquisa confirmam essas inferências ao comunicarem que o conhecimento relacionado ao diabetes e seu tratamento também foi parte das conquistas alcançadas.

Foi expressiva a quantidade de relatos sobre mudanças decorrentes do conhecimento obtido ao longo do semestre de atividades no CEEAI, conforme os transcritos:

Porque aqui pra mim tornou uma realidade na minha vida que aconteceu, porque antes de eu vim aqui eu era leigo, não conhecia nada e depois que eu passei a freqüentar aqui e conhecer os ensinamentos, modificou bastante (Eduardo-E4).

Foi muito bom, a nossa convivência durante o curso, o aproveitamento foi ótimo, eu com a graça de Deus, consegui muito mais do que esperava, hoje tenho muito conhecimento teórico, prático sobre a doença diabetes e também o controle e o monitoramento da mesma[...] (João-E4)

Eu acho assim, foi muito importante... dizendo por mim que nunca consegui ser uma pessoa perseverante em termos de alimentação principalmente, mas esse conhecimento foi importante, porque mesmo não conseguindo da maneira que seria certa, muitas coisas eu consigo já evitar um pouquinho [...] (Ana-E4).

É, mas só que a gente chegar aqui, escutar, prestar atenção, tudo que é de bom, que você aprender aqui é em benefício seu, tanto que tem muita coisa que quando a gente chegou aqui e não sabia e hoje já tá sabendo, que não pode fazer, então essa ajuda que a gente buscou aqui é que é o essencial pra gente (Eduardo-E1).

As falas aqui registradas representam o grau de importância para os participantes do grupo que o conhecimento tomou frente ao enfrentamento do Diabetes Mellitus, os relatos personificam uma posição mais ativa frente à doença, diante da capacidade de controlá-la.

Resultados e Discussão

Szwarcwald et al. (2005), enfatizam que uma percepção deficitária da saúde ocorre devido à instrução incompleta e privação material, assim, o oferecimento de informações é fundamental para o bom andamento da terapêutica instituída ao portador de DM. Tais atividades devem ser planejadas segundo a realidade desses indivíduos, para que as suas condições de vida não sirvam como entrave à adesão ao tratamento (COSTA; MUNARI, 2004).

As atividades de educação em saúde oferecidas aos portadores de Diabetes Mellitus são mecanismos importantes para a obtenção do autogerenciamento das práticas e da autonomia no próprio cuidado, no sentido da mudança de comportamento em busca de hábitos saudáveis, de forma participativa e consciente (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

Ainda como parte das mudanças decorrentes da participação nas atividades do CEEAI percebemos em algumas falas o aprendizado vinculado às percepções pessoais relativas às atividades e interações no grupo:

[...] depois que eu entrei aqui foi o que eu falei, vi que não tem remédio assim... que vai fazer eu prolongar mais minha vida, mas quando eu quero viver, tem jeito, com remédio, fazendo essas coisa toda [...] (Alice-E3)

[...] então eu não consigo ter a consciência de falar não... Igual esse senhor aqui por exemplo. Mas mesmo assim eu acho que foi muito importante porque... eu acho que alguma coisinha já mudou, mas eu não consigo ser uma pessoa: Isso eu não posso, mas pelo menos diminui, fiz alguma coisa (Ana-E4).

Consegui aprender aqui na Casa que a diabetes não vai influenciar na nossa vida diária, precisamos ter muita perseverança (Pablo-E4)

Eu acho que quando nós chegamos aqui, nós éramos crianças com medo de tudo, escondendo de tudo, hoje nós somos adultos responsáveis com a capacidade de dizer o que nós sentimos e que antes nós não faríamos isso de jeito nenhum. Isso melhorou a nossa interação (Pedro-E3).

O aprendizado de conteúdos relacionados à doença ou derivado das vivências em grupo é considerado um fator terapêutico inerente à experiência grupal e também é coerente com a proposta de intervenção que foi delimitada por objetivos definidos e bem direcionados, conforme a perspectiva de um grupo breve.

A segunda perspectiva apontada é denominada de Aprendizagem Interpessoal dentre uma classificação elaborada por Yalom (2006) e esse autor nos auxilia a ter ciência desse processo quando refere que “Com frequência, os membros de um grupo respondem de maneiras bastante diferentes ao mesmo

Resultados e Discussão

estímulo” (p. 56). Assim, quando consideramos que o diabetes é problema de saúde comum entre os participantes, a abordagem compartilhada desta condição por pessoas que possuem histórias diferentes é fecunda para o aprendizado acima assinalado pelos participantes.

E ainda a vivência no *setting* grupal permite uma interação benéfica entre os membros, no sentido de ampliar a percepção dos mesmos com relação à doença e suas possibilidades de enfrentamento. Todo esse aprendizado é incorporado de forma ativa pelos participantes, a partir do compartilhamento de experiências (MUNARI; FUREGATO, 2003).

As avaliações incluíram a equipe do CEEAI e as formas de atendimento:

[...] aqui achei o pessoal assim, parece ser tão amigo de todos, então isso aí nossa gratificante pra gente [...] (Letícia-E1)

[...] e eu achei interessante por que aqui é realmente tudo uma equipe, ao passo que se a gente vai no endócrino é só médico que atende a gente, aqui não, aqui já tem uma equipe que tá todos disponível pra ouvir a gente, pra fazer o acompanhamento [...] (Davi-E1)

Os relatos indicam que os participantes perceberam uma maior proximidade no atendimento realizado pela equipe do CEEAI frente a outras experiências, bem como a valorização do atendimento multiprofissional disponibilizado.

Como os relatos que compõe esse trabalho foram todos emitidos no contexto das sessões do Grupo de Apoio Psicológico, tal intervenção, caracterizada como uma parte do atendimento oferecido no CEEAI, também foi sujeita a avaliação, como percebemos nos relatos seguintes:

É no grupo da psicologia faz a gente pensar também bastante, eu acho que dos encontros o que mais faz a gente pensar é o da psicologia, o que faz a gente usar a cabeça pra saber o que a gente vai falar... eu acho que é o que mais surge coisas novas pra gente pensar (Lorena-E2).

[...] não existe receita pronta pra esse grupo né (João-E3).

Eu acho assim que a teia [técnica utilizada] foi como assim, dando a mão um pro outro. Cada um com seus problema e a força cresceu, eu acho que a força cresceu e aqui a gente vai ter um objetivo, uma melhora muito grande (Letícia-E3).

[o grupo proporcionou] confiança, motivação, meta, um equilíbrio na alimentação, as atividades física direcionadas mais pra saúde, principalmente pro problema e também da parte psicológica né, que sempre acrescenta algo (João-E4).

Dentro do contexto do atendimento, o GAP era percebido em suas diferenças pelos participantes que apresentaram esse espaço como estimulador de reflexões.

Resultados e Discussão

O caráter não estruturado das sessões também foi observado. É interessante como os participantes não incluem opiniões qualificadoras desse atendimento, eles apenas pontuam a experiência.

O próprio grupo também foi objeto de avaliações:

[...] eu estou satisfeita aqui na casa e com meus colegas também, né (Letícia-E2).

[...] estou contente, com meus amigos, com o que nós aprendemos, estou aprendendo alguma coisa (Tiago-E2).

O sentimento é o melhor possível, todo mundo tá bem, esperançoso e acreditando no grupo e acreditando sempre e eu tô conseguindo coisas boas que eu desconhecia (João-E2).

O grupo, a árvore tá dando frutos, está frutificando (João-E3).

Foi uma convivência saudável entre nós. Prestativo, todo mundo concentrado naquilo que tá falando aqui e um grupo original (Eduardo-E4).

[...] tentando segurar no grupo todo pra viver. A gente tá nessa situação (Letícia-E1).

[...] essa troca tão boa de companheirismo que a gente vai adquirindo, acho que isso é muito importante, faz bem ficar (Lorena-E1).

Os relatos transcritos evidenciam que os participantes atingiram um nível considerável de respeito e consideração uns pelos outros. Yalom (2006) refere que um fator imprescindível para a obtenção de resultados positivos em um grupo é a coesão a qual o mesmo define como: “resultado de todas as forças que agem sobre todos os membros, de maneira que permaneçam no grupo, ou de forma mais simples, a atração de um grupo por seus membros” (p. 62). Os relatos evidenciam que uma forte coesão se desenvolveu no grupo, permitindo a construção dessa mútua responsabilização demonstrada pelas falas dos participantes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente pesquisa foi investigar as contribuições de um Grupo de Apoio Psicológico para a aprendizagem voltada para o autocuidado em diabetes.

Primeiramente apresentamos uma introdução apontando a nossa crença no potencial do trabalho com grupos para o atendimento de pessoas portadoras de condições crônicas, especialmente o Diabetes Mellitus. A seguir apresentamos o que norteou a execução dessa investigação.

Prosseguimos com a revisão da literatura que foi organizada em três tópicos: no primeiro - **Grupo: contextualização histórica e utilização como recurso terapêutico**- desenvolvemos um panorama do trabalho com grupos, abordando aspectos históricos, classificação e formas de utilização; no segundo tópico - **Diabetes mellitus e os desafios relacionados à terapêutica**- enfocamos o DM na perspectiva de apresentar as demandas por pesquisas na área frente ao seu quadro epidemiológico crescente e as especificidades do tratamento, apresentando o grupo enquanto estratégia promissora para tal; o último tópico desta parte - **O grupo como estratégia de intervenção a pessoas com diabetes mellitus** - incluiu uma revisão da literatura em periódicos nacionais da área da enfermagem acerca da utilização da estratégia grupal no atendimento de pessoas com diabetes.

Em seguida, descrevemos a trajetória metodológica desenvolvida incluindo: caracterizações do tipo de estudo; descrição pormenorizada do contexto em que a pesquisa foi realizada - o Grupo de Apoio Psicológico, que é parte das atividades realizadas no Grupo de Educação em Diabetes; informações acerca dos sujeitos do estudo; coleta e análise dos dados; e aspectos éticos envolvidos.

Com relação ao cenário de estudo, vale destacar que os encontros do Grupo de Apoio Psicológico, foram realizados com enfoque na dinâmica grupal, respeitando e considerando o processo do grupo. A discussão no início de cada encontro era estimulada por meio de técnicas disparadoras relacionadas a aspectos generalizados como expectativas frente ao acompanhamento no GED, o conceito de saúde e a convivência com o diabetes. Essa era a parte estruturada da discussão que permitia o desenrolar de conversas que seguiam as demandas dos participantes.

Vale ressaltar, o importante papel dessas técnicas disparadoras frente aos objetivos do Grupo de Apoio Psicológico. Era perceptível que os participantes não

Considerações Finais

estavam familiarizados com a participação ativa inerente à proposta de trabalho em grupo, assim as técnicas estruturadas estimularam as discussões que, conforme pudemos perceber ao longo do trabalho, atingiram um grau de profundidade considerável no tocante ao diabetes, seu tratamento e formas de enfrentamento.

As quatro sessões do grupo da psicologia em que foi realizada a coleta de dados aconteceram ao longo de um semestre de atividades no CEEAI, em que os participantes compareciam semanalmente no local e realizavam atividades junto aos profissionais da equipe multidisciplinar.

Nesse sentido, certamente foi um período de aprendizado para os participantes, que recebiam a cada semana orientações nutricionais, ou informações acerca de atividade física, ou relacionadas a medicação, aplicação de insulina, cuidado com os pés, e ainda faziam o controle semanal dos níveis pressóricos, da glicemia capilar, peso, dentre outros. O GAP acontecia como uma espécie de parada para processar a grande carga de conhecimentos recebida, para contextualizar e encaixar na vida de cada participante a entrada dos cuidados apreendidos.

Esse movimento de problematização ou “processamento” feito pelo grupo ao longo do semestre, durante os encontros no GAP, deu sustentação para os Resultados e Discussão e, conseqüentemente, das inferências feitas ao longo da presente pesquisa.

A partir da análise temática das falas dos participantes durante as sessões do Grupo de Apoio Psicológico, extraímos os núcleos de sentido, ou unidades semânticas representativas das discussões grupais, que nos permitiram apresentar em categorias temáticas a complexidade desses diálogos, para analisar mais claramente as contribuições da participação nesse grupo para o aprendizado frente ao DM.

Na configuração dos resultados, foram elaboradas quatro categorias: **Faço parte de um serviço de apoio em diabetes; Tenho diabetes, sentimentos e desafios relacionados à doença; Desmistificando a singularidade: o poder das trocas de experiências no grupo e Avaliações realizadas pelos participantes durante as sessões grupais.** As três primeiras foram divididas em subcategorias que possibilitaram uma maior exploração dos temas abordados.

As categorias nos ofereceram um panorama representativo do processo grupal ao longo do semestre de atividades. O movimento inicial dos participantes foi

Considerações Finais

semelhante a um estado de contemplação das ofertas disponibilizadas pelo CEEAI. O grupo lembrou a trajetória que os fez conhecer e iniciar a participação nas atividades e as expectativas frente a essa oferta. Tais aspectos foram abordados na primeira categoria.

Na segunda categoria foram reunidas as falas compartilhadas no grupo, representativas das dificuldades e potencialidades relacionadas ao autocuidado. Dentre os temas discutidos, a alimentação se destacou. A dificuldade em seguir um padrão alimentar saudável foi abordada, enfatizando dificuldades pessoais para o controle da vontade de comer, dificuldades relacionadas com os costumes sociais e familiares e fatores financeiros. Além das dificuldades os participantes também expuseram formas de enfrentamento encontradas para lidar com essa situação.

A atividade física também foi discutida enquanto recomendação a ser seguida, com a apresentação de aspectos favoráveis desta prática e também das dificuldades de adesão. Cuidados como: a aplicação de insulina, medicação e exame dos pés foram mencionados de forma pontual, praticamente não sendo alvo das discussões do grupo.

A terceira categoria é representativa do processo de trocas de experiências e implicação mútua que os membros do grupo atingiram. Nesse contexto emergiu um estado de enfrentamento coletivo do diabetes. Ao longo do semestre, a maioria dos participantes desenvolveu comportamentos de mudança de hábitos, alcançando o controle dos níveis glicêmicos e, ainda assim, o grupo permaneceu lutando para que as pessoas que não atingiram esse controle, pudessem também alcançá-lo. Os relatos denotam que o grupo construiu ao longo do semestre um estado de unicidade que os levou a comemorar juntos cada conquista compartilhada e a lutar juntos contra os desafios impostos pelo diabetes. Nesse sentido, a terceira categoria congrega relatos que nos permitem vislumbrar essa condição alcançada pelo grupo, por meio das duas subcategorias seguimos esse processo de enfrentamento coletivo possibilitado pelas trocas grupais.

A quarta categoria foi elaborada a partir da reunião das avaliações feitas pelos membros do grupo ao longo do semestre. Em todos os encontros do GAP tais avaliações eram solicitadas, o que se fazia mais enfaticamente nos primeiros encontros por parte da coordenação e ao final esta prática já havia sido incorporada pelos participantes. Nas avaliações proferidas pelos participantes foram abordados

Considerações Finais

os benefícios alcançados durante os encontros, a equipe do GED e o desenvolvimento do próprio grupo.

Acreditamos ter alcançado o objetivo de investigar as contribuições da participação no GAP para a aprendizagem voltada para o autocuidado em Diabetes. Ao longo da pesquisa pudemos acompanhar o processo de amadurecimento do grupo e obtivemos maiores subsídios para o enfrentamento da doença.

O direcionamento do GAP priorizava a participação ativa das pessoas. A forma como as sessões eram estruturadas enfatizava e estimulava esse aspecto. Nesse sentido os participantes aproveitaram o espaço para compartilhar experiências, vivências e aprendizados relacionados ao diabetes o que certamente facilitou o processo de aprendizagem.

No GAP os participantes discutiram aspectos muito diversos acerca dos cuidados recomendados para o controle dos níveis glicêmicos. O grupo concordou com a necessidade de que as recomendações dos profissionais fossem seguidas, alguns conseguiram segui-las sem dificuldades, outros enfrentando maiores desafios e alguns simplesmente não conseguiram, porém perceberam que isso não é impossível, diante das experiências compartilhadas no grupo.

Acreditamos que foram relevantes as contribuições da participação nesse grupo para o enfrentamento do diabetes, na medida em que o mesmo serviu como espaço para que o diabetes e suas formas de tratamento fossem problematizados, discutidos e refletidos, bem como pela possibilidade de se compartilhar conquistas e desafios. Os participantes construíram um estado de implicação e luta coletiva para o enfrentamento dessa doença.

A singularidade do atendimento realizado no local de estudo é relacionada com as estratégias utilizadas com enfoque que vai além de orientações, possibilitando espaço para trocas de opiniões, dificuldades, potencialidades, relacionados a essa condição.

Na medida em que as questões relacionadas ao tratamento do diabetes eram apreendidas em forma de blocos de conteúdos, de cunho teórico ou prático, em cada atendimento com as equipes da enfermagem, nutrição e educação física, no GAP os participantes tinham a oportunidade de problematizar, integrar, compartilhar opiniões e sentimentos acerca das questões discutidas nesses demais espaços.

Assim, aspectos referentes à alimentação, aos medicamentos, à atividade física eram abordados pelos participantes no Grupo de Apoio Psicológico, com o

Considerações Finais

diferencial de que o enfoque não era nos conceitos, nas prescrições ou recomendações, mas sim em questões relativas às dificuldades e potencialidades do grupo para aderir às condições apreendidas nos demais espaços. E nesse movimento o grupo construiu uma força coletiva de enfrentamento ao diabetes. Com preocupações mútuas, reconhecimento das diferenças e uma forte implicação no sentido de auxiliar os membros que demonstravam maiores dificuldades. Assim, o grupo cresceu afetiva e efetivamente ao longo do semestre de atividades.

Se analisarmos o conteúdo das percepções e mudanças referidas nos relatos já descritos, podemos sinalizar a importância das interações grupais para o aprendizado de cada participante acerca do autocuidado. Nesse sentido os conteúdos das discussões no grupo, juntamente com outros fatores como os demais momentos de atividades no CEEAI, as interações sociais e familiares, dentre outros, possibilitaram um movimento de mudança no sentido de uma maior compreensão do diabetes e consequente busca por novas estratégias de convivência com a doença.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standarts of medical care in Diabetes – 2009. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 42, 2009. supplement 1.

ANDALÓ, C. S. A. O papel do coordenador de grupo. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 12, n. 1, p.135-152, 2001.

_____. **Mediação grupal**: uma leitura histórico-cultural. São Paulo: Ágora, 2006. 142 p.

ALMEIDA, S. P. **A vivência no grupo**: a experiência para pessoas diabéticas. 2006. 143f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2006.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

ATAÍDE, M. B. C.; DAMASCENO, M. M. C. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p.518-23, 2006.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD – 2003. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 911-926, 2006.

BARROS, R. D. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde e loucura**, n. 6. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 183-191.

BAREMBLITT, G. (Org.). **Grupos**: teoria e técnica. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986. 219 p.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. **Psicoterapia de grupo**: noções básicas. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2001. 155 p.

BERIKAI, P. et al. Gain in patient's knowledge of diabetes management targets is associated with better glycemic control. **Diabetes care**, Alexandria, v. 30, n. 6, p.1587-9, 2007.

Referências

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/resolucoes/reso196.doc>>. Acesso em: 23 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 98p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 210 p. (Série A – Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. (Série B – Textos Básicos em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série pactos pela Saúde, v. 8)

CANCHÉ, K. A. M.; GONZÁLEZ, B. C. S. Ejercicio de resistencia muscular en adultos con diabetes mellitus tipo 2. **Rev Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p. 21-6, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R. P.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2006. p.113-126.

CHEMERS, M. M. Leadership research and theory: a funcional integration. **Group Dynamics: Theory, Research and Practice**, Washington, v. 4, n. 1, p. 27-43, 2000.

Referências

COSTA, A. A.; ALMEIDA NETO, J. S. **Manual de diabetes: educação, alimentação, medicamentos, atividades físicas**. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 2004. 204 p.

COSTA, K. S.; MUNARI, D. B. O grupo de controle de peso no processo de educação em saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 54-59, 2004.

CREMER, D. D.; KNIPPENBERG, D. V. How do leaders promote cooperation? The effects of charisma and procedural fairness. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 87, n. 5, p. 858-66, 2002.

DREWNOSWSKI, A.; SPECTER, S. E. Poverty and obesity: the role of energy density and costs. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.79, n.1, p.6-16, 2004.

DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Software educativo sobre diabetes mellitus para profissionais de saúde: etapas de elaboração e desenvolvimento. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 1, p.104-7, 2003.

DURÃO, A. M. S.; SOUZA, M. C. B. M.; MIASSO, A. I. Cotidiano de portadores de esquizofrenia após uso de clozapina e acompanhamento grupal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 251-7, 2007.

FERNANDÉZ, A. M. **O campo grupal: notas para uma genealogia**. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 230p.

FERNANDES, C. N. S. **O enfermeiro como coordenador de grupos: contribuições da dinâmica de grupos**. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.

FLEURY, H. J. F; MARRA, M. M. **Intervenções grupais nas organizações**. São Paulo: Àgora, 2005. 161 p.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p.380-387, 2009.

FRANCIONI, F. F; COELHO, M. S. A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.1, p.156-62, 2004.

Referências

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.1, p.105-11, 2007.

FREIRE, M. O que é um grupo? In: GROSSI, E. P.; BORDIN, J. (Orgs.) **Paixão por aprender**. Rio de Janeiro: Vozes, 1992. p. 59-68.

GALLEGOS, E. C.; OVALLE-BERÚMEN, F.; GOMEZ-MEZA, M. V. Metabolic Control of adults with type 2 Diabetes Mellitus through education and counseling. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 38, n 4, p. 344-351, 2006.

GAYOTTO, M. L. C. (Org). **Liderança II**: Aprenda a coordenar grupos. Petrópolis: Vozes, 2003. 239p.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GILLIERÓN, E. **Psicoterapias breves**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1986. 101p.

GODOY, M. T. H.; MUNARI, D. B. **Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: de 1980 a 2004**. 2004. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.

_____. Review of scientific literature on the use of group activities in nursing work in Brazil: 1980 to 2003. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 786-802, 2006.

GONÇALVES, V. L. M. et al. A construção de prognosticadores de avaliação de desempenho por meio do grupo focal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 01, p. 134-141, 2007.

GROSSI, S. A. A. Educação para o controle do Diabetes mellitus. In: BRASIL. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.155-167.

Referências

GROSSI, S. A. A.; CIANCIARULLO, T. I.; MANNA, T. D. Avaliação de dois esquemas de monitorização domiciliar em pacientes com diabetes mellitus do tipo 1. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 4, p.317-23, 2002.

GUERRA, C. A. G. et al. Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2 p.159-66, 2005.

GUIDONI, C. M. et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 37-48, 2009.

GUIMÓN, J. **Introdução as terapias de grupo**: teorias, técnicas e programas. Lisboa: Climepsi editores, 2002. 205 p.

HINSZ, V. B.; NICKELL, G. S. Positive reactions to working in groups in a study of group and individual goal decision making. **Group Dynamics: Theory, Research, and Practice**, Washington, v. 8, n. 4, p. 253-254, 2004.

HOLMES, S. E.; KIVLIGHAN JR D. M. Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. **Journal of Counseling Psychology**, Washington, v. 47, n. 4, p. 478-484, 2000.

HOUAISS, A; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. (Eds.). **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1986 p.

KIVLIGHAN JR, D. M.; MULTON, K. D.; BROSSAT, D. F. Helpful Impacts in group counseling: development of a multidimensional rating system. **Journal of counseling psychology**, Washington, v. 43, n. 3, p. 347-355, 1996.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. 290p.

LIN, E. H. B. et al. Depression and advanced complications of Diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 33, n. 2, p. 264-269, 2010.

LOOMIS, M.E. **Groups process for nurses**. Saint Louis: Mosby Company, 1979.

LUCE, M. et al. O preparo para o auto-cuidado do cliente diabético e família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 43, n1/2/3/4, 1990.

Referências

LUNARDI, V. L. et al. Concepções de saúde, de doença e de cuidado de clientes portadores de diabetes mellitus. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 29-34, 2000.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto à programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 02, p. 207-14, 2003.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e o subjetivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 573-80, 2007.

MAIA, F. F. R.; ARAÚJO, L. R. Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 em Minas Gerais. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 261-266, 2004.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. 4ª ed. São Paulo: Duas cidades, 1977. 188 p.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. O itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus Tipo 1 e seus familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.6, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600009&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 4 mar. 2010.

MCGUIRE, J. M. et al. Group structuring techniques and their influence on process involvement in a group counseling training group. **Journal of Counseling Psychology**, Washington, v. 33, n. 03, p. 270-5, 1986.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. et al. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.179-86, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. 406 p.

Referências

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.316-323, 2003.

MOTA, K. A. B.; MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p.150-161, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/pdf/atualizacao.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2008.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. 2. ed. Goiânia: AB, 2003. 82p.

MUNARI, D. B.; FERNANDES, C. N. S. Coordenar grupos à luz das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 26-32, 2004.

MUNARI, D. B. et al. O ensino da temática grupo nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p.220-230, 2005.

MUNARI, D. B.; OLIVEIRA, N. F.; FERNANDES, C. N. S. Modelo de Educação de Laboratório na formação do enfermeiro: avaliação do graduando de enfermagem. **Revista de Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.385-90, 2006.

MUNARI, D. B. et al. Contribuições para a abordagem da dimensão psicológica dos grupos. **Revista de Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.107-112, 2007.

MUNARI, D. B., ZAGO, M. M. F. Grupos de apoio e grupos de auto-ajuda: aspectos conceituais e operacionais, semelhanças e diferenças. **Revista de Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.359-366, 1997.

MURPHY, S. A.; JOHNSON, L. C. Methodological issues associated with group intervention research. **Arquivos of Psychiatric Nursing**, Cleveland, v.20, n.6, p.276-281.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 3, p.423-31, 2005.

Referências

OLIVEIRA, N. F. et al. Fatores Terapêuticos em Grupo de Diabéticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 558-65, 2009.

O'GORMAN, R.; SHELDON, K M.; WILSON, D. S. For the good of the group? exploring group-level evolutionary adaptations using multilevel selection theory. **Group Dynamics: theory, research and practice**, Washington, v. 12, n.1, p.17-26, 2008.

OLSHANSKY, E. et al. Living with diabetes: normalizing the process of managing diabetes. **The Diabetes Educator**, Chicago, v.34, n.6, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

OSÓRIO, L. C. et al. **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. 358 p.

_____. **Grupos, teorias e práticas**: acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 210 p.

_____. **Psicologia grupal**: uma nova disciplina para o advento de uma nova era. Porto Alegre: Artmed, 2003. 176p.

OSÓRIO, L. C. **Grupoterapias**: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed, 2007. 176p.

OTERO, L. M. **Implementação e avaliação de atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo staged diabetes management**. 2005. 197 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. **Revista Latino Americana-Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt10.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2008.

PACE, A. E. et al. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com Diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 5, p. 514-521, 2002.

Referências

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHÔA-VIGO, K. O Conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Revista Latino Americana-Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 3, p. 312-9, 2003.

PAIVA, M. M. et al. Avaliação das ações educativas enfermagem para diabéticos: uma experiência de integração docente-assistencial no hospital universitário – UFC, Fortaleza – CE. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n.2/3, 1986.

PENCKOFER,S. et al. The psychological impact of living with diabetes: women day-to-day experiences. **The Diabetes Educator**, Chicago, v. 33, n. 4, p. 680-90, 2007.

PEREIRA, G. A; LIMA, M. A. D. S. Relato de experiência com grupo na assistência de enfermagem a diabéticos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23. n. 2, p.142-157, 2002.

PEREIRA, A. P. S.; PELÁ, N. T. R. Atividades grupais de portadores de estoma intestinal definitivo: a busca da aceitação. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 574-7, 2006.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. **Revista Latino Americana-Enfermagem**, São Paulo, v.16, n.1, 2008.

PEYROT, M.; RUBIN, R. R.; SIMINERIO, L. M. Physician and nursing use of psychosocial strategies in diabetes care. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 29, n. 6, p.1256-62, 2006.

POZZAN, R. et al. Experiência com um programa de educação para pacientes diabéticos com baixo nível sócio-econômico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3, p.241-9, 1994.

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

RICHMOND, J. Diabetes services: seamless or segregated? **Journal of Diabetes Nursing**, London, v. 10, n. 10, p. 382-384, 2006.

Referências

RICKHEIM, P. R.; WEAVER, T. W.; FLADER, J. L.; KENDALL, D. M. Assessment of group versus individual diabetes education. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 25, n. 2, p.269-274, 2002.

ROCHA, F. E. C.; PADILHA, G. C. **Agricultura familiar**: dinâmica de grupo aplicada às organizações de produtores rurais. Planaltina, DF: Embrapa Cerrados, 2004.

SANTOS, E. C. B. et al. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 3, p.397-406, 2005.

SANTOS, M. A. et al. Grupo Operativo como estratégia para atenção integral ao diabético. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 242-7, 2007.

_____. Programa de Educação em Saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 57-63, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

SCAIN, S. F. Educação para a saúde a grupos de clientes diabéticos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p.232-46, 1986.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A.; CARVALHO, A. M. P. Grupoterapia com estudantes de enfermagem durante a transição teórico-prática. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 214-223, 2007.

SILVA, H. M. Programa de assistência ambulatorial para clientes diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 3/4, p. 289-99, 1985.

SILVA, A. L. C. et al. Atividade grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 11, n. 1, p. 18-24, 2003.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos Operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v.11, n.1, p. 52-7, 2007.

Referências

SOUZA, C. R.; ZANETTI, M. L. Administração de insulina: uma abordagem fundamental da educação em diabetes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 3, p. 264-70, 2000.

SOUZA, S. P. S.; LIMA, R. A. G. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Revista Latino Americana-Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.1, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100023&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em: 4 mar. 2010.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 132-138, 2006.

SZWARCWALD, et al. Socio demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 554-564, 2005. Suplemento.

TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 812-817, 2006.

THOOLEN, B. et al. Who participates in Diabetes self-management interventions? **The Diabetes Educator**, Chicago, v. 33, n. 3, p.465-474, 2007.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do Modelo Transteórico no comportamento alimentar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1641-50, 2007.

TORRES, H. C.; HORTALLE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 1339-1347, 2003.

TORRES, H. C. et al. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 312-6, 2009.

TORRES-LÓPEZ, T. M.; SANDOVAL-DÍAZ, M.; PANDO-MORENO, M. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crônicos de um baririo de Guadalajara, Mexico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.101-110, 2005.

Referências

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007. 175 p.

WEIL, P. **Dinâmica de grupo e desenvolvimento em relações humanas**. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 2002.

YALOM, I. D. **Psicoterapia de grupo**: teoria e prática. Tradução Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

ZANETTI, M. L. et al. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.19, n. 4, p. 253-260, 2006.

_____. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p.186-92, 2008.

ZANETTI, M. L.; MENDES, I. A. C.; RIBEIRO, K. P. O desafio e o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticas tipo 1. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 32-6, 2001.

ZIMMERMAN, D. E. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 424 p.

ZIMMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 244 p.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) na pesquisa intitulada: ***Avaliação das atividades grupais realizadas em serviço de atendimento ao paciente diabético.*** Meu nome é Nunila Ferreira de Oliveira, sou a pesquisadora responsável, sobre orientação da Profa. Dra. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza. Após ler este documento para ser esclarecido(a) a respeito da pesquisa para a qual está sendo convidado a participar, no caso de aceitar, assine ao final, nas duas vias, sendo uma delas sua e a outra da pesquisadora responsável. Caso venha a recusar, você não será penalizado(a) de forma alguma.

Em caso de dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Universidade de São Paulo, no telefone (0xx16) 3602.3386.

Trata-se de uma pesquisa que busca analisar o atendimento realizado pelo Grupo de Apoio Psicológico do CEEAI (Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos), realizado pela equipe de psicologia aos indivíduos portadores de diabetes mellitus, para avaliar fatores que indicam se o tratamento realizado em grupo, nesta unidade, é eficaz ou não, de acordo com os seus objetivos e planejamento.

A pesquisa será realizada através de observação e gravação das sessões do grupo de apoio psicológico do CEEAI e entrevista, também gravada e transcrita, na qual você deverá responder a algumas perguntas relacionadas ao atendimento em grupo. Seu nome não será revelado em momento algum, exceto agora, nesse termo. Todos os dados coletados servirão apenas para esta pesquisa e não serão guardados para estudos futuros. As gravações serão arquivadas em CD-ROM durante 5 anos, como exige a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e, posteriormente, serão apagadas.

A pesquisa será realizada de janeiro a dezembro de 2008, às terças-feiras, com duração de aproximadamente 1 hora e meia, seguindo o horário pré-estabelecido para as reuniões realizadas no CEEAI, de acordo com o cronograma de início, término e recessos programados para as atividades da unidade.

Acreditamos ter tomado todas as providências para que você não sofra riscos, prejuízos, desconfortos, lesões, mas se achar que sofreu lesão ou qualquer dano decorrente da pesquisa poderá procurar seus direitos. Você não terá gastos financeiros devido à sua participação na pesquisa, porém também não será beneficiado financeiramente.

Após o término da pesquisa os resultados serão apresentados à coordenação do CEEAI e certamente contribuirá com a melhoria da assistência neste local. Reiteramos que você terá garantia de sigilo e direito de retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem penalidade alguma. Os resultados serão publicados em congressos ou revistas científicas, sendo que as informações que forem coletadas permanecerão anônimas.

Espero contar com sua colaboração para concretizar a aplicação da pesquisa. Agradeço a atenção dispensada.

Nunila Ferreira de Oliveira
Coordenadora da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Eu, _____, RG/CPF: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo ***Avaliação das atividades grupais realizadas em serviço de atendimento ao paciente diabético*** sob a coordenação da Enfermeira Nunila Ferreira de Oliveira. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. Recebi uma cópia deste documento.

Local _____ **Data** ____/____/____

Assinatura

ANEXO

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER

Processo n.: 0849/2007

Título do projeto: Avaliação das atividades grupais realizadas em serviço de atendimento ao paciente diabético

Pesquisadoras: Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza (Orientadora)
Nunila Ferreira de Oliveira (Candidata à Mestranda)

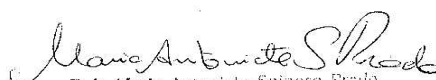
As pendências apontadas no parecer anterior foram acatadas, a saber:

- 1- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi reformulado para adequar a linguagem;
- 2- O critério para a formação dos sujeitos foi esclarecido (seguirão a programação do próprio serviço);
- 3- Foram anexados os instrumentos de coleta de dados (Folha de registro e observação grupal, Catálogo de definições para Observação e Check-list para registro das atividades do grupo baseado no Q-sort de fatores terapêuticos de Yalom.

Diante disso, considero o projeto **APROVADO**.

Ribeirão Preto, 19 de dezembro de 2007.

Parecer aprovado pelo Comitê de Ética em
Pesquisa da EERPE/USP na 1025 Reunião
Ordinária realizada em 19.12.2007


Enfa. Maria Antonieta Spinoza Prado
Vice Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa EERPE/USP