

Universidade Federal de São Paulo  
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família

Irvin Jo Takayanagi

**Grupo educativo junto a pessoas com diabetes: desafios para ampliar o autocuidado e a escuta da equipe da atenção básica**

São Paulo  
2019

Irvin Jo Takayanagi

**Grupo educativo junto a pessoas com diabetes: desafios para ampliar o autocuidado e a escuta da equipe da atenção básica**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde – da Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Spedo

Co-orientador: Prof. Dr. Nicanor R. S. Pinto

São Paulo

2019

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T136g Takayanagi, Irvin Jo.  
GRUPO EDUCATIVO JUNTO A PESSOAS COM DIABETES:  
DESAFIOS PARA AMPLIAR O AUTOCUIDADO E A ESCUTA DA  
EQUIPE DA ATENÇÃO BÁSICA. / Irvin Jo Takayanagi;  
Orientadora Sandra Maria Spedo; Coorientador Nicanor  
Rodrigues da Silva Pinto. -- Santos, 2019.  
82 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em  
Saúde da Família - PROFSAÚDE) -- Instituto Saúde e  
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2019.

1. EDUCAÇÃO EM SAÚDE. 2. DIABETES MELLITUS. 3.  
AUTOCUIDADO. 4. EMPODERAMENTO. 5. ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE. I. Spedo, Sandra Maria, Orient. II. Rodrigues  
da Silva Pinto, Nicanor, Coorient. III. Título.

CDD 610.969

Irvin Jo Takayanagi

**Grupo educativo junto a pessoas com diabetes: desafios para ampliar o autocuidado e a escuta da equipe da atenção básica**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde – da Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

**Banca examinadora**

Prof. Dr. ANTONIO DE PADUA PITHON CYRINO  
Professor Assistente Doutor  
Departamento de Saúde Pública  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Prof. Dr. FERNANDO SFAIR KINKER  
Professor Adjunto  
Departamento Saúde, Clínica e Instituições  
Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista

Profa. SILVIA MARIA SANTIAGO  
Professora Associado  
Departamento de Saúde Coletiva  
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

São Paulo

2019

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à minha família que sempre me apoiou: minha esposa Lina, meu amor e meu braço direito, meus filhos Karina, Eduardo e Fernanda, tesouros da minha vida.

Aos meus pais, Alberto e Sanae, que me deram condições de traçar meu caminho até a faculdade de medicina e ajudam demais a cuidar dos netinhos. À minha irmã, Mari, que deu o seu apoio, principalmente em relação às crianças.

Aos meus sogros, Juan (*in memoriam*) e Rina, que me apoiaram durante meus anos de faculdade, e, também, a cuidar dos netinhos.

Ao meu cunhado, Gustavo, que também deu o seu suporte no cuidar dos sobrinhos. Aos meus tios, Jaime (*in memoriam*) e Hiroko, para os quais não tenho palavras para agradecer todo o apoio e suporte que me permitiram chegar onde estou.

Agradeço aos meus orientadores, Sandra e Nicanor, que com muita paciência conseguiram me guiar até aqui, e, com sabedoria, souberam corrigir os meus passos.

Obrigado aos meus colegas de trabalho e à minha equipe, que deram todo o apoio e foram peças fundamentais para a minha atividade em campo, possibilitando que eu concluísse minha tese.

Agradeço aos meus amigos do mestrado profissional (ProfSaúde), pois o relacionamento com vocês foi fundamental para eu conseguir concluir este mestrado, e foi fonte de novos estímulos e de variados pontos de vista que me auxiliaram demasiadamente neste caminho até a conclusão. Agradeço aos professores do ProfSaúde que também contribuíram para o meu desenvolvimento

## SIGLAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
ADA	American Diabetes Association
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDF	International Diabetes Federation
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	01
2. DIABETES MELLITUS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA-----	02
3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE-----	04
3.1 Educação em saúde e diabetes-----	07
3.2 Grupo educativo como estratégia de promover saúde-----	08
4 EMPODERAMENTO COMO CAMINHO PARA O AUTOCUIDADO EM DM-----	11
5. OBJETIVOS-----	17
6. PERCURSO DO ESTUDO-----	18
6.1 Preparando a intervenção – o grupo educativo-----	19
6.2 Análise dos dados-----	22
6.3 Aspectos éticos-----	23
7. A CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO GRUPO EDUCATIVO-----	24
8. O PROCESSO EDUCATIVO NA PERSPECTIVA DAS PESSOAS COM DIABETES-----	32
8.1 Os sentidos da alimentação na vida das pessoas com diabetes-----	32
8.2 O significado da insulina para as pessoas com diabetes-----	35
8.3 A carga negativa da diabetes e suas repercussões no modo de andar a vida-----	38
8.4 O (des)conhecimento sobre a diabetes e os desafios para o autocuidado -----	42

8.5 Repercussões do grupo sobre as percepções das pessoas com diabetes .....	44
9. O PROCESSO EDUCATIVO NA PERSPECTIVA DO PESQUISADOR – POTÊNCIAS, FRAGILIDADES E DIFICULDADES.....	47
9.1 Problemas no planejamento do grupo educativo.....	47
9.2 O desafio de abordar alguns temas no grupo educativo.....	48
9.3 Potências do processo educativo implementado.....	50
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
11. REFERÊNCIAS.....	56
ANEXO 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
ANEXO 2 PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UNIFESP	
ANEXO 3 PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – SMS-SP	



## RESUMO

A Diabetes Mellitus configura-se hoje como um grande desafio para os sistemas de saúde no mundo, devido à sua alta prevalência e gravidade de suas complicações, e a educação em saúde tem sido recomendada, por diversas organizações internacionais e nacionais, como um dos pilares para a melhora do autocuidado da pessoa com diabetes. Embasando-se no referencial teórico do empoderamento, grupo educativo e educação em saúde, elaborou-se um estudo-intervenção para discutir e refletir sobre repercussões de um grupo educativo para o cuidado de pessoas com diabetes. **Objetivo:** implementar e analisar processo educativo com pessoas com diabetes acompanhadas em uma unidade básica de saúde. **Percorso do estudo:** estudo-intervenção com delineamento qualitativo no qual foi planejado e construído um grupo educativo com a participação de 11 pessoas com diabetes, coordenado e facilitado pelo pesquisador que exercia papel de ator ativo, com apoio de outros profissionais da UBS. O grupo educativo foi desenvolvido em 12 encontros, utilizando-se de dinâmicas planejadas, e finalizados com uma roda de conversa para discussão sobre os assuntos levantados pelos participantes. Nesse processo foram identificadas quatro categorias analíticas: (a) os sentidos da alimentação na vida das pessoas com diabetes, no qual foi possível avaliar a íntima relação do ato de comer com a vida da pessoa; (b) o significado da insulina para as pessoas com diabetes, no qual avaliamos os distintos significados do uso da medicação inclusive aqueles que transcendem a simples necessidade metabólica da mesma; (c) a carga negativa da diabetes e suas repercussões no modo de andar a vida no qual avaliamos como a doença impacta negativamente na vida das pessoas; (d) o (des)conhecimento sobre a diabetes e os desafios para o autocuidado, no qual avaliamos como as pessoas incorporam e desenvolvem seus próprios conhecimentos sobre a doença influenciando seu autocuidado; (e) repercussões do grupo sobre as percepções das pessoas com diabetes, no qual avaliamos como as influências do processo educativo na vida dessas pessoas. **Considerações finais:** as discussões e reflexões nas rodas de conversa do grupo educativo possibilitaram a ressignificação da doença na vida das pessoas com diabetes e contribuíram para a criação de um espaço de escuta das dúvidas e angústias dos participantes. Espera-se que a discussão apresentada, a construção desse grupo e suas

repercussões nas pessoas com diabetes possa contribuir para que outros profissionais reflitam sobre suas práticas em saúde.

Palavras-chave: educação em saúde, Diabetes Mellitus, autocuidado, empoderamento, Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

Diabetes Mellitus is today a major challenge for health systems worldwide, because of its high prevalence and severity of complications, and health education has been recommended by several international and national organizations as a pillar for improving self-care of the person with diabetes. Based on the theoretical framework of health education, empowerment and educational group, an intervention study was developed to discuss and reflect on the repercussions of an educational group for the care of those with diabetes. **Objective:** to implement and analyze educational process with people with diabetes accompanied in a basic health unit. **Study course:** a qualitative intervention-study in which an educational group was designed and built with the participation of 11 people with diabetes, coordinated and facilitated by the researcher who played an active role as well, with the support of other professionals from Health Basic Unit. The educational group was developed in 12 meetings using planned dynamics and finalized with a discussion in the conversation wheel about the subjects raised by the participants. In this process, four analytical categories were identified: (a) *the senses of eating in the lives of people with diabetes*, in which it was possible to evaluate the intimate relationship between the act of eating and life; (b) *the meaning of insulin for people with diabetes*, in which we evaluate the different meanings of medication use, including those that transcend the patient's simple metabolic need; (c) *the negative burden of diabetes and its repercussions on the ways of walking through life*, in which we evaluate how the disease negatively impacts people's lives; (d) *(un)knowledge about diabetes and the challenges to self-care*, in which we evaluate how people incorporate and develop their own knowledge about the disease influencing their self-care; (e) *repercussions of the group on the perceptions of people with diabetes*, in which we assess the influences of the educational process on the lives of these people. **Final considerations:** the discussions and reflections in the conversation's wheels of the educational group, allowed us to contribute to the resignification of the disease in the lives of people with diabetes. And the detailing of the potencies, difficulties and weaknesses of this type of intervention opens the way for other professionals to be influenced and to reflect on their current practices.

Keywords: health education, Diabetes Mellitus, self-care, empowerment, Primary Health Care

## 1. INTRODUÇÃO

Minha trajetória como médico de família teve um início não planejado; começou após minha não aprovação no processo seletivo da residência médica em radiologia. Decidi então, trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para ganhar, juntar um pouco dinheiro e me sustentar por um ano. Assim poderia pagar um cursinho preparatório para nova prova de residência. Nunca imaginei que me apaixonaria em atuar como médico de família, o que venho fazendo há 11 anos, e, inclusive, realizando toda minha formação pós-graduada nesta área.

Durante os anos em que estive atuando em serviços da atenção básica do SUS, como médico de família e comunidade, por diversas vezes tive a oportunidade de participar de grupos educativos principalmente para pessoas com Diabetes Mellitus (DM). Inicialmente fazendo palestras sobre a doença, enfatizando a importância do seu controle para manter a saúde, ofertando a aferição da glicemia capilar no grupo, como atrativo para participação e, posteriormente, incluindo algumas dinâmicas de grupo com o intuito de estimular a própria pessoa a refletir sobre sua saúde e doença.

No entanto, tais grupos educativos tornavam-se, de certa forma, repetitivos sobre os temas abordados e parecia não fazer muito sentido para os participantes. Estes se interessavam mais pelo processo e técnicas de aferição da glicemia capilar, o que refletia algumas de suas principais dificuldades, e não dialogavam com outras dimensões de seu processo saúde-doença abordados nas palestras. Isto me despertou dúvidas sobre o grupo educativo em si: “será que contribui para o controle da doença ou melhora da saúde destes indivíduos?”.

Ao pesquisar materiais relacionados sobre a educação em saúde, me deparei primeiramente com um debate sobre a utilização dos termos “Educação em saúde” e “Educação na Saúde”. De acordo com o glossário da Biblioteca Virtual da Saúde “Educação na Saúde” é “Produção e Sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2009).

Neste estudo, utilizarei o termo “Educação em Saúde” por se tratar de um conceito utilizado por profissionais dos serviços de saúde e da academia para caracterizar processos educativos que visam ampliar o conhecimento de indivíduos e comunidades sobre saúde, necessidades e cuidado, incluindo o autocuidado.

Para o Ministério da Saúde, a Educação em Saúde é entendida como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2009; BRASIL, 2006a).

É importante destacar a ideia de autonomia, contemplada nessa definição de “educação em saúde” por haver uma correlação com conceito de empoderamento, que será discutido posteriormente. Autonomia deriva do grego *auto*, próprio, e *nomos*, lei, regra ou norma (ARAÚJO et al., 2008). A composição dos dois termos confere a ideia de governar-se por meios próprios, referindo-se à capacidade inerente do ser humano de decidir o que é “bom” para si e seu “bem-estar”. O indivíduo autônomo deve ter liberdade de pensamento, possibilidade de escolhas para agir e decidir o que mais lhe convém, baseado em suas bases social, política e cultural, assim como em suas crenças e valores próprios, “mesmo que estes sejam diferentes dos predominantes na sociedade na qual se insere” (ARAÚJO et al., 2008).

## **2. Diabetes Mellitus: um problema de saúde pública**

Com a revolução industrial, a evolução da medicina e a evolução tecnológica que temos vivido desde o século XVIII e em escala exponencial nas últimas décadas, a humanidade obteve algumas conquistas significativas como maior longevidade, ampliação da produção de alimentos, melhorias dos meios de transporte e introdução de novas tecnologias que demandam esforços físicos cada vez menores para execução de tarefas, como locomoção, alimentação, lazer e trabalho. O envelhecimento da população, o estilo de vida sedentário, a obesidade e a alimentação inadequada impulsionam o crescimento de pessoas que acabam sofrendo das doenças crônicas não transmissíveis no mundo e no Brasil, dentre as quais destacamos a diabetes (BRASIL, 2011).

A Diabetes Mellitus (DM) configura-se hoje como um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, devido à sua alta prevalência e associação com o aumento do risco de doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renais, as quais são as principais causas de morbimortalidade (WHO, 2016).

A DM, além de diminuir a qualidade e a expectativa de vida dessas populações, se torna extremamente onerosa devido à sua natureza crônica, à gravidade das complicações e aos recursos necessários para controlá-las, tanto para os indivíduos afetados, quanto para suas famílias e o sistema de saúde (WHO, 2002; WHO, 2016). Nos EUA, em 2012, estimou-se que os diabéticos demandavam duas ou três vezes mais custos para os cuidados de saúde do que alguém sem essa doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a endemia tem maior intensidade e há crescente proporção de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens.

Em 2014, estimou-se que existiriam 11,9 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes no Brasil, podendo alcançar 19,2 milhões em 2035 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2014). Em outro estudo, a prevalência de diabetes na faixa etária de 35 a 74 anos, foi aproximadamente de 20% e cerca de metade dos casos sem diagnóstico prévio (SCHMIDT et al., 2014).

No Brasil, em 2015, a taxa de mortalidade por DM foi de 29,2 por 100 mil habitantes, para a população geral, sendo 26,5 em homens e 31,7 em mulheres, com tendência ao aumento com o avançar da idade, variando de 0,51 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 201,7 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente de 391 vezes (BRASIL, 2017).

Na maioria dos países desenvolvidos, verifica-se que a DM figura entre a quarta e a oitava posição entre as principais causas básicas de óbito. Não obstante, a análise das causas múltiplas de morte, ou seja, quando se menciona DM na declaração de óbito, mostra que a taxa de mortalidade aumenta até 6,4 vezes (FRANCO, 2004).

Neste contexto, é fundamental que os governos desenvolvam políticas públicas voltadas à DM incluindo tanto as ações de caráter assistencial quanto educativas visando o controle da pandemia de diabetes, e garantir a essa população atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2011).

### 3. Educação em saúde

No campo da saúde, as ações educativas começaram a assumir maior relevância com o fortalecimento da Saúde Pública, inicialmente em ações como as campanhas de vacinação contra as epidemias de febre amarela, varíola e peste no final do século XIX e início do século XX (estratégias de educação autoritária), seguindo a “política médica” de Bismarck desenvolvida na Alemanha, na metade do século XIX, na qual o Estado era responsável pelo bem estar e segurança do povo, mesmo contrariando os interesses individuais, justificando assim o controle autoritário e impositivo sobre os problemas sanitários pelo Estado em prol da defesa dos interesses gerais da Nação (VASCONCELOS, 2001).

Concomitante ao crescimento econômico e industrial, na década de 20, há um fortalecimento de saúde pública, enquanto política do Estado brasileiro, ainda que incipiente. E com isso, configurou-se uma nova política voltada para educação em saúde denominada educação sanitária, incorporada nas escolas durante a reforma sanitária de 1923. A educação sanitária concentrou suas ações nos novos problemas de saúde pública decorrentes do crescimento econômico, em contrapartida às ações sanitárias anteriores focadas em doenças específicas como a febre amarela ou tuberculose (SILVA et al., 2010).

Após a 2ª Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) sugere o desenvolvimento comunitário, como forma de participação popular na saúde - “educação para a saúde”. No Brasil, particularmente durante o período de ditadura militar, a insatisfação de diversos profissionais de rede de serviços de saúde e intelectuais, a respeito dos efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e sua implantação irracional, contribuíram para a configuração da educação popular em saúde com as ideias de Paulo Freire (VASCONCELOS, 2001; SILVA et al., 2010; BRASIL, 2012a).

A partir da Conferência Alma-Ata de 1978 (BRASIL, 2002), que teve como eixo central da discussão o tema “Saúde para todos no ano 2000”, a educação em saúde ganhou maior relevância como uma das estratégias necessárias para atingir tão amplo objetivo.

É importante considerar que Paulo Freire (1978) já criticava o sistema educacional tradicional, usando a expressão “educação bancária” para denominar o modelo no qual o educador “deposita” seus conhecimentos, saberes e narrativas no educando

que apenas os absorve e arquiva, como se fosse a transmissão de uma verdade sem um valor crítico da realidade ao qual faz parte. O mesmo autor, no livro *Pedagogia da Esperança*, destaca como essencial para a prática pedagógica a valorização dos saberes do educando, da sua realidade e de sua linguagem e ressalta a importância do educando “se reconhecer conhecendo o objeto, descobrindo que é capaz de conhecer, assistindo à imersão dos significados em cujo processo vai se tornando um significador crítico” (FREIRE, 1997).

Nesse sentido, a educação popular é entendida como um referencial teórico direcionado para a prática educativa e o trabalho social de emancipação, cujo objetivo é a promoção de autonomia das pessoas, à conscientização crítica, à cidadania participativa e a diminuição de desigualdades sociais (BRASIL, 2012a).

Atualmente, embora ainda exista forte influência da educação tradicional nas práticas educativas dos profissionais de saúde, podemos observar movimentos progressivos relacionados à educação popular, visando maior controle social sobre a saúde através do uso de metodologias participativas, co-participação e co-gestão da saúde. Amplia-se a discussão sobre a relação dialética entre educação e saúde e seu papel no cuidado integral do indivíduo (SILVA et al., 2010; BRASIL, 2010a).

Esta nova abordagem educacional que emerge das discussões a partir de Freire (1978), caracterizada como modelo dialógico, tem como objetivo a transformação dos saberes existentes, e não a simples transferência dos mesmos, como já discutido acima. A partir destas transformações, as pessoas constroem seus conhecimentos, habilidades e um saber sobre o processo saúde-doença, que possibilita a tomada de decisões mais apropriadas para manutenção e recuperação de sua saúde (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).

No Brasil, a partir de 1993, com a criação do Programa de Saúde da Família, observa-se uma trajetória de implementação de uma política de atenção primária que, tendo como referência as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta a educação em saúde como um de seus pilares.

Atualmente a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se estabeleceu com o processo de revisão do Programa de Saúde da Família, propõe que as equipes realizem regularmente atividades educativas, por assumir como uma de suas prioridades o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Essa política destaca como uma das atribuições de todos os



profissionais da equipe “realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe” (BRASIL, 2012b).

Cabe ressaltar que a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo a co-participação dos indivíduos, grupos comunitários, profissionais e instituições de saúde e o governo (WHO, 1986).

Durante a década de 1960, houve importantes iniciativas e debates, sobre a determinação econômica e social da saúde, envolvendo vários países, com o objetivo de superar a tradicional orientação centrada no controle da enfermidade. Esse processo contribuiu para a construção de uma perspectiva positiva para a saúde. Um desses movimentos foi o da Promoção à Saúde no Canadá, que produziu o Informe Lalonde “Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadianes”, lançado em 1974, no qual foi reconhecido que a ênfase em assistência à saúde no modelo tradicional biomédico era ineficaz, sendo necessário um olhar para além dessa visão tradicional. A partir de então, desencadeou-se uma série de iniciativas que produziram documentos essenciais para a promoção da saúde: Carta de Ottawa (Canadá, 1986), Declaração de Adelaide (Austrália, 1988); Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991); Declaração de Bogotá (Colômbia, 1992); Declaração de Jacarta (Indonésia, 1997), Relatório da Conferência do México (2000); Carta de Bangkok (Tailândia, 2005), Carta de Nairobi (Kenya, 2009) e Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas (Helsinki, 2013) (DIAS, et al., 2018).

No Brasil, a promoção de saúde vem sendo utilizada como um instrumento para diminuir os gargalos e as desigualdades sociais/ambientais inerentes ao processo saúde-doença como: violência, desemprego, falta de saneamento básico, dificuldade de acesso à educação, fome, poluição, permitindo diversas abordagens de intervenção em saúde a partir destas perspectivas. E a educação em saúde é estratégica para a implementação de uma política de promoção em saúde (BRASIL, 2010b).

No SUS, a educação em saúde, é assumida como um processo permanente de aprendizado que objetiva a construção/desconstrução e a apropriação de conhecimentos em saúde pela população e pelos profissionais de saúde. Com isso, contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas

necessidades. A educação em saúde contribui, ainda, para que a população e os trabalhadores de saúde exerçam o controle social sobre as políticas e os serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais de saúde compreendam e ampliem o real significado da educação e promoção à saúde, incluindo-se como atores de construção e transformação do sistema de saúde. Para tal, devem estar capacitados tanto para dialogar com a população, reconhecendo suas crenças, sua cultura e suas condições de vida, auxiliando-a na construção de sua autonomia, quanto para buscar ações intersetoriais, visando atuar nos diversos fatores que interferem na saúde, tais como a educação, a habitação, o emprego, a renda entre outros (HEIDMANN et al., 2006).

### **3.1 Educação em saúde e diabetes**

Em relação à educação em saúde para os diabéticos, evidenciam-se alguns protocolos internacionais publicados pela Federação Internacional de Diabetes que colocam a educação como parte integral do cuidado com diabetes, dando destaque para o envolvimento interativo da pessoa com diabetes e do educador. O currículo básico desenvolvido por estes programas objetiva a promoção de uma educação de qualidade baseada em evidências, adaptável às diversidades das regiões, utilizando instrumentos pedagógicos adequados à pessoa com diabetes (BECK, et al., 2017).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2014-2015a) e o Ministério da Saúde (Brasil, 2013) propõem que esta deve ser contínua e facilitadora do acesso ao conhecimento e promover o desenvolvimento de capacidades e habilidades inerentes para o gerenciamento do autocuidado e da doença pela própria pessoa, seus familiares e/ou cuidadores. Os objetivos principais dos programas de educação em diabetes são a redução dos obstáculos presentes entre as pessoas com diabetes e aquelas relacionados ao seu cuidado, incluindo os profissionais de saúde; a promoção da autonomia; a melhora dos desfechos clínicos; a prevenção do surgimento da doença e de suas complicações; a melhora da qualidade de vida e a capacitação da própria pessoa com diabetes para o seu autocuidado, possibilitando que solucione problemas inerentes ao cuidado da doença.

Observa-se que os serviços de saúde do SUS vêm utilizando diversas práticas educativas em diabetes: aulas expositivas e televisivas, atividades grupais (grupo focal, de convivência, de ajuda mútua e círculos de discussão), jogos educativos, livre associação de figuras e fotografias, relacionar objetos com práticas de autocuidado e atividades práticas com uso de bonecos. A principal limitação destacada por alguns autores, em relação às atividades grupais, foi a criação de um ambiente, crítico e transformador, capaz de resgatar o grupo na “construção de um novo saber-fazer” (PEIXOTO e SILVA, 2011; BORBA et al., 2012).

Outros autores destacam que as práticas educativas possibilitam a criação de um ambiente de união entre pessoas que através do compartilhamento de suas experiências, contribui para o desenvolvimento de habilidades e mudança de atitudes no sentido de melhorar seu autocuidado e sua qualidade de vida (DIAS et al., 2009; TORRES et al., 2009; SANTOS e TORRES, 2012).

### **3.2 Grupo educativo como estratégia de promover saúde**

O conceito de grupo, utilizado por distintos autores, parte do entendimento do mesmo enquanto um fenômeno social: “reunião de duas ou mais pessoas com um objetivo comum de ação” (CARLOS, 2013).

O grupo pode ser considerado como um ponto de coesão entre os “alienados” (LANE e WANDERLEY, 1986) que se reúnem para cooperação e moldagem de inter-relações horizontais, equilibradas e equitativas e/ou um local de expressão de suas diferenças e de suas individualidades a fim de desenvolver juntos um processo grupal capaz de atender às necessidades do conjunto. Não se pode descrever grupo como uma entidade acabada, mas sim como algo “em desenvolvimento”. Podendo contar com o auxílio de um profissional técnico, as pessoas que constituem o grupo, através de processo dialético, pensam, refletem sobre o que é colocado, compartilham suas experiências e buscam chegar tanto às conclusões pessoais, como àquelas em prol do grupo (CARLOS, 2013).

Na promoção de saúde, o trabalho em grupo pode ser assumido como uma ferramenta facilitadora da interação entre os sujeitos, possibilitando o desenvolvimento de processos discursivos e reflexivos entre os participantes, a fim de permitir a

elaboração de estratégias para a superação das dificuldades encontradas no dia-a-dia de cada um (SOUZA et al., 2005).

O Ministério da Saúde, em seu caderno “Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Diabetes Mellitus, sugere que grupos de educação em saúde são úteis para a exposição e problematização dos alicerces necessários para o cuidado da pessoa com DM, como por exemplo, os “dez passos para uma alimentação saudável da pessoa com diabetes” que resumem as diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira e se baseiam em evidências científicas (BRASIL, 2013, p.112; BRASIL, 2006b).

Optamos pelo referencial teórico de educação em grupo pois este permitiu que cada encontro fosse o momento da construção do grupo, das relações interpessoais e de reflexões, transformadoras ou não, dos participantes do grupo incluindo o próprio pesquisador. Cardoso (2009), refere que no grupo conseguimos uma riqueza de experiências que são co-construídas e se apresentam como fatores/fenômenos em constante transformação, que surgem a partir destas relações estabelecidas entre os participantes do grupo e o contexto no qual ele ocorre.

Cardoso enfatiza ainda, a potência do grupo e sua força de transformação sobre as pessoas que o compõem da seguinte forma:

O grupo é uma realidade maior e diferente da soma dos indivíduos que o compõem. Tem tudo o que eles têm e transforma esse conteúdo em um continente de imensas e vastas possibilidades. O grupo é um fenômeno cuja essência reside no seu poder de transformação, no seu poder de escutar, de sentir, de se posicionar, de se arriscar a compreender o processo de significação do viver e do responsabilizar-se (CARDOSO apud RIBEIRO, 1994, p. 10).

Esse potencial transformador é realçado também na discussão de Yalom (1995) sobre trabalho com grupos, na qual o autor descreve os princípios-chave da terapêutica em grupo. Descrevendo resumidamente cada um, podemos notar que tais princípios apresentam grande potencial para embasar e auxiliar a condução do grupo educativo (Quadro 1).

**Quadro 1 – Princípios-chave da terapêutica em grupo**

<b>Princípios-chave</b>	<b>Caracterização</b>
Instituir esperança	o grupo contém participantes em diferentes fases do processo de tratamento. Conviver com pessoas que estão enfrentando ou se recuperando de problemas dá esperança àqueles no começo do processo
Universalidade	fazer parte de um grupo de pessoas que têm as mesmas experiências auxiliam-nas a ver que o que elas estão passando é universal e que elas não estão sozinhas
Compartilhar informações	os membros do grupo podem ajudar uns aos outros, compartilhando informações
Altruísmo	os membros do grupo podem compartilhar seus pontos fortes e ajudar os outros no grupo, o que pode aumentar a autoestima e a confiança
Desenvolvimento de técnicas de socialização	o ambiente de grupo é um ótimo lugar para praticar novos comportamentos. O cenário é seguro e de suporte, permitindo que os participantes experimentem sem o medo do fracasso
Recapitulação corretiva do grupo familiar primário	o grupo de terapia reproduz aspectos semelhantes ao grupo familiar. Nele, cada membro pode explorar como as experiências da infância contribuíram para sua personalidade e seus comportamentos. Eles também podem aprender a evitar comportamentos que são destrutivos ou inúteis na vida real
Comportamento imitativo	os indivíduos podem modelar o comportamento de outros participantes do grupo ou observar e imitar o comportamento do terapeuta
Aprendizado interpessoal	interagindo com outras pessoas e recebendo feedback do grupo e do terapeuta, os participantes podem obter uma maior compreensão de si mesmos
Coesão grupal	como o grupo está unido em torno de um objetivo comum, seus membros ganham um sentimento de pertencimento e aceitação
Catarse	compartilhar sentimentos e experiências com um grupo de pessoas pode ajudar a aliviar a dor, a culpa ou o estresse
Fatores existenciais	enquanto trabalhar dentro de um grupo oferece apoio e orientação, a terapia em grupo ajuda os membros a perceberem que são responsáveis por suas próprias vidas, ações e escolhas

**Fonte: Yalom (1995) – traduzido e adaptado pelo autor**

A partir dos autores citados, podemos observar que o uso do grupo como instrumento educativo possibilita o suporte e o encorajamento dos participantes do grupo, que uns possam servir de exemplo para outros, a acessibilidade e segurança dentro do grupo e, por fim, ao trabalhar em grupo, o coordenador pode ter uma visão ampla das reações e respostas dos participantes em relação ao tema trabalhado.

No Brasil, há várias publicações que abordam experiências de grupos educativos trabalhando com a temática da educação em saúde utilizando distintas estratégias: grupos de palestras, grupos focais, rodas de conversa, oficina, teatro, entre outros (BEZERRA et al., 2014). Diversos autores reforçam que as atividades grupais são um instrumento valioso para a criação de um ambiente que proporciona a interação e o compartilhamento de saberes e experiências entre todos os envolvidos, incluindo os profissionais de saúde, expandindo as possibilidades de intervenções no processo saúde-doença das pessoas (DIAS, 2009; CARDOSO et al., 2011; BONOW et al., 2011).

#### **4 Empoderamento como caminho para o autocuidado em DM**

“Empoderamento” vem de um neologismo que tem origem no termo em inglês *empowerment* e significa, segundo o dicionário de *Cambridge*: “processo de obtenção de liberdade e poder para fazer o que quer ou controlar o que acontece com a própria pessoa” (CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS). Seu uso se iniciou a partir dos movimentos emancipatórios relacionados ao exercício de cidadania nos Estados Unidos, na segunda metade do século XX, embora sua raiz esteja na Reforma Protestante, iniciada por Lutero no séc. XVI, na Europa, num movimento de protagonismo na luta por justiça social (HERRIGER, 1997).

O termo passou a ser utilizado como sinônimo de emancipação social e, atualmente, tem mostrado aplicabilidade em diversas áreas do conhecimento, transformando-se em ferramenta de governos e organizações sociais para a melhoria da qualidade de vida e da dignidade humana, principalmente relacionadas ao combate à pobreza, boa governança, prestação de serviços e responsabilização social (NARAYAN, 2002).

O termo *empowerment* pode assumir duplo significado devido à diferenciação de sua utilização como verbo transitivo ou intransitivo, conforme referido por Labonte (1994). Na sua forma transitiva, empoderar significa dar poder a outro e envolve um sujeito que age sobre um objeto. Desta forma, o agente de empoderamento exerce papel de ator controlador, definindo os termos da interação, e os indivíduos desempoderados permanecem como objetos da relação, numa atitude passiva. No entanto, na sua forma intransitiva, o empoderamento envolve a ação do próprio sujeito e se refere a um processo pelo qual pessoas ganham influência e controle sobre suas vidas e,

consequentemente, se tornam empoderadas (WALLERSTEIN e BERNSTEIN, 1994). No sentido oposto ao da primeira concepção de empoderamento (verbo transitivo), que é investir ou dar poder e autoridade a outros, a segunda (verbo intransitivo) compreende auxiliar os outros a desenvolver habilidades para que possam obter poder por seus próprios esforços (GOHN, 2002).

No que diz respeito à educação, educadores não podem “dar poder às pessoas”, mas sim auxiliá-los a se tornarem capacitados para aumentar suas habilidades e ganhar poder sobre suas vidas. Configura-se então como uma visão emancipatória de empoderamento, na qual indivíduo e comunidade recrutariam recursos que lhes permitissem serem ouvidos e vistos, e teriam influência e capacidade de ação e decisão (HOROCHOVSKI e MEIRELLES, 2007), para reequilibrar a estrutura de poder na sociedade (FRIEDMANN, 1996).

Na saúde, em especial na “educação para o autocuidado na diabetes”, o empoderamento foi introduzido no início dos anos 1990, inspirado nas contribuições de Paulo Freire aplicadas à educação em saúde e da psicologia comunitária (FESTE e ANDERSON, 1995; WOLPERT e ANDERSON, 2001). Para Paulo Freire, o empoderamento não é um processo de natureza individual, mas sim um processo de libertação através de um ato social (FREIRE, 1978).

Anderson e Funnell (2010) apresentam a seguinte citação descrita na introdução do livro de Richard Shaull ao clássico livro Paulo Freire - *Pedagogia do Oprimido*, como a sua visão sobre educação e sua base para definição do empoderamento:

Não existe o que se identifica como um processo educacional neutro. A educação funciona ou como um instrumento utilizado para facilitar a integração da geração mais jovem à lógica do sistema atual, e para adequá-la a ele, ou torna-se “a prática da liberdade”, os meios pelos quais homens e mulheres lidam crítica e criativamente com a realidade, e descobrem como participar da transformação de seu mundo (SHAULL, traduzido pelo autor)

O conceito de empoderamento também pode ser usado para além da educação. CARVALHO (2004) coloca este conceito como estratégico para o alcance da democratização das políticas sociais embasadas na Nova Promoção à Saúde, e de utilidade para a reorganização das práticas em educação em saúde, dos processos de trabalho em saúde e da gestão participativa. O mesmo autor afirma ainda que o empodera-

mento, um dos núcleos filosóficos presentes na carta de Ottawa, possibilita que indivíduos e coletivos tenham controle sobre os determinantes da saúde e, assim, uma melhor saúde.

Neste estudo trabalharemos o conceito de empoderamento não como uma técnica ou estratégia, mas sim como uma visão que guia cada encontro com pessoas com diabetes, exigindo que profissionais e as próprias pessoas adotem novos papéis (FUNNELL e ANDERSON, 2004). O papel da pessoa com diabetes é ser um ator ativo ou colaborador bem informado de seu próprio cuidado e o papel do profissional de saúde é ajudar esta pessoa a tomar decisões informadas para alcançar seu objetivo e superar obstáculos através da educação, orientações para cuidados adequados, recomendações e apoio.

Em uma frase que representa a ideia do empoderamento, Funnell e Anderson (2004) afirmam que:

Os profissionais precisam abandonar a ideia de ser responsável “por” seus pacientes e adotar a ideia de tornar-se responsável “para com” eles. (Tradução livre)

A partir do momento em que o profissional se torna responsável para com o diabético o cuidado se converte em uma colaboração entre iguais: os profissionais trazem seus conhecimentos sobre a diabetes e seu tratamento, e as pessoas com diabetes trazem a experiência de suas vidas e o que funcionará para elas. Para ser uma abordagem coerente com esses princípios, os profissionais de saúde precisam implementar práticas educativas de uma forma que apoie os esforços destas pessoas para se tornarem efetivamente gestores de seu autocuidado.

As pessoas empoderadas tomam decisões informadas - conscientes das variáveis que entram em cena nas suas decisões. Em relação à diabetes, um aspecto importante é a conscientização da pessoa sobre a doença e seu tratamento, suas complicações, o impacto e o provável custo das várias opções de autocuidado (FESTE, 1992).

Ater-se unicamente no controle da glicemia, transmite à pessoa a ideia de que o foco do cuidado estará organizado e centrado na doença, e sua rotina, por consequência, na aferição do nível glicêmico, doses e tomadas de insulina. No entanto, a ideia que deveria ser trabalhada seria que o bom controle da diabetes pode ser realizado sem que este domine sua vida, já que “as mudanças de atitudes e valores não



ocorrem pelo simples ensino dos fatos a respeito da doença” (ZANETTI, 1990). Isto é, o autocuidado e autocontrole devem ser realizados com uma flexibilidade que permita ao portador adequar o tratamento às demandas de seu dia-a-dia (HEIDMANN et al., 2006).

Apesar da educação em diabetes ter se mostrado eficaz para melhorar os resultados laboratoriais/metabólicos e psicossociais (BROWN, 1999; NORRIS et al., 2001; NORRIS, 2002) e ser um primeiro passo para autogestão e capacitação, um único programa educacional dificilmente é eficaz para sustentar as mudanças de comportamento necessárias para toda a vida de autocuidado da diabetes (PIETTE e GLASGOW, 2001). As pessoas com diabetes precisam de um apoio contínuo dos profissionais de saúde e de toda equipe relacionada com o autocuidado para manter os ganhos obtidos ou as metas alcançadas através do programa educacional. As abordagens educativas dentro do processo de empoderamento incorporam estratégias de ensino interativas projetadas a envolver as pessoas na resolução de problemas e abordam seus aspectos culturais, psicossociais e suas necessidades. Usar a experiência de cada pessoa com diabetes ajuda a individualizar o programa educacional e assegurar que o conteúdo fornecido é relevante para as necessidades do grupo.

Segundo Rubin e colaboradores (2002), a estratégia para o processo de empoderamento é baseada em três aspectos fundamentais do cuidado da doença crônica: escolhas, controle e consequências. Estes aspectos também estão em consonância com as habilidades essenciais para a autogestão do cuidado: habilidade de resolver problemas, habilidade de tomar decisões e habilidade de buscar e utilizar os recursos (LORIG e HOLMAN, 2003). As escolhas que as pessoas com diabetes fazem todos os dias no que tange à sua preocupação com a diabetes têm um impacto maior nos seus resultados do que aquelas feitas por profissionais de saúde. Além disso, as mesmas são responsáveis pela “autogestão”, pois a partir do momento que saem do consultório, são elas que decidem quais recomendações vão seguir ou ignorar. Portanto, as pessoas com diabetes têm o direito e a responsabilidade de gerir a diabetes da maneira que mais se adequa à sua vida do ponto de vista contextual e cultural, até porque as consequências de suas decisões as afetam diretamente.

Entre os estudos e autores revisados, foi possível identificar alguns recursos que poderiam ser utilizados para auxiliar o processo de empoderamento da pessoa com diabetes:

- os grupos trabalhados por Cyrino (2005) em que foram discutidos os seguintes temas: o bem-estar, a autoimagem e seu suporte, a motivação, a adaptabilidade e o controle do estresse;
- ferramentas com potencial para viabilizar a estratégia do empoderamento: valorizar a pergunta, contar histórias e trabalhar as linguagens comportamentais (FESTE e ANDERSON, 1995);
- o processo de “ação reflexiva”, proposto por Paulo Freire (1978), que é percebida quando o sujeito valoriza a pergunta e conta a história. Deste modo a pergunta induz o contar e o refletir sobre a própria experiência do seu cotidiano, valorizando o processo de autodescoberta e reflexão sobre seus valores e crenças;
- a definição de metas: pessoas com diabetes que participam da seleção de metas e têm a clareza sobre elas estão mais propensas a serem bem-sucedidos no alcance de seus objetivos (HEISLER et al., 2002).

Auxiliar a pessoa com diabetes a perceber este processo como uma experiência para mudanças comportamentais, também a auxilia a afastar as concepções de sucesso e fracasso. Por outro lado, todos os esforços são oportunidades para saber mais sobre a verdadeira natureza do problema, sentimentos relacionados, obstáculos e estratégias efetivas.

Nessa perspectiva, organizou-se um grupo educativo cujo objetivo foi discutir significados da doença na vida de pessoas com diabetes, visando refletir sobre sua percepção do “ser doente” (*illness*) e, também, ampliar conhecimentos necessários para tomar decisões acerca de sua doença (*disease*) de forma consciente e autônoma, contribuindo dessa forma para seu “empoderamento”.

Para este estudo-intervenção, partimos dos seguintes pressupostos:

- A Atenção Básica tem dispendido muitos recursos (materiais e profissionais) com a realização de ações educativas, em particular para pessoas com diabetes.

- Com frequência, essas ações têm sido pautadas por práticas pedagógicas autoritárias, pouco dialógicas e que repercutem pouco para a melhoria do autocuidado e da qualidade de vida das pessoas com diabetes.

Neste estudo-intervenção visamos a implementação de um processo educativo baseado na teoria dialógica da construção do saber coletivo usando como referencial teórico o grupo educativo e o empoderamento, possibilitando a dinâmica da ação-reflexão-ação a partir das discussões realizadas nas rodas de conversa.

## **5. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

- Implementar e analisar processo educativo com pessoas com diabetes acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS);

### **Objetivos específicos**

- Contribuir para ampliar o conhecimento de pessoas com diabetes sobre sua doença
- Analisar as repercussões de grupo educativo no processo saúde-doença de pessoas com diabetes e no seu autocuidado.

## 6. PERCURSO DO ESTUDO

Trata-se de estudo com delineamento qualitativo, no qual se teve contato direto com “aspectos não mensuráveis da realidade, dando valor à semântica, crenças e valores, num universo de significados que não podiam ser reduzidos simplesmente a uma operacionalização racional de variáveis” (MINAYO, 1992).

Este estudo teve como pesquisador principal um médico de família e comunidade, que realizou o mestrado profissional (ProfSaúde) na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) concomitantemente ao seu trabalho em uma UBS do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de São Paulo. O problema da pesquisa e a definição do objeto de estudo foram se delineando a partir dessa prática profissional. Dessa forma, o pesquisador e o profissional de saúde que demandam a pesquisa são o mesmo sujeito. O local do estudo foi seu próprio ambiente de trabalho, onde atuou diretamente como facilitador de um processo educativo, com indivíduos selecionados, a fim de produzir novas informações a partir da interação do conhecimento do pesquisador e dos indivíduos que participaram do estudo.

Nesse sentido, entendemos que as características desta pesquisa, tais como a intervenção e a problematização de temas de interesse mútuo com a participação ativa dos atores envolvidos, tanto o pesquisador/médico, quanto de pessoas com diabetes, se aproximam do referencial teórico-metodológico de uma pesquisa-ação (TRIPP, 2005).

Entendemos que há proximidade conceitual entre pesquisa-ação e o processo de empoderamento descrito anteriormente, na medida em que esse tipo de pesquisa contempla a valorização do conhecimento popular (DEMO, 2007); a articulação entre pesquisa e educação (TOZONI-REIS, 2007), relacionada ao objetivo do estudo; e um movimento de reflexão crítica da realidade, questionamento de suas práticas e resolução de problemas, assumido pelos atores sociais durante o processo (TOLEDO e JACOBI, 2013).

Por outro lado, este estudo não contempla algumas dimensões associadas tradicionalmente com uma pesquisa-ação, em particular, relacionadas aos papéis que os sujeitos envolvidos em uma pesquisa dessa natureza podem assumir, inclusive o de pesquisadores (PIMENTA, 2005), e ao seu compromisso com a transformação social, dando ênfase ao seu cunho sociopolítico (ZUÑIGA, 1981).

Este estudo-intervenção, se assemelha mais ao conceito de pesquisas ou estudos de intervenção (JÖNSSON e LUKKA, 2007). Segundo esses autores, nesse tipo de estudo, o pesquisador se coloca superficial ou profundamente imerso no campo com o seu objeto de estudo, e isto, apesar de muitas vezes ser visto como problema metodológico, torna-se uma grande vantagem, pois permite ao pesquisador ser um ator ativo no seu campo de estudo, observar e analisar os processos e os resultados desta intervenção à luz da literatura relevante, além de ter a oportunidade de avaliar o que os participantes querem dizer em circunstâncias que realmente importam na vida deles.

O estudo de intervenção se caracteriza ainda por trabalhar com o momento atual, partindo do desejo de mudança de uma determinada realidade, possibilitando mudanças na prática através da produção de conhecimento e/ou da ressignificação das mesmas (CORRÊA, ARAÚJO e CADETE, 2014).

Para viabilizar este estudo, a intervenção realizada foi a implementação de um grupo educativo com pessoas com diabetes, conforme discutido na introdução, e que será caracterizado adiante.

## **6.1 Preparando a intervenção – o grupo educativo**

Realizamos este estudo-intervenção na área de abrangência de uma UBS situada no Distrito Administrativo do Jabaquara, na região Sudeste do município de São Paulo, próxima à divisa com o município de Diadema, e sob a gestão de uma Organização Social de Saúde (OSS). O território pelo qual a UBS é responsável se caracteriza por ser uma região acidentada, repleta de ladeiras, o que dificulta o acesso de parte da população, especialmente idosos.

A unidade foi instalada em um sobrado alugado, onde funcionava uma fábrica, tendo sido inaugurada em 2005. Atualmente, nesta UBS existem 6 equipes de estratégia saúde da família (ESF) cadastradas com a seguinte composição: 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitárias de saúde (ACS), além de 3 equipes de saúde bucal e uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, que atua, também em outra UBS da região.

A população cadastrada, até o mês de Julho de 2017, era de 22.215 correspondendo a 6.494 famílias cadastradas (10.316 homens, 11.495 mulheres e 404 crianças menores de 1 ano). O número de pessoas com hipertensão arterial sistêmica era 2.400, e com diabetes 889.

O local escolhido para a realização da intervenção - o grupo educativo - foi uma sala cedida pela creche situada em área de abrangência da UBS, por ser um espaço mais adequado para a realização de grupos devido à iluminação, arejamento e área útil. Esse local é utilizado frequentemente pela UBS para realização de reuniões e atividades educativas, dado que sua estrutura física é bastante limitada.

Participaram do grupo educativo pessoas com diabetes em uso de insulina, intencionalmente selecionadas entre aquelas que faziam parte do programa de auto-monitoramento glicêmico e que se encontravam em acompanhamento na UBS em questão. Além desses critérios, buscou-se selecionar pessoas que tivessem condição física para se deslocar até o local onde os encontros foram realizados e que manifestassem interesse e disponibilidade para participar do grupo. O único critério de exclusão foi a pessoa apresentar condição clínica que prejudicasse seu acesso e/ou sua participação.

Considerando a possibilidade de desistências no decorrer do processo, o que inviabilizaria o estudo, foram convidados inicialmente 20 sujeitos.

Em relação à intencionalidade da seleção, o pesquisador priorizou principalmente, dentre as pessoas que se adequavam aos critérios de inclusão, aquelas que residiam próximo ao local escolhido para a realização do grupo, visando facilitar sua locomoção.

O plano inicial era trabalhar com as pessoas vinculadas a outra equipe que não fosse a do próprio pesquisador, pois avaliou-se que o fato de os participantes serem vinculados à equipe do mesmo poderia interferir no desenvolvimento da atividade.

Essas pessoas, selecionadas pelo pesquisador através dos critérios e características supracitados, receberam convites para participação no grupo entregues por ACS. No decorrer do processo, e devido à baixa adesão dos sujeitos previamente convidados, optou-se por incluir pessoas com diabetes de outras áreas, inclusive de áreas mais distantes do local do encontro, utilizando-se dos mesmos critérios de inclusão.

Solicitamos que, além das ACS, tanto o médico quanto a enfermeira das respectivas equipes, reforçassem pessoalmente o convite inicial, visando ampliar o número de participantes.

Posteriormente, pedimos para as ACS que distribuíram os convites, questionarem os motivos da não participação no primeiro encontro. Entre os dez convidados que não participaram, sete responderam não saber que poderiam participar do grupo apesar de não terem conseguido ir ao primeiro encontro. Os três restantes relataram não ter interesse em grupos. Após essa nova abordagem, apenas um participou de um único encontro.

No decorrer dos encontros, adotamos ainda um reforço semanal do convite aos que tinham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO 1), tanto através das ACS, quanto por telefone, buscando manter uma participação mais regular no grupo.

Optamos por deixar o grupo aberto durante um mês, sem critério restritivo de obrigatoriedade na participação de todos os encontros, a fim de permitir que as pessoas se sentissem mais à vontade para comparecer e conversar no grupo e, também, para possibilitar a inclusão de novos participantes no decorrer do mês.

Tendo como limitantes os períodos livres das agendas dos profissionais envolvidos, o espaço utilizado para o grupo e os prazos do mestrado, e pensando no processo educativo em que o educando pode se tornar um significador crítico (FREIRE, 1997) e o profissional de saúde, atuar como facilitador desse processo (FUNNELL e ANDERSON, 2004), estabeleceu-se que o grupo teria duração de 3 meses, com no máximo 12 encontros. Sendo assim, o grupo iniciou no final de junho e terminou no início de setembro de 2018.

Participaram, efetivamente do grupo, um total de 11 pessoas sendo sete mulheres e quatro homens. Cada encontro teve duração aproximada de 90 minutos, sendo que seis encontros foram coordenados e facilitados pelo pesquisador e, pelo menos, mais um profissional do NASF; e os demais foram facilitados apenas pelo pesquisador. Esse fato se deu pela dificuldade de adaptar a agenda dos profissionais do NASF e do próprio pesquisador. É importante destacar que, apesar da anuência da gestão do SUS e da OSS, essa atividade/intervenção só ocorreu devido ao fato de ter sido agendada em dias e horários que não concorriam com o horário oficial de trabalho do médico/pesquisador na UBS.



Os encontros tiveram o áudio gravado digitalmente, após anuência do participante ao TCLE específico, em dispositivo móvel apropriado e posteriormente transcritas.

## 6.2 Análise dos dados

Para análise do material transcrito foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Para a autora esta técnica designa:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p.47)

Todas as transcrições das falas foram lidas a partir de uma leitura flutuante, como recomenda Bardin (2011), e separadas em categorias temáticas iniciais que, posteriormente, após novas leituras e reiteradas discussões, foram reclassificadas.

Partindo dessas categorias iniciais, utilizou-se o software MAXQDA 2018 (versão 18.0.3) para a reorganização e nova categorização do material. A utilização deste tipo de software, em inglês *computer assisted qualitative data analysis software* – CAQDAS, em pesquisas qualitativas é amplamente discutido por LAGE (2011). Esse autor, considera a utilização de novas tecnologias para a análise qualitativa como uma nova forma de gerir e obter dados num mundo cada vez mais informatizado, alertando que, apesar disso, o pesquisador continua sendo o responsável pela pesquisa e seus resultados.

Nesse processo, o material foi organizado em categorias analíticas:

- Os sentidos da alimentação na vida das pessoas com diabetes;
- O significado da insulina para as pessoas com diabetes;
- A carga negativa da diabetes e suas repercussões no modo de andar a vida;
- O (des)conhecimento sobre a diabetes e os desafios para o autocuidado;
- Repercussões do grupo sobre as percepções das pessoas com diabetes.

### **6.3 Aspectos éticos**

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil de pesquisa e submetido ao Comitê de Ética da instituição acadêmica e da SMS-SP, conforme Resolução CNS no.466 (BRASIL, 2012c), tendo sido aprovado pelos comitês de ética e pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – parecer número 2.621.726 (ANEXO 2) – e da SMS-SP – parecer número 2.686.224 (ANEXO 3). Os sujeitos participantes do estudo foram devidamente informados e consultados sobre sua participação mediante leitura, discussão e posterior anuência ao TCLE (ANEXO 1).

## 7. A CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO GRUPO EDUCATIVO

Inicialmente foram realizadas duas reuniões com os profissionais que se disponibilizaram a contribuir para o desenvolvimento do projeto educativo: o pesquisador, membros do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (Terapeuta Ocupacional, Fonoaudióloga, Nutricionista e Psicóloga) e professores orientadores da UNIFESP.

Após essas reuniões, foi definido que, no primeiro encontro seria realizada uma roda de conversa visando identificar temas prioritários para os participantes do grupo. Paralelamente, a equipe elegeria temas relacionados à diabetes para ofertar ao grupo caso o grupo não fluísse conforme o esperado.

Como já descrito anteriormente, foram realizados 12 encontros e, em alguns deles, desenvolveram-se dinâmicas de grupo com a intenção de facilitar a introdução dos temas, com a posterior discussão em roda de conversa, e em outros apenas a discussão pelo desenrolar do próprio grupo.

A escolha da técnica da roda de conversa, se deu por ela ser considerada um instrumento de produção de dados no qual o próprio pesquisador exerce duplo papel: como sujeito da pesquisa, participando diretamente da conversa no grupo, e como pesquisador, coletando dados para discussão e reflexão. Desta forma, essa técnica possibilita a partilha de experiências entre os sujeitos da pesquisa, incluindo o próprio pesquisador, e o desenvolvimento das discussões e reflexões sobre os cuidados da saúde, através de “diálogos internos e do silêncio observador e reflexivo” (MOURA e LIMA, 2014).

A maioria dos participantes era do sexo feminino (58%), solteiros/viúvos (64%) e aposentados (64%). A média de idade foi 64 anos e a média do tempo de diagnóstico da diabetes foi 13 anos. (QUADRO 2)

**Quadro 2** – Participantes do grupo educativo por: idade, tempo de diagnóstico da doença, estado civil e situação de trabalho. São Paulo, 2018

<b>Participante</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Tempo de diagnóstico da diabetes (anos)</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Situação de trabalho</b>
M1	47	1	casado	aposentado
M2	73	10	casado	aposentado
M3	66	10	solteiro	segurança
M4	69	13	casado	aposentado
F1	61	30	casada	aposentado
F2	63	5	viúva	dona de casa
F3	69	10	solteira	dona de casa
F4	63	7	solteira	aposentado
F5	54	10	viúva	dona de casa
F6	69	18	solteira	aposentado
F7	73	30	viúva	aposentado

Fonte: próprio autor, 2019

A construção do grupo educativo foi subsidiada pela educação dialógica, que tem suas origens nas teorias de Freire (1978), visando a aquisição, pelas pessoas, de habilidades capazes de transformar saberes sobre o processo saúde-doença e que permita que possam ser capazes de decidir as melhores maneiras de manter e/ou recuperar sua saúde (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001). Esta ideia, também é compartilhada pelo referencial do empoderamento, que visa também a aquisição pelas pessoas de habilidades, capazes de ampliar seus saberes/conhecimentos, tornando-as capazes de tomar decisões informadas sobre sua saúde (FUNNELL e ANDERSON, 2004).

Devemos destacar, o obstáculo da duração do grupo educativo. Observamos que o processo da educação dialógica/empoderamento, baseado no referencial teórico exposto anteriormente, no qual o sujeito se torna capaz de explorar os significados de seus atos de forma crítica (FREIRE, 1997) e de tomar decisões informadas, ou seja, de forma consciente (FUNNELL e ANDERSON, 2004) não poderia ser alcançado em seu potencial, no período restrito deste estudo que foi de três meses. Não obstante,

o tempo limitado dificulta a criação de um ambiente, crítico e transformador, capaz de resgatar o grupo na “construção de um novo saber-fazer” e destaca-se como uma das principais limitações em relação às atividades grupais. (PEIXOTO e SILVA, 2011; BORBA et al., 2012).

Para iniciar a atividade do grupo, tendo como referência a discussão que Funnell e Anderson (2004) fazem sobre empoderamento, optamos por adaptar e incluir um texto que esses autores utilizam como apresentação de seus processos educativos na introdução do nosso grupo educativo:

Eu entendo que é difícil viver com diabetes. Você terá muitas decisões a tomar todos os dias e que terão um enorme impacto no futuro de sua saúde e de seu bem-estar. Estamos aqui para ajudá-lo. Nós sabemos muito sobre diabetes e como cuidar disso. Mas você se conhece melhor do que qualquer um; você sabe o que quer e do que é capaz e do que está disposto a fazer para cuidar da sua diabetes. Ao combinar o que você conhece sobre si mesmo com o que sabemos sobre diabetes, podemos elaborar um plano que vai funcionar. Se isso não funcionar, não significa que você não está fazendo o melhor que você pode ou que não estamos fazendo tudo o que nós podemos. Significa simplesmente que precisamos continuar tentando até descobrirmos um plano que funcionará para você. Somos parceiros e precisamos trabalhar juntos. (tradução livre)

Descrevemos a seguir uma síntese de cada um dos encontros:

### **1º encontro**

Os participantes foram dispostos em círculo e para iniciar o grupo foram explicados os objetivos do mesmo e o TCLE, e fornecido uma cópia deste para assinatura.

Realizamos uma roda de conversa na qual falaram seus nomes, há quanto tempo sabiam estar com diabetes, o que gostavam de fazer no seu dia-a-dia, e que tipo de mudança a diabetes havia trazido para a vida de cada um. Em seguida foram levantadas as dúvidas, curiosidades ou crenças e problemas relacionados à doença que cada um possuía.

A partir dos relatos dos participantes, os facilitadores do grupo identificaram alguns temas prioritários a serem discutidos no decorrer do processo educativo. A lista de temas foi interpretada pelo pesquisador a partir das falas dos participantes em relação às dúvidas que tinham sobre a diabetes, lida e validada pelo grupo ao final do primeiro encontro. Esta inclui os seguintes temas, elencados a partir da ordem em que foram apresentados no grupo: Dores; Estresse; Equilíbrio; Sexualidade; Medicação e Alimentação.

Estes temas seriam priorizados no decorrer do processo educativo, a fim de facilitar o acesso e o compartilhamento do conhecimento necessário para que, após as reflexões de cada participante, estes pudessem esclarecer suas dúvidas sobre os temas levantados.

## **2º encontro**

Após o primeiro encontro, a equipe de profissionais que organizou a atividade, definiu, em reunião, que para iniciar o processo educativo do grupo teríamos que nivelar o conhecimento básico sobre a diabetes, especialmente sobre os seus aspectos fisiopatológicos. Sendo assim, esse foi o tema deste segundo encontro. O objetivo foi identificar o que os pacientes sabiam sobre a doença, bem como compartilhar esse conhecimento, partindo da alimentação. Optamos então pelo uso da dramatização para esse fim.

Os participantes fizeram os papéis de: Pâncreas, Estômago, Insulina, Alimento, Corrente Sanguínea e Demais Órgãos. Foram encenadas algumas situações do cotidiano da pessoa com diabetes, como por exemplo quando se come uma quantidade excessiva de alimento e quando não se alimenta adequadamente, quando faz a aplicação de quantidade demasiada ou pouca da insulina. Também foram discutidos os processos envolvidos no caminho percorrido pelo alimento até ser digerido, liberar glicose e estimular a produção de insulina.

Na roda de conversa após a dramatização, discutiram-se alguns problemas apresentados pelos participantes, por exemplo: a hipoglicemia e as estratégias que cada um utiliza para combatê-la, e como o estresse causado por alguns fatos ocorridos na vida dos participantes interferiu ou interfere na sua doença.

## **3º encontro**

A proposta para este encontro foi abordar os problemas surgidos após o diagnóstico da diabetes, lembrando os temas levantados no primeiro encontro. Para tanto, realizamos uma roda de conversa.

Nesse dia, ao final do encontro, entregamos para cada um dos participantes um pequeno um caderno de anotações, no qual os mesmos deveriam registrar as dificuldades e os problemas encontrados no seu dia-a-dia relacionados à diabetes e também as estratégias adotadas para superá-los. Foram orientados a fazer qualquer

forma de registro (texto escrito, desenho, colagem). Pretendíamos que esse caderno se tornasse um instrumento facilitador para as próprias reflexões e discussões dos participantes acerca da doença.

#### **4º encontro**

O tema foi a influência de aspectos psicológicos sobre a diabetes, discutidos em roda de conversa. Este tema foi levantado no primeiro encontro pelos participantes como “estresse”.

Neste encontro discutimos e refletimos sobre a influência do estresse/ansiedade, morte de pessoas próximas e religiosidade sobre a diabetes, com o apoio da psicóloga do NASF.

#### **5º encontro**

Após reunião do pesquisador com a equipe NASF, decidimos que o tema deste encontro seria comunicação, o saber comunicar sobre a diabetes. Cyrino (2005), destaca que a comunicação deficiente profissional-paciente é um obstáculo para o autocuidado e o autocontrole da diabetes, na opinião de especialistas, e para o portador da doença, essa deficiência é um campo problemático. Nesse sentido consideramos a importância de abordar o tema, mesmo este não tendo sido elencado pelos participantes do grupo.

Utilizou-se a estratégia do jogo de adivinhação. Foram utilizadas coroas, confeccionadas a partir de fitas de cartolina, nas quais colaram-se uma tira de papel com alguns termos surgidos durante as conversas nos encontros do grupo, tais como: “Dores nas pernas”, “Diabetes”, “Esposa/Marido da pessoa com diabetes”, “Insulina”. O participante colocava a coroa com a tira de papel colada sem olhar e tinha que adivinhar qual o termo escrito em sua tira, a partir das mímicas dos outros participantes; não era permitido falar. Esta dinâmica foi pensada para representar a dificuldade de comunicação que existe entre as pessoas sobre alguns temas comuns do dia-a-dia de quem vive/convive com diabetes.

Destacamos que, neste encontro, nenhuma das profissionais do NASF puderam participar por coincidir o horário do grupo educativo com as outras atividades que elas desenvolvem na UBS.

Após o jogo, realizou-se uma roda de conversa e discutimos sobre comunicação (saber se comunicar), religião, alimentação e hipoglicemia.

### **6º encontro**

O tema deste dia foi alimentação. No encontro anterior, já havia sido avisado aos participantes, e também reforçado pelas ACS para aqueles que não haviam comparecido, que seria realizado um café-da-manhã, organizado pelo pesquisador e pela nutricionista.

Os facilitadores (o pesquisador e a nutricionista) selecionaram e levaram alguns alimentos para realizar um café-da-manhã em grupo: pão francês, pão integral, açúcar, adoçante, bolo de chocolate, bolo light, linhaça, chia, presunto queijo, salame, iogurte natural, iogurte com mel, leite integral, leite desnatado.

No primeiro momento os participantes montaram seus pratos com os alimentos que costumam comer no dia-a-dia ou que desejavam comer naquele instante. Após a montagem dos pratos, foi aferida a glicemia capilar de cada um deles com um glicosímetro, do mesmo modelo que os mesmos recebem do SUS-SP e usam para a aferição diária. A partir do conhecimento do valor de sua glicemia capilar, os participantes eram instigados a reavaliar sua escolha e decidir se mudaria ou não o prato montado anteriormente para o café-da-manhã.

Após essa etapa, foram discutidos os motivos que os levaram a alterar ou não o seu prato e quais são os critérios importantes a serem considerados na escolha dos alimentos.

### **7º encontro**

A partir deste encontro não houve mais a participação dos profissionais do NASF até o penúltimo encontro, devido aos problemas de horários de agenda e das atividades pré-programadas deles que eram incompatíveis com os horários dos encontros.

O tema deste encontro foi a família e sua relação com a pessoa com diabetes. Escolhemos o tema após analisar que várias falas, expressadas nos encontros anteriores, tinham relação com os familiares e pessoas próximas e consideramos importante trazer para discussão pois envolve os cuidadores dessas pessoas e/ou apoio da



rede familiar/social que elas possuem. Cyrino (2005) também destaca como um obstáculo ao autocuidado e autocontrole da diabetes a falta de apoio da família, tanto para as pessoas portadoras da doença como na opinião de especialistas.

Realizamos uma roda de conversa, na qual foram discutidos a relação dos participantes e seus familiares, além de retomarmos a discussão de alguns temas como como morte, religião e hipoglicemia.

### **8º encontro**

Considerando a discussão ocorrida no encontro anterior, o pesquisador notou a importância de dar continuidade, neste dia ao tema em questão: família e sua relação com a pessoa com diabetes. Realizamos uma roda de conversa, que abordou prioritariamente a questão da comunicação com familiares e como lidar com as preocupações destes em relação ao cuidado com a saúde, em particular a diabetes.

### **9º encontro**

Neste encontro não havia um tema definido, o pesquisador optou por retomar temas abordados até o momento, com o objetivo de esclarecer dúvidas e avaliar a necessidade de ampliar a discussão. Para tanto utilizamos a dinâmica associação dos termos. Foram distribuídas sobre a mesa, várias tiras de papel com frases e termos surgidos nas rodas de conversa do grupo, escritas pelo próprio pesquisador. Cada participante selecionava as expressões/frases que mais tinham relação com o seu dia-a-dia e se as escolhidas também se associavam com as demais deixadas na mesa ou separadas pelos outros. Com isso puderam associar várias expressões com experiências da sua história de vida e refletir sobre as mesmas.

### **10º encontro**

Neste dia compareceu no local de encontro, apenas um participante. Os demais justificaram as suas ausências posteriormente alegando consultas médicas agendadas no mesmo horário do encontro e “preguiça de sair de casa” em dia chuvoso.

Como havia apenas um participante, o pesquisador decidiu entrevistá-lo, aplicando um questionário elaborado como um pré-teste, visando avaliar do processo educativo.

As respostas obtidas não possibilitaram identificar no que o grupo contribuiu para agregar conhecimentos a esse sujeito na direção de auxiliá-lo a tomar decisões informadas, fundamental para seu empoderamento (FUNNELL e ANDERSON, 2004)

Colocou-se em discussão, então, se as perguntas da entrevista deveriam ser modificadas para alcançar o objetivo de analisar as repercussões de grupo educativo no processo de empoderamento de pessoas com diabetes e no seu autocuidado. Não obstante, discutiu-se sobre a adequação do questionário aplicado, bem como da estratégia de entrevista individual para realizar a avaliação proposta.

Nesse contexto, optamos pela realização de uma roda de conversa no último encontro, com o objetivo de avaliar o processo educativo.

### **11º encontro**

O tema foi repercussões do grupo educativo. Neste encontro o pesquisador quis avaliar se a participação no grupo educativo estava influenciando de alguma forma mudanças na vida dos participantes. Foram apresentadas as seguintes questões: O que tem sentido vindo aos grupos? Houve mudanças no seu cuidado com a diabetes?

Realizou-se uma roda de conversa e, após discussão a respeito das questões colocadas acima, o grupo trouxe retomou o tema da alimentação, em particular, o que uma pessoa com diabetes pode ou não comer.

### **12º encontro**

Este encontro, previamente definido e divulgado como sendo o último, foi planejado de forma a possibilitar uma avaliação desse processo educativo. Nesse sentido, optamos por provocar a reflexão sobre os temas abordados durante os grupos, visando a identificar o conhecimento adquirido no processo e eventuais dúvidas.

Para tanto, utilizou-se a técnica dos balões, nos quais foram inseridos papéis contendo os temas abordados no decorrer dos encontros. Os participantes estouravam os balões, liam os papéis e iniciavam a conversa sobre o que sabiam/aprenderam sobre cada tema. Dando sequência a essa dinâmica, discutimos em roda de conversa se a participação de cada um no grupo provocou alguma mudança no seu autocuidado ou no seu modo de viver a vida com diabetes.

## **8.O PROCESSO EDUCATIVO NA PERSPECTIVA DAS PESSOAS COM DIABETES**

### **8.1 Os sentidos da alimentação na vida das pessoas com diabetes**

A temática relacionada a alimentos, alimentação e/ou dieta foi a mais recorrente durante os distintos encontros. Mesmo quando o foco principal era outro, a alimentação surgia como uma dúvida ou um exemplo de situação vivida pelos participantes.

Quando procuramos compreender o porquê da alimentação ter sido um tema tão frequente nas discussões, nos deparamos primeiramente com a questão da relação que o homem mantém historicamente com o ato de comer.

É importante considerarmos que na antiguidade, o homem sobrevivia do que caçava, pescava ou colhia. Com o passar do tempo, o homem, aprendeu a plantar e domesticar os animais, desenvolvendo uma autossuficiência e expandindo o formato da agropecuária, o que contribuiu para o desenvolvimento de sociedades sustentáveis. Com a revolução industrial e urbana, houve a explosão demográfica nas cidades o que demandou e estimulou a produção de alimentos em grandes quantidades. Nos tempos atuais, a mudança de hábitos em relação à alimentação, vem variando do tradicional “sentar-se à mesa para comer” até um lanche rápido com os fast-foods (MATURANA, 2010; KOPRUSZYNSKI e MARIN, 2014).

Para Maturana (2010):

A alimentação está vinculada não apenas à nutrição, mas também à troca, ao contato com o outro e a toda relação de amor e carinho estabelecida entre mãe e filho. Através da amamentação, a criança começa a estabelecer essas relações culturais, familiares e emocionais com a comida, o que vai muito além do simples ato de se alimentar.

Podemos destacar, ainda, a importância da família na cultura alimentar. Ela embasa alguns ritos familiares, costumes e, também, os gostos/paladares de cada indivíduo. “Alimentar-se”, além de ser um ato familiar e/ou social, pode assumir um sentido religioso (MATURANA, 2010), como retratado na fala de uma das participantes do grupo:

“Eu comi farinha mais de 15 anos. Farinha com feijão. Arroz só domingo e feriado. Eu me lembro como hoje a minha mãe falando assim: “sabe o que nós vamos comer hoje? Macarrão com galinha”. Aquilo ali era o top. E eu saía falando para todo mundo que eu ia comer macarrão com galinha... o meu pai cozinhava feijão, não tinha arroz, o arroz era para um dia especial. Feijão com farinha.”. (M2)

“Eu fui criada na roça, mesmo. Arroz era só na semana santa. Também tinha a crença que não podia comer doce na semana santa por causa da morte de Jesus. Então o arroz, que era a única vez que tinha, era feito com leite e sal, não podia pôr açúcar. Não podia nada doce. Não abria bar, ninguém comprava nada, ninguém fazia nada, quarta, quinta e sexta.” (F2)

O ato de comer também pode ser associado ao prazer. Lévi-Strauss o compara com o ato sexual, ultrapassando as simples finalidades de nutrir ou procriar (ROMANELLI, 2006). Esse ato de prazer está intimamente relacionado com a nossa fisiologia alimentar. Ao identificar os cinco sabores (doce, salgado, amargo, azedo e umami) pelo paladar e o odor pelo olfato, temos o prazer em comer o alimento para nossa sobrevivência e, simultaneamente, percebemos o limite do quanto deve ser ingerido deste alimento, pela saciedade ou pelo enjoo (HERCULANO-HOUZEL, 2003).

No estudo de Maturana sobre as relações do ser humano com a alimentação, é destacada a contribuição da psicanálise nessa temática:

Freud (1905), define a Fase Oral como período que dura de 0 a 2 anos, período em que a zona de erotização é a boca e em que o prazer ainda está ligado à ingestão de alimentos e à excitação da mucosa dos lábios e da cavidade bucal. Para ele, na fase oral existe uma necessidade intensa de gratificação e satisfação. Assim, desde o nascimento, tais necessidades estão concentradas, predominantemente, em volta dos lábios, na língua e, um pouco mais tarde, nos dentes (MATURANA, 2010).

Percebemos, então, que, apesar de cada pessoa ter sua forma particular de se alimentar e até mesmo de escolher o alimento, existem semelhanças entre grupos familiares e sociais da mesma ou de distintas regiões do mundo. O indivíduo sofre influência de outros fatores aprendidos durante a vida, como suas culturas e tradições, ambiente social, entre outros. Isto nos permite perceber que a alimentação é intimamente vinculada ao modo de viver a vida de cada indivíduo.

Dessa forma, pode-se compreender o destaque que esse tema teve nas falas dos participantes do processo educativo. Pessoas com diabetes são pressionadas cotidianamente à mudança de hábitos alimentares, principalmente se seguirmos, de forma burocrática e não negociada, as orientações nutricionais recomendadas pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), que sugerem um plano alimentar com controle calórico, limitando carboidratos, fibras, proteínas e gorduras (BRASIL, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014-2015b).

As dificuldades em se adequar às mudanças de hábito prescrita pelos profissionais de saúde são retratadas nas falas a seguir, mostrando os contratempos que isso causa e as adaptações que as pessoas fazem na sua dieta para se adequar à alimentação recomendada para DM:

“Eu sinto [dificuldade] sabe do quê? Da alimentação. Tem de levar a alimentação porque não pode comer qualquer coisa. Não posso passar em uma lanchonete, sentar lá e comer uma pizza. Você entendeu? Tem de carregar a alimentação. É difícil”. (F1)

“Não vou dizer que não como doce, eu como doce sim, mas doce diet. Agora, de vez em quando eu gosto de fazer arroz doce em casa. Eu gosto de fazer porque as netas vêm para casa e pedem para eu fazer arroz doce. Eu faço arroz doce, eu faço maria-mole, mas também não encharco. Eu só como um pouquinho também. Doce eu como bastante, mas eu como só doce diet”. (F3)

“... se você chegar para mim falando “o senhor não pode comer linguiça, um torresmo, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo”, eu não vou dar risada da sua cara, mas eu olho para cá e dou. Porque eu vou comer, meu amor, quantas vezes o doutor já brigou comigo, “Não pode fazer isso!” [citando a fala do médico] ...”. (M2)

No cotidiano dos serviços de saúde, observa-se que, frequentemente, as principais dificuldades relatadas pelas pessoas com diabetes estão relacionadas à dieta – não conseguir comer de 3 em 3 horas, não conseguir evitar carboidratos e outros produtos com açúcar (CYRINO, 2005; PÉRES et al., 2007).

É de suma importância perceber que a alimentação está enraizada na história de vida das pessoas. Portanto conhecer suas origens e suas culturas nos faz perceber o quão difícil é seguir uma orientação dietética generalizada baseada apenas em evidências científicas. O caminho deve ser sempre a negociação sobre o que a pessoa “tem condições de” e “está disposta a” mudar para garantir um melhor autocuidado.

## 8.2 O significado da insulina para as pessoas com diabetes

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, necessário para a metabolização da glicose, por auxiliar sua entrada nas células do corpo. As pessoas com diabetes apresentam uma deficiência na produção da insulina pelo pâncreas e muitos podem necessitar de reposição exógena da mesma com aplicações diárias do hormônio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

No desenvolvimento das atividades do grupo estudado, observamos que alguns participantes conheciam ou tinham uma boa noção sobre os mecanismos de ação da insulina:

“Na minha cabeça, seria um empurrãozinho para ver se o pâncreas funciona melhor. Na minha cabeça, penso que deve ser para isso” (M1)

“O pâncreas não funciona mais, então a insulina entra para ajudar.” (F1)

Contudo, identificamos significados que transcendem esta necessidade metabólica da insulina e refletem algumas repercussões do uso desse tipo de medicação no dia-a-dia das pessoas com diabetes.

Destacamos algumas falas que nos fazem refletir que não basta apenas prescrever a medicação, mas entender como ela fará parte da rotina da pessoa e como isso afetará o seu autocuidado.

A necessidade do resfriamento da insulina interfere nas rotinas diárias da vida das pessoas com diabetes e da sua família, particularmente nas de lazer:

“Eu fui para Itu, tenho uma filha que mora lá, fui e passei três dias. Tem que levar insulina com gelo, é muito trabalho[...] eu levo a insulina, levo a agulha e levo todos os remédios. Eu acho isso ruim, botar dentro de um negócio cheio, para levar, o carro tem hora que quebra, tem hora que o negócio passa três ou quatro horas na estrada. [...] Se você tem comprimido era muito mais fácil.” (M2)

“Eu viajei o fim de semana passado e eu tive que comprar insulina porque eu fui para longe, ela não ia conservar gelada até eu chegar lá e eu tive que comprar insulina em Santa Catarina para poder usar. É ruim demais, gente” (F2)

Cyrino (2205) e Péres et al. (2007) também identificaram, em seus estudos, dificuldades semelhantes, relatadas pelas pessoas com diabetes em relação ao uso de medicamentos – não conseguir usar a medicação no horário correto, armazenamento incorreto da medicação, principalmente da insulina, não conseguir aspirar a dose correta da insulina e não uso da medicação devido aos seus efeitos colaterais

A influência negativa da insulina sobre a libido/sexualidade, um dos temas escolhidos pelo grupo no primeiro encontro, foi ressaltado por um dos participantes:

“Quando você começa a fazer uso de insulina, esse remédio aí. Cada organismo é um organismo. Na minha opinião, os hormônios [sexuais] caem mesmo.” (M1)

Outros aspectos destacados se relacionam à dor e o incômodo causados pela aplicação de insulina, e às dificuldades que o uso de uma medicação injetável traz para o autocuidado:

“E também esse negócio de a gente estar picando toda hora, dói. Eu aplico só uma vez por dia, mas isso aí fica tudo roxa a perna. Outra hora você vai aplicar, dói demais.” (F1)

“Eu tomo insulina três vezes por dia. Olha como dói, chega a ter calo.” (M2)

No decorrer dos encontros, observamos algumas falas que demonstram a frustração e o cansaço de conviver com uma doença crônica que impõe a aplicação de uma medição injetável para o seu controle.

A primeira fala surgiu em uma discussão sobre as dúvidas e dificuldades em relação ao uso da insulina, e foi direcionada a este pesquisador, que também era o médico responsável pela área onde reside o autor da fala. Através de um duplo questionamento, é possível identificar uma tentativa de negociação visando a flexibilização do plano terapêutico proposto em consulta médica de rotina:

“Eu estou me sentindo bem. Eu não poderia ficar um tempo sem tomar insulina? ou tem que tomar o resto da vida?” (F4)

A segunda fala, foi expressa em uma discussão a respeito do conhecimento sobre a insulina. Naquele contexto, a pessoa utilizou a palavra “preguiça”, sinalizando um cansaço de realizar o mesmo ato diariamente, mesmo que a não realização prejudique o seu autocuidado, em particular o controle glicêmico:

“A minha só da alta de manhã se eu não tomar insulina à noite. Por um motivo: estou com preguiça, aí amanhece alto.” (M1)

Apesar desse desgaste, notamos que há a percepção sobre a importância dessa medicação para manter a qualidade de vida:

“Para mim seria [elencando na ordem de importância para o melhor controle da DM], número 1, o remédio da insulina. Agora, se você não come gordura, não come essas coisas, toma insulina, você vai muitos anos, você não abusa, toma insulina, eu acho [que a qualidade de vida melhora] ...” (M2)

Observamos, então, que o uso da insulina, por ser uma medicação injetável e por necessitar de acondicionamento adequado para sua conservação, demanda adaptações na rotina destas pessoas que trazem junto complicações como a dor causada pelas aplicações e o incômodo de ter que utilizar, sempre, um material próprio e adequado para seu transporte. Podemos notar, nas falas, que existe um conflito entre o “sei que é necessário” e “será que eu realmente preciso disso?”

Embora, não tenha surgido esta discussão durante os grupos, devemos considerar que, as pessoas em uso de insulina também podem sofrer um preconceito pelo uso de medicação injetável, provavelmente devido à associação da imagem de seringa com o uso de drogas ilícitas. Isso poderia interferir no uso de insulina, por exemplo, em locais de trabalho ou em horários em que a pessoa com diabetes não esteja em sua residência ou em algum serviço de saúde, dificultando de certa forma a sua aplicação correta nos horários adequados.

A associação da imagem de seringa e drogas injetáveis, foi relatada no estudo da adição às drogas no uso de morfina injetável no final do século XIX. Posteriormente, essa associação foi com a cocaína injetável. Essa situação fez com que vários países da Europa e posteriormente o Brasil, na década de 80, lançassem mão de políticas de redução de danos como a distribuição de seringas descartáveis para os usuários de drogas injetáveis, pois muitos destes, por compartilharem as seringas, apresentavam doenças como a hepatite e AIDS (FIGUEIREDO et al., 2017).



Outro aspecto que gostaríamos de destacar é quanto o uso de uma medicação injetável, como a insulina, em espaços públicos, denuncia a condição de doente. Quantas pessoas se sentiriam constrangidas em expor o fato de serem diabéticas, e mais do que isso, de estarem em um estágio da doença que necessitam da aplicação diária da insulina. Essa exposição da doença em local de trabalho poderia, inclusive, contribuir para a demissão do trabalhador, dado o contexto atual do mundo de trabalho.

### **8.3 A carga negativa da diabetes e suas repercussões no modo de andar a vida**

A Diabetes Mellitus é uma doença envolta por uma imagem negativa principalmente devido às gravidades de suas complicações, em especial aquelas que deixam sequelas mutilantes como, por exemplo, as amputações.

Canguilhem (2009) em seu estudo sobre o normal e patológico, discute sobre a ambiguidade e relatividade desses conceitos, assim como de saúde e doença, considerando haver um processo de adaptação da vida às condições consideradas patológicas pela biomedicina.

Se existem normas biológicas, é porque a vida, sendo não apenas submissão ao meio, mas também instituição de seu próprio meio, estabelece, por isso mesmo, valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo. [...] Curar é criar para si novas formas de vida, às vezes superiores às antigas (Canguilhem, 2009 p.175-176).

O mesmo autor destaca ainda que, por existir a interdisciplinaridade entre os processos de saúde e doença, isto implica também na interdependência entre os modos de andar a vida e os meios necessários para sua readaptação.

Essa imagem negativa da DM e suas repercussões nos modos de andar a vida das pessoas com a doença podem ser notadas nas falas que destacamos a seguir.

Na primeira, um dos participantes caracteriza a DM como a “mala de desgraça” e, na segunda, outro reflete como a representação negativa da DM é difundida no saber popular:

“[em discussão sobre os medos causados pela diabetes] [...] Depois da insulina, na minha opinião, a mala de desgraça começou a aparecer.” (M1)

“Eu senti o impacto [após diagnóstico da DM]. Parece que eu fui no céu e desci na terra. Jamais eu imaginaria que seria diagnosticado com diabetes. Eu senti um impacto forte, porque eu ouvia dizer que diabetes mata, diabetes aleija, deixa cego” (M4)

Durante os encontros, os participantes destacaram distintos aspectos e dimensões das repercussões da doença e dos seus planos terapêuticos nos seus modos de andar a vida. Os trechos de falas, destacados a seguir, retratam algumas dessas questões:

“Eu não tenho medo da morte, mas o problema é as complicações. Como a parte da minha mãe, da minha família, todos são [diabéticos], não tem um que escapou. Nós já ficamos com medo, ficamos pensando sobre como é que vamos fazer para nos alimentarmos; quando vai viajar, como é que faz; tem de carregar a insulina. Aí, muitas horas, se for um lugar longe, tem de comprar lá, porque não dá para você levar.” (F1)

“O que eu gostava muito era de passear não é, porque eu tenho uns parentes em Pindamonhangaba, em Caçapava, por ali, final de semana eu me arrumava e ia embora para a casa, ...feriados eu ia, não precisava de ninguém para ir comigo. E agora por causa desse problema da vista [devido à DM] eu não me sinto assim confiante em mim, para pegar um ônibus sozinha, e ir nesses lugares.” (F7)

Ciechanowski et al. (2003) demonstraram em seu estudo que a depressão piora o autocuidado e controle glicêmico da DM, influenciando na exacerbação dos sintomas físicos, queda da motivação e a não seguir orientações dietéticas. Eren et al. (2008) relatam que a DM afeta consideravelmente a qualidade de vida das pessoas com a doença e favorece o surgimento de problemas psiquiátricos como depressão e ansiedade. Essa estreita relação com o emocional também foi observada por Ferreira et al. (2013) e Marcelino et al. (2005) que, ainda, discutem sobre a dificuldade do controle da doença em função dos problemas emocionais associados à mesma, afirmando que a pessoa com DM se torna “escrava do tratamento”.

Algumas falas das pessoas que participaram do grupo educativo evidenciam a influência da condição emocional/psicológica no controle da DM.

“Eu não tenho mais aquelas forças que eu tinha e tem dia que eu estou muito bem, tem dia que eu não estou bem, principalmente quando eu fico nervosa. Eu controlo ela direitinho, mas aí eu fico nervosa e a diabetes vai lá para cima.” (F4)

“Deve ser psicológico, eu fico muito estressada, pode ver que vai ficar alto [a glicemia]” (F5)

“Eu perdi meu filho dia 2 de Junho, Junho, Julho, finzinho de Julho [...] uma noite eu passei mal, fui duas vezes no banheiro. Na outra noite, também. Uma gastura, uma gastura. Fui duas vezes no banheiro. Eu fiz assim [uma medida de glicemia capilar] estava 300. Não é emocional?” (M3)

Uma fala nos chamou a atenção por evidenciar o peso que a pessoa com diabetes carrega em decorrência da doença, a ponto de desejar sua própria morte, pelo medo ainda maior de sofrer as consequências do não controle da mesma. Contudo, apresenta resiliência e vai se readaptando e buscando alternativas para seu cuidado.

“Quando eu voltei do hospital [após internação por hiperglicemia], que aí a minha mulher começou a regrar, minha mulher que me regrar lá em casa. Teve uma época [...] você vê um negócio assim, você querer, você desejar, e não pode, [...]. Teve uma vez que eu chorando, eu falei para a minha mulher: “Ah, eu queria morrer acabar logo isso, estou enjoado ficar assim com essa...”, só que aquele quadro, também se passou, porque eu me adaptei com essa outra vida entendeu? De querer e não poder, assim sabe? Para satisfazer aquela lambida, para durar o dia, porque eu peguei medo de eu ficar amputado, ficar nessa situação.” (M1)

Nota-se ainda, que alguns destacam a necessidade de se readaptar à nova condição de doença, continuar se cuidando e manter a vida andando, pela responsabilidade que têm com sua família.

“Agora quando eu fiquei sabendo [do diagnóstico de DM], a preocupação foi que eu tinha que tomar cuidado por causa das minhas filhas, que eu também, eu tinha que tomar cuidado, se eu falecesse ali e tal, como é que essas meninas iam ficar, de menor de idade [...] nunca entrei em depressão, nem desespero.” (F7)

A dificuldade em adaptar a rotina alimentar às dietas restritivas impostas às pessoas com DM, como já discutido anteriormente, e suas repercussões na vida dessas e também de suas famílias, é um peso considerável na gestão de seus cuidados.

“Eu sinto [dificuldade para cozinhar], porque eu não gosto muito de cozinhar e fazer dois tipos de alimentação [um para mim e outro para família.] (F2)”

Observamos também as repercussões físicas que surgiram devido à DM, causando transtornos para as pessoas, antes mesmo do início do tratamento, como destacadas nos trechos abaixo:

“Quando eu descobri [que tinha diabetes] eu emagreci bastante, fiquei parecendo uma caveira. Fiquei feliz que tinha emagrecido, mas quando eu olhava no espelho ficava: “minha Nossa Senhora”. (F2)

“Na minha opinião [urinar muito tem a ver com], diabetes. Eu fiquei numa urinação do caramba quando surgiu. Eu emagreci e me deu a urinação, eu estava quase colocando calça plástica.” (M1)

Destacam-se, ainda, repercussões causadas pela hipoglicemia, após o início do tratamento, e que afetam as atividades diárias dessas pessoas com diabetes:

“Diversas vezes (a diabetes fica baixa). Dá um suor, a vista escurece, eu não consigo levantar.” (M4)

“É, eu fico até atrapalhada [quando a diabetes abaixa]. Eu fico, assim, sabe? E aí quando eu estou na rua eu paro, vou em algum bar, tomo um café com leite ou algum suco. Aí sento um pouco, aí depois vai melhorando. Mas eu já estive muito assim, que eu fiquei com tudo embaralhado que eu fiquei até sem saber onde eu estava. [...] e aí não sabia para que lado eu ia. Acontece quando ela abaixa, assim. Agora a minha muito alta nunca foi assim tão [complicada]... (F7)

“Eu percebo que começo a ter um sintoma de tremor. Parece que vai perdendo estabilidade, vou ver, e está baixo [a glicemia].” (M1)

A carga negativa, muitas vezes é reforçada pelos profissionais de saúde que abordam a pessoa com diabetes de forma inadequada, não conseguindo dialogar com os mesmos sobre os significados que essa doença pode ter em suas vidas.

“Que nem eu, da primeira vez que fiz exame de sangue que acusou diabete, eu me beliscava toda, fui no médico pedir, ele falou “Será que você não tem diabete?” Olhei, ele pediu, foi fazer exame de sangue, deu 150, se ele tivesse me orientado o que eu não podia comer, o que eu podia fazer para não levar a diabete, eu teria feito. Eu acredito que se eu tivesse tido uma orientação boa, hoje em dia não teria acontecido o que aconteceu.” (F5)

É importante considerar que a DM impacta no modo de andar a vida da pessoa mesmo antes dela saber que está com a doença, e, ainda mais, após o diagnóstico, impondo diversas restrições sobre os seus hábitos de vida e trazendo os riscos dos efeitos colaterais do tratamento. Nesse sentido, não podemos deixar de relevar a necessidade de darmos maior atenção para os significados dessa doença na vida das pessoas, e de refletir e discutir sobre as repercussões que a mesma tem no dia-a-dia delas.

## 8.4 O (des)conhecimento sobre a diabetes e os desafios para o autocuidado

O conceito de “autocuidado” foi bem desenvolvido por Orem (1971, apud REMOR, 1986) e pode ser sintetizado como sendo “(...) a prática de atividades que o indivíduo pessoalmente inicia e desempenha em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem-estar”. Neste sentido, o autocuidado tem um aspecto que se relaciona com os conhecimentos necessários para realizar esse cuidado, incluindo aqueles de áreas mais técnico-científicas. Esta ideia, em grande medida, vai ao encontro do referencial teórico do empoderamento discutido anteriormente.

Contudo alguns autores problematizam essa noção e os próprios limites do conceito de autocuidado. Foucault (1982) tenta ampliar esses limites, apresentando o conceito de ‘cuidar de si’ como a “arte da existência”, e o desenvolve como tendo origem em dois contextos históricos distintos: a partir da filosofia greco-romana dos dois primeiros séculos do começo do Império Romano, no qual o ‘cuidar de si’ determinava os aspectos morais e as condutas no viver de cada pessoa dentro da sociedade; e seu significado como o “conhecimento de si”, baseado no princípio délfico *gnothi sauton* (“conhece-te a ti mesmo”) como uma consequência do “cuidado de si’. Outro, a partir da espiritualidade cristã, no qual o ‘cuidar de si’ passou a ser orientado por normas, buscando a estética da arte da existência. Nesse sentido, o ‘cuidar de si’ remete à ideia de como vivemos a vida e o que fazemos para vivê-la da melhor maneira.

Observamos no percorrer do processo educativo que os participantes, em suas singularidades, incorporam e desenvolvem seus próprios conhecimentos em relação à diabetes que influenciam suas decisões sobre seu cuidado.

Estas decisões parecem não depender do tempo de diagnóstico da doença, pois poderíamos supor que quanto maior fosse esse tempo, mais e/ou melhor informada seria a pessoa. Constatamos que muitas dúvidas e (des)informações estavam presentes nas falas, principalmente relacionadas à alimentação:

“Mas a gente pensa que o doce é o que faz mal para o diabético. Pelo menos na minha cabeça é isso” (F2)

“O diabético, de vez em quando, pode tomar um copinho de cerveja? Diz que é bom.” (M2)

Muitas falas dos participantes remetem à ideia de que eles desconhecem alguns conceitos técnicos-científicos relativos à doença, considerados básicos pelos profissionais de saúde e necessários para um melhor autocuidado da diabetes.

“[O diabético não pode comer] Coisa boa não” (F2)

“[Não pode para diabetes] comer macarrão, pão, bebida, fumar, que eu fumo. Doce.” (F5)

Um dos participantes, na discussão sobre a alimentação, destaca o prazer em comer torresmo e afirma que continuará comendo esse alimento mesmo sabendo que esse tipo de alimentação é considerado inadequado.

“Torresmo é muito gostoso. Mas o problema é que a diabetes não suporta isso.” (M2)

Em outro momento, esse mesmo sujeito afirma que, apesar do medo das complicações, não segue as orientações para o autocuidado, pois não percebe que sua atitude está causando danos à sua saúde.

“Se um dia me acontecer alguma coisa, para o cara diabético, eu não vou fazer nunca aquilo. Por isso que eu abuso, porque não me dá nada, deu para entender?” (M2)

Remetendo novamente à ideia de que o “abuso” lhe dá prazer, indicando que essa é uma escolha que faz para viver a vida da melhor maneira, para cuidar de si, mas que implica em riscos se pensarmos na lógica do autocuidado.

Outros participantes demonstram algum conhecimento sobre a doença. Contudo, sob o referencial da biomedicina, interpretam a informação de forma inadequada ou não incorporam orientações dadas pelos profissionais de saúde.

“Tudo que vem da terra, não pode. Segundo o que o doutor falou, o que tem amido. O que pode é a quantidade que não é exagerada de comida.” (M4)

“Falaram para mim, “Você não pode comer arroz”. Eu vou comer o que? Farinha e pedaço de carne? Não, não é que não pode, você deve comer... não tive problema de comer arroz integral, eu como, é mais caro, mais difícil de

fazer. Mas não sinto, essa vontade, assim. Mas o que pode, pode comer arroz integral, pão integral, suco de frutas. Não é toda fruta [que pode comer], tem umas que são muito doces. Poder, pode, mas não deve.” (M3)

Por outro lado, alguns participantes se baseiam em suas vivências com pessoas conhecidas ou familiares, que sofreram com a doença, como justificativa para seu maior autocuidado, indicando a importância das experiências de vida como fonte de conhecimento sobre a doença.

“Eu perdi um tio que ele enterrou a perna, depois enterrou a outra perna e ficou só o cotoco daqui para cima. Você conheceu o meu tio, não é? Depois que minha tia enterrou as duas pernas dele, aí tinha ano, dois anos, amputava um. Foi amputando, amputando até aqui. Aí cortou até aqui e ficou só isso aqui, e trabalhava. Ali na porta da Augusta, um pretão, fortão, vendia doce. Aí depois ele faleceu, só era isso aqui para cima. Meu medo da diabetes é isso.” (F1)

## **8.5 Repercussões do grupo sobre as percepções das pessoas com diabetes**

Nos últimos encontros do grupo realizamos uma avaliação do processo educativo visando identificar as repercussões do mesmo sobre as percepções das pessoas sobre sua doença.

Essa avaliação foi realizada em três momentos diferentes.

O primeiro não estava planejado, tendo sido desenvolvido com apenas um participante. Isso se deu em função da falta dos demais participantes naquele encontro justificada pelas circunstâncias do clima chuvoso. Nesse encontro, realizamos uma entrevista individual como um pré-teste de um instrumento que se pretendia utilizar na avaliação do grupo. Porém, ao analisarmos as respostas dessa entrevista, definimos que o instrumento não era adequado à avaliação do processo e optamos pela realização de uma roda de conversa, como discutido por Moura e Lima (2014). Contudo essa entrevista foi incorporada na análise sobre as percepções dos participantes no decorrer grupo.

A avaliação, do conjunto dos participantes, foi desenvolvida nos dois últimos encontros do grupo, nos quais realizamos rodas de conversa. Nessas, foram apresentadas as seguintes questões disparadoras para discussão “O que vocês conseguem

levar de mudança para a vida de vocês a partir de nossas conversas?” e “Vocês adquiriram informações que não tinham, a partir das conversas que tivemos ao longo do grupo?”.

“Ajudou, ajuda, sempre ajuda, fica sabendo de coisa que não sabia. Fiquei sabendo... fruta, quando comer... fruta pode comer, mas não em muita quantidade. Fiquei sabendo também que o aparelho não marca a diabete alta. Fiquei sabendo, coisas que eu fiquei sabendo. Ajuda, ajuda muito a cuidar melhor da diabetes.” (M4)

“Eu acho a palestra [referindo-se às discussões da roda de conversa] é uma autoajuda na minha cabeça, é uma autoajuda, que você escuta, você fala, você escuta, você assimila.” (M1)

“Mas que isso aqui é muito importante, é. Porque você vê que pela conversa do outro, pela conversa dele, você vai juntando as coisas e vai dizer: “isso aqui não é bom”, “isso aqui já é melhor” e o doutor está vendo” (M2)

Em relação ao questionamento sobre de que forma a participação no grupo modificou seus conhecimentos ou suas atitudes relativas ao seu autocuidado, um dos participantes destacou como potência do grupo educativo a possibilidade de contemplar dúvidas ou angústias das pessoas que não o conseguem durante uma consulta de rotina na UBS.

“Mudar [o autocuidado] eu não sei, mas você tem mais tempo de comentar dum negócio, do que na hora da consulta, que às vezes você vai comentar no dia da consulta, esqueci, e aqui você tem mais tempo de comentar um negócio que você queria, interessante é ajudar.” (M3)

Gostaríamos de destacar, ainda, algumas falas fora destes momentos citados acima, nas quais os participantes espontaneamente expressaram suas opiniões e, em certa medida, parte de suas avaliações sobre o grupo. A primeira aponta a importância do compartilhamento de experiências, conforme discutido por Yalom (1995), e a segunda ressalta que o grupo tem o potencial de influenciar e transformar os profissionais de saúde envolvidos em sua organização e coordenação:

“Você escuta os problemas dos outros, você fala, você vê que as suas dificuldades não são só suas.” (M1)

“Aquela moça, no dia que ela chamou a gente, eu prontamente falei: claro que eu vou. Acho que é interessante para nós, que somos o doente, e para o doutor do lado de lá também, que amanhã ele começa, de repente, a receitar ou mudar certo comportamento com os próximos doentes, não é?” (M1)



Pudemos perceber que a participação no grupo repercutiu de diferentes formas nos participantes, tanto como local de aprendizado, adquirindo novos conhecimentos e habilidades, como espaço aberto e solidário para manifestar suas dúvidas e angústias. Aparentemente, os participantes não conseguiam o mesmo espaço para se expressar durante os atendimentos rotineiros com os profissionais de saúde na UBS.

Importante destacar a percepção dos participantes de que o grupo poderia ajudar, também, os próprios profissionais da saúde que dele participam, no sentido de incorporar mudanças em suas práticas em relação às pessoas com a doença. Isto é particularmente importante neste estudo no qual o pesquisador também exerce o papel de médico e de coordenador/facilitador do grupo. Sendo assim, o grupo possibilitaria uma situação de maior proximidade e menor hierarquia entre seus participantes, diferindo apenas no tipo de conhecimento – um com o conhecimento técnico e o outro com o conhecimento da vida –, e permitindo o compartilhamento dos mesmos e reflexões acerca da experiência.

Em nosso estudo, o grupo educativo desempenhou também um papel de grupo de apoio, como destacado pelas falas acima. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o grupo de apoio como um dos elementos do nível micro<sup>1</sup> em relação ao autocuidado de pessoas portadoras de doenças crônicas, no qual os participantes adquirem conhecimentos e habilidades específicas relacionadas ao cuidado dessas condições e se tornam capazes de assumir os papéis tradicionalmente designados aos profissionais de saúde (OMS, 2002).

---

<sup>1</sup> - A OMS apresentou um modelo de sistemas de saúde para condições crônicas, cuja estrutura relacionada aos cuidados inovadores para condições crônicas compreende elementos fundamentais no plano de interação do paciente (nível micro), dos prestadores de serviço e comunidade (nível meso) e da política (nível macro) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

## **9.0 PROCESSO EDUCATIVO NA PERSPECTIVA DO PESQUISADOR – FRAGILIDADES, DIFICULDADES E POTÊNCIAS**

Nesta seção vamos expor e discutir, sob o ponto de vista do pesquisador, quais fragilidades e dificuldades encontradas no desenvolvimento do grupo educativo. Assim como destacar as potências deste tipo de intervenção.

### **9.1 Problemas no planejamento do grupo educativo**

Identificamos que houve falhas na divulgação das informações acerca do grupo educativo planejado. Faltou um maior entrosamento do pesquisador com as equipes (ESF) das quais os usuários seriam selecionados, principalmente com as ACS que fizeram o convite, visando a sensibilizá-los a convidar e incentivar um maior número de pessoas para participar do grupo. Fato este que, de certa forma, ficou mais evidente após a decisão de ampliar o convite a um número maior de equipes do que o inicialmente previsto. Apesar da informação dada para as ACS, e os convites serem exatamente os mesmos, houve maior participação dos pacientes que já tinham vínculo com o pesquisador - pacientes da sua área/equipe - (7 dos 11) - e das pessoas cuja ACS responsável já havia trabalhado com o pesquisador (3 dos 11).

Uma dificuldade identificada foi a conciliação dos horários da agenda do pesquisador e dos demais profissionais que participaram do planejamento inicial e como facilitadores de alguns encontros. Uma vez que o pesquisador exerceu, concomitantemente, as funções de pesquisador e de médico de família de equipe de ESF, optamos pela realização do grupo educativo em horário fora da agenda médica habitual do mesmo, o que possibilitou a participação maior dos facilitadores (profissionais do NASF), que não precisaram modificar as suas agendas de rotina, no período inicial do grupo. Contudo esses profissionais só conseguiram viabilizar sua participação em seis encontros, pois outras demandas e agendas impediram sua participação.

Outro problema foi a não utilização, por parte das pessoas com diabetes, dos cadernos de anotações, fornecidos pelo pesquisador com o objetivo de ser um instrumento para registro dos aprendizados, dúvidas e sentimentos despertados no decorrer do processo educativo. Para o pesquisador e facilitadores do grupo, esse caderno poderia contribuir para fortalecer o processo educativo. Os principais motivos

relatados pelos participantes para o não uso do instrumento foram: esquecer e não ter tempo para anotar. Lembrando que, orientamos que os registros poderiam ser realizados na forma de desenho para aqueles que assim o preferissem ou que tivessem alguma dificuldade em relação à escrita. Em nossa avaliação, a posteriori, pensamos que deveria ser destinado um tempo ao final de cada encontro para que os registros fossem realizados nesses cadernos, o que poderia ter ajudado na reflexão sobre os processos individuais de aprendizagem no grupo.

## 9.2 O desafio de abordar alguns temas no grupo educativo

Observamos que alguns temas, levantados e priorizados pelos participantes do grupo, no primeiro encontro, foram pouco discutidos ou praticamente não entraram na pauta do mesmo.

Um deles foi o tema da sexualidade em pessoas com diabetes:

“O chato, da minha parte, penso eu... é que a parte hormonal cai demais. Muito... Quando a gente tem diabetes, se perde o apetite sexual.” (M1)

“[Durante discussão sobre não conseguir ter relação sexual] a diabetes mexe com isso”. (F2)

Alguns estudos indicam que portadores de doença crônica encaram como um fato “normal e aceitável” a diminuição da libido, sendo a dificuldade de ereção o mais comum entre os homens com diabetes. Este fato pode estar comumente associado à baixa autoestima e outros transtornos psiquiátricos que pioram o problema (COIMBRA e TEIXEIRA, 2015). Ainda, segundo esses autores, alguns homens relataram não terem tido um bom atendimento pelos profissionais de saúde em relação ao tema. Destacam também a “importância dos profissionais de saúde estarem preparados para tratar desse tipo de assunto” (COIMBRA e TEIXEIRA, 2015). Este é um problema destacado também por COSTA e COELHO (2011), que apontam a deficiência na formação dos profissionais de enfermagem especificamente no tema da sexualidade; e, ainda, por RUFINO et al (2013) e PINHEIRO, et al (2011), ao apontarem essa mesma lacuna na formação dos profissionais médicos, que é centrada no “orgânico, biológico e patológico”.

Outros dois temas pouco discutidos foram: dor e equilíbrio. Os facilitadores optaram por discutir rapidamente sobre os processos fisiopatológicos e ofertar, para os interessados, a participação em algumas práticas integrativas e complementares que a UBS vem desenvolvendo no sentido de ampliar as alternativas de cuidado. Contudo, perdemos a oportunidade de discutir e refletir sobre os sentidos das pessoas com diabetes conviverem com situações de perda de equilíbrio e quadros de dor crônica, por exemplo.

Podemos aqui verificar a dificuldade de deslocamento dos profissionais de saúde em suas práticas educativas – da pedagogia tradicional para uma pedagogia mais participativa e emancipatória. A convivência com quadros de dor crônica poderia ter sido mais discutida durante os encontros, realizando uma abordagem mais abrangente incluindo a vivência das pessoas com a mesma, suas dificuldades e suas estratégias para controlá-la ou superá-la. No entanto, a opção por ofertar algumas práticas como a auriculoterapia para “solucionar” a dor foi um movimento quase natural, baseado na prática do dia-a-dia do atendimento na UBS, como observamos na fala de um dos facilitadores, responsável pela aplicação da técnica em questão:

“Então, a gente pode lidar com dor, com queixa emocional, com queixa fisiológica mesmo, por exemplo, -eu sou constipado, -eu tenho muita rinite, muita alergia. Então, a gente pensou, que nesse grupo, como a primeira queixa de vocês foi bem forte de dor, a gente pensou -nossa, vamos levar algo para aliviar. Então, e para dor, a auriculoterapia é fantástica, assim. Tem gente que sente melhora na hora, tem gente que sente melhora um pouquinho depois, mas assim, é 100% de melhora, mesmo. Aí a gente vai distribuir para ver quais são as queixas de vocês e a gente faz a aplicação, já”. (Facilitador)

Tão natural até mesmo para os participantes, que se correu o risco de perder o foco do objetivo do grupo - implementar processo educativo com pessoas com diabetes acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde - como podemos observar nas seguintes falas:

“Só vim hoje [no grupo] por causa das bolinhas [semente de mostarda usadas na auriculoterapia].” (M1)

“Eu me senti muito bem, não só quanto as dores, mas quanto aos problemas que eu tenho. Eu me senti bem. Eu até plantei uma sementinha, ela já vai dar semente”. (F2)

Embora ampliassem a abordagem do cuidado para o problema, a abordagem utilizada não considerou a necessidade, priorizada pelo grupo, de discutir esses temas.

Um outro obstáculo foi o clima/tempo - nos dias de chuva, a participação das pessoas era menor, sendo que no décimo encontro, devido à chuva, foi necessário a alteração do planejamento prévio do grupo para a realização de entrevista pois houve apenas um participante presente.

### **9.3 Potências do processo educativo implementado**

Notamos um grande potencial na utilização do referencial do empoderamento para desenvolver o grupo educativo, no qual em primeiro lugar, é fundamental ouvir estas pessoas com diabetes e perguntar o que elas desejam e precisam obter a partir de suas interações conosco para melhorar seu cuidado com a doença (RUBIN et al., 2002). Elas costumam identificar que têm muitas preocupações e problemas relacionados a viver com a diabetes e que esses, raramente, são abordados pelos profissionais de saúde (ALBERTI, 2002). Mesmo aquelas que alcançam o controle metabólico e outros resultados adequados, podem ser acometidas pelas demandas e incertezas que uma doença crônica acrescenta e/ou desestabiliza seu modo de andar a vida. Nesse sentido, os profissionais podem se focar no cuidado mais centrado nestas pessoas e se tornar mais colaborativos, melhorando resultados e a satisfação com o trabalho realizado.

A partir do momento do diagnóstico, as pessoas desenvolvem um significado pessoal de sua diabetes. Se a diabetes significou insuficiência renal, amputação ou cegueira para a pessoa com a doença, para a família poderia significar isolamento social, desemprego, perda de autoestima e propósito na vida. Essa experiência pessoal, geralmente, tem mais impacto sobre o que significa ter diabetes do que uma palestra de um profissional médico que exalta os benefícios do estilo de vida saudável no cuidado da diabetes. A crença pessoal é essencial na autoconsciência da escolha e é crucial ter consciência de todos os fatores que influenciam o significado individual da diabetes e as escolhas que decorrem desse significado.

As pessoas precisam acreditar que são pessoalmente vulneráveis às complicações da diabetes e que podem fazer escolhas que terão um impacto positivo na saúde e qualidade de vida. É importante destacar que, para viver bem com diabetes,

as pessoas também precisam de recursos como suporte social (FESTE, 1992). Neste sentido, o grupo educativo também pode desempenhar papel importante para a melhoria do autocuidado e, também, para o empoderamento das pessoas com diabetes, principalmente quando focamos o compartilhamento dessas experiências pessoais entre seus participantes.

E, ainda, um grupo educativo com as características apresentadas, tem potencial transformador para os próprios profissionais de saúde envolvidos em tal atividade. Essa potência se dá no sentido de ampliar conhecimentos e a visão dos trabalhadores da saúde sobre os significados que a pessoa com diabetes traz em sua história de vida e que são impactados pela doença, contribuindo para novas formas de abordagem que permitam valorizar estes sentidos.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo iniciou-se com um incômodo do autor a respeito da educação em saúde, tão falada e recomendada em distintas políticas de saúde e em protocolos existentes, tanto de instâncias da gestão do SUS, quanto de sociedades de especialidades, mas que, para as pessoas que convivem com as doenças, parece, muitas vezes, não fazer o sentido pretendido.

Realizar esse estudo-intervenção foi uma experiência rica, que permitiu a mudança da percepção do autor em relação ao significado que a doença tem na vida das pessoas com diabetes, que acompanha na Atenção Básica do SUS. Importante ressaltarmos, também, a descoberta do quão valioso são os saberes das pessoas, e como isso repercute em suas decisões e negociações (ou não) sobre o seu plano de cuidado.

Percebemos que, ainda hoje, ficamos obcecados nos motivos da não-adesão das pessoas ao tratamento proposto, ou seja, da não obediência às orientações e prescrições realizadas. E, muitas vezes, esquecemos que a pessoa com diabetes é um ser humano, com uma história de vida, uma rotina, relacionamentos, e, isso tudo tem muito mais importância para ela do que a doença em si.

Muitas das práticas rotineiras na UBS estão baseadas em demandas imediatas das pessoas. Contudo, parece que tanto a gestão, quanto os profissionais, não conseguem perceber o real significado dessas demandas. Assim, acaba se criando um ciclo de práticas similares e repetitivas, e não obstante, automáticas, por parte dos serviços de saúde e, também, por parte das pessoas que os procuram – os profissionais que ofertam o mesmo tipo de tecnologia e as pessoas que demandam soluções imediatas para seus problemas.

A implementação do grupo educativo embasado em uma educação dialógica, visando o empoderamento das pessoas com diabetes, enfrentou dificuldades dos próprios profissionais que o organizaram, incluindo o autor, acostumados com suas práticas tradicionais no cotidiano da UBS. Deste ponto de vista, a realização desta intervenção foi enriquecedora, e conseguiu produzir sentidos e, talvez, alguns deslocamentos para os profissionais que fizeram parte do processo de planejamento e desenvolvimento do grupo.

Um obstáculo enfrentado estava relacionado a rigidez das práticas profissionais e agendas estabelecidas na UBS. Nesse sentido, houve dificuldade de conciliar as agendas dos distintos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do serviço, que tinham interesse em participar do processo. Outro fator limitante diz respeito à exigência do cumprimento de metas de produção que têm dificultado a realização de outras atividades para além das consultas individuais. Destaca-se ainda a dificuldade de comunicação com os integrantes de outras equipes da ESF e a de sensibilização dos mesmos para a participação nesse processo. Além do tempo limitado para a realização desse processo educativo, devido aos problemas elencados acima associados aos prazos do mestrado.

No desenvolvimento do grupo educativo, uma das principais dificuldades encontradas foi a participação regular das pessoas com diabetes, que, apesar de relatarem seu interesse em fazer parte do mesmo, apresentaram problemas na conciliação entre a agenda de suas atividades diárias e o horário de realização do grupo.

Durante o estudo-intervenção, identificamos que os referenciais teóricos do empoderamento e de uma educação em saúde mais dialógica possibilitam maior aproximação aos significados que a doença traz para a vida das pessoas. Porém, é necessário que se constituam espaços contínuos e duradouros, permitindo que tanto os profissionais quanto as pessoas com a doença mantenham e ampliem o desejo de permanecer neste movimento de descoberta e reflexão sobre o processo saúde-doença.

E, mesmo com o pouco tempo de intervenção, foi possível observar que mudanças ocorrem e fazem as pessoas refletir sobre seus significados no seu dia-a-dia. Outro aspecto relevante foi a contribuição desse grupo educativo para melhorar algumas habilidades dessas pessoas para seu autocuidado, incluindo seu empoderamento e autonomia.

Foi possível perceber a importância de ampliarmos a escuta, buscando compreender e discutir com a pessoa com diabetes, tanto o significado que a doença traz para sua vida e das pessoas que com ela convivem, quanto as repercussões em modificar seus hábitos de vida na perspectiva de um melhor autocuidado. Notamos que esta ressignificação da doença aumentava também a regularidade da participação nos encontros do grupo.



Algumas falas diziam respeito à expressão direta e indireta de que o grupo possibilitava maior espaço para expor dúvidas e angústias pelo simples fato de haver um tempo maior para isso. Embora consideremos que a ampliação do tempo não garanta por si só que haja mais escuta, e que a abordagem seja realizada da forma como descrito acima, isso nos faz refletir sobre a necessidade de rediscutir as práticas atuais dos serviços na atenção básica, como a supervalorização das metas de produção de procedimentos individuais. Nesse contexto, é importante sinalizarmos a necessidade de repensar a exigência que os profissionais de saúde têm para cumprir suas metas de atendimento em detrimento de uma escuta qualificada e da qualidade cuidado.

Outro aspecto importante a ser destacado, foi a percepção de como a alimentação está intimamente ligada à vida das pessoas, não apenas pelo fator fisiológico, mas também pelo fato de ser um ato de prazer e ser moldada pela cultura e vivência da pessoa. Sob estes aspectos, percebemos o quão difícil é modificar hábitos alimentares de pessoas em condições crônicas: como mudar algo essencial, prazeroso e que está tão incorporado no modo de andar a vida da pessoa?

A insulina também mostrou ser envolta por diversos significados para a pessoa com diabetes. O seu uso, necessário para a manutenção do controle glicêmico, repercute no cotidiano dessas pessoas, impondo algumas adaptações no seu modo de andar a vida. Essas vão desde encontrar alternativas, para o acondicionamento da insulina em uma viagem de lazer, até o incômodo das aplicações diárias da medicação e a dor envolvida nesse ato, bem como as repercussões que seu uso pode trazer para o trabalho.

Foi evidenciada a carga negativa que a DM representa para a vida das pessoas e suas repercussões assumem grande relevância no aspecto psicológico/emocional. Não obstante, a doença pode provocar, ainda, efeitos como a hipoglicemia que impactam na vida destas pessoas. Nós, profissionais da saúde devemos nos atentar a estes aspectos da diabetes que transcendem o tradicional significado da enfermidade focada apenas no biológico.

Na análise das repercussões do grupo sobre as percepções das pessoas com diabetes encontramos evidências que indicam pequenas mudanças na ampliação do conhecimento sobre seu processo saúde-doença. É importante ressaltar que o grupo funcionou como um local de apoio a estas pessoas e não somente como um processo de aprendizado. Destacamos, ainda, a percepção de que o próprio participante anseia

o grupo provoque, mudanças no comportamento e atitudes dos profissionais que dele participam.

Identificamos que alguns temas levantados pelos participantes do grupo não foram abordados pela equipe que organizou e desenvolveu as atividades e, não obstante, outros temas considerados importantes pelo pesquisador e a equipe, mas não elencados pelos participantes, foram discutidos em alguns encontros. Esse fato chama a atenção para a dificuldade de transição do modelo pedagógico tradicional, ainda hegemônico, para aquele proposto neste estudo-intervenção, mais dialógico, reflexivo e emancipatório.

Esperamos que este estudo possa contribuir para a reflexão de outros profissionais sobre suas práticas em saúde, em particular a forma como se relacionam e cuidam de pessoas que sofrem com doenças crônicas como a diabetes.

## 11.REFERÊNCIAS

ALBERTI, G. The DAWN (diabetes attitudes, wishes and needs) study. *Pract Diabetol Int*, v. 19, n. 1, p. 22-24, 2002.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Economic costs of diabetes in the USA in 2012. *Diabetes Care*, n. 36, p. 1033-46, 2013.

ANDERSON, R et al. Learning to empower patients. Results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care*, v. 14, n. 7, p. 584-90, Jul 1991.

ANDERSON, RM; FUNNELL, MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, Limerick, v. 79, n. 3, p. 277-282, 2010.

ARAÚJO, AAD; BRITO, AMD; NOVAES, D. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? *Revista Bioética*, v. 16, n. 1, p. 117-24, 2008.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BECK, et al. 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*, v. 43, n. 5, p. 449-464, 1 October 2017.

BEZERRA, IMP et al. O fazer de profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. *Journal of Human Growth and Development*, v. 24, n. 3, p. 255-262, 2014.

BONOW, CA et al. Limites e possibilidades do desenvolvimento de grupos criativos na Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 688-94, out. / dez. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10640/10217>>. Acesso em: 04 Junho 2019.

BORBA, AKOT et al. Práticas Educativas em Diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 169-176, março 2012.

BRASIL. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: CONASS *coleção Para Entender a Gestão do SUS*. 1. ed. Brasília: [s.n.], v. 1, 2007. p. 272-280.

BRASIL. *PNAB - Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: [s.n.], 2012b.

BRASIL. *Sistema de Informações sobre Mortalidade*., 2017. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 04 Setembro 2017.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução no.466, de 12 de Dezembro de 2012, Brasília, 2012c. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Abordagem nutricional em Diabetes Mellitus*. Brasília: [s.n.], 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *As Cartas de Promoção da Saúde*. Brasília - DF: [s.n.], 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Humaniza SUS [ Caderno de Textos - Cartilhas da Política Nacional de Humanização]*. 2. ed. Brasília: [s.n.], 2010a. 18 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil*. Brasília. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DA ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Diabetes Mellitus*. [S.l.]: [s.n.], v. Caderno de Atenção Básica n.16, 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus*. Brasília - DF: [s.n.], v. Cadernos de Atenção Básica n.36, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: [s.n.], v. Cadernos de Atenção Básica n.35, 2014. 112-124 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: [s.n.], 2006a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3a. ed. Brasília - DF: [s.n.], 2010b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. 1. ed. Brasília: [s.n.], 2009.

BRASIL. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. *Política Nacional de Educação Popular em Saúde*. Brasília - DF: Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde - CNEPS, 2012a.

BROWN , S. Interventions to promote diabetes self-management: state of the science. *Diabetes Educ*, v. 25, n. 6 suppl, p. 52-61, 1999.

- CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. Definition of "empowerment". *Cambridge Dictionary*. Disponível em: <<https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/empowerment>>. Acesso em: 13 mar. 2018.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2009.
- CARDOSO, CL. Grupos terapêuticos na abordagem gestáltica: uma proposta de atuação clínica em comunidades. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 124-138, 2009. ISSN 1808-4281.
- CARDOSO, S et al. Finalidade do processo comunicacional das atividades em grupo na Estratégia Saúde da Família. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. [07 telas], ma. /abr. 2011.
- CARLOS, SA. O processo grupal. In: JAQUES, M., et al. *Psicologia social contemporânea: livro-texto ed. digital*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013. p. 170-175.
- CARVALHO, SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 20, p. 1088-1095, Jul-Ago 2004.
- CHAVES, FF et al. Tradução, adaptação cultural e validação do Diabetes Empowerment Scale - Short Form. *Revista de Saúde Pública*, n. 51, p. 16, 2017.
- CHIESA AM, VERÍSSIMO MR. A Educação em saúde na prática do PSF. In: Ministério da Saúde. Manual de enfermagem - Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- CIECHANOWSKI, PS et al. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *General Hospital Psychiatry*, Seattle, v. 25, n. 4, p. 246-252, 2003
- COIMBRA, L.; TEIXEIRA, ER. Percepção de homens com Diabetes Mellitus sobre sexualidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Niterói - RJ, v. 14, n. 1, p. 970-977, Jan/Mar 2015.
- CORRÊA, EJ; ARAÚJO, MRN; CADETE, MMM. Orientações para Elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) como Proposta de Intervenção, Belo Horizonte, 2014. 6p. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Orienta%C3%A7%C3%A3o-TCC-Proposta-de-intervencao-2014.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.
- COSTA, HR; COELHO, CDA. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 10[telas], Mai/Jun 2011.

- CYRINO, AP. As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à Educação e Comunicação em Saúde. [tese], p. 65-66, 2005.
- DEMO, P. Pesquisa-participante: usos e abusos. In: TOZONI-REIS, M. *A pesquisa-ação-participativa em educação ambiental: reflexões teóricas*. São Paulo: Annablume, 2007. p. 57-81.
- DIAS, MSDA et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.
- DIAS, VP; SILVEIRA, DT; WITT, RR. Educação em saúde: protocolo para o trabalho de grupos em atenção primária à saúde. *Revista APS*, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.
- EREN, Í.; ERDI, Ö.; SAHIM, M. The effect of depression on quality of life of patients with type II Diabetes Mellitus. *Depression and Anxiety*, v. 25, n. 2, p. 98-106, 2008.
- FERREIRA, DSDP et al. Repercussão emocional diante do diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 41-46, jan/mar 2013.
- FESTE, C. A Practical Look at Patient Empowerment. *Diabetes Care*, v. 15, n. 7, 1992.
- FESTE, C; ANDERSON, R. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient. Educ. Couns.*, v. 26, p. 139-144, 1995.
- FIGUEIREDO, R; FEFFERMANN, M; ADORNO, R. Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo. In: INSTITUTO DE SAÚDE *Temas em Saúde Coletiva* 23. São Paulo: [s.n.], 2017. p. 356.
- FOUCAULT, M. As técnicas de si. Trad. de Wanderson Flor do Nascimento e Karla Neves. Disponível em: <[https://cognitiveenhancement.weebly.com/uploads/1/8/5/1/18518906/as\\_tcnicas\\_do\\_si-\\_michel\\_foucault.pdf](https://cognitiveenhancement.weebly.com/uploads/1/8/5/1/18518906/as_tcnicas_do_si-_michel_foucault.pdf)>. Acesso em 01/07/2019.
- FRANCO, L. Um problema de saúde pública. Epidemiologia. In: OLIVEIRA, J.; MILECH, A. *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 19-32.
- FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança - Um Reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. 1a Edição. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. 24 p.
- FRIEDMANN, J. Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo, Celta: Oeiras, 1996.

FUNNELL, MM et al. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ*, v. 17, n. 1, p. 37-41, Jan-Feb 1991.

FUNNELL, MM; ANDERSON, RM. Empowerment and Self-management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, v. 22, n. 3, 2004.

GOHN, MDG. Educação Popular na América latina no novo milênio: impactos do novo paradigma. *ETD - Educação Temática Digital*, Campinas, v. 4, n. 1, p. 53-77, dezembro 2002.

HEIDMANN, I et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Contexto Enferm*, v. 15, n. 2, p. 352-8, Abr-Jun 2006.

HEISLER, M et al. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med*, v. 17, n. 4, p. 243-52, Apr 2002.

HERCULANO-HOUZEL, S. *Sexo, Drogas, Rock'N Roll. & Chocolate: o Cérebro e os Prazeres da Vida Cotidiana*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.

HERRIGER, N. *Empowerment in der sozialen arbeit*. [S.l.]: [s.n.], 1997.

HOROCHOVSKI, RR; MEIRELLES, G. *Problematizando o conceito de empoderamento*. Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia. Florianópolis: [s.n.]. 2007.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. 6a ed. Brussels: International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*, 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 28 Agosto 2017.

JÖNSSON, S; LUKKA, K. There and Back Again: Interventionist Research in Management Accounting. In: CHAPMAN, C. S.; HOPWOOD, A. G.; SHIELDS, M. D. *Handbook of Management Accounting Research*. [S.l.]: Elsevier, 2007. p. 373-97.

KOPRUSZYNSKI, CP; MARIN, F. A. Alimentação humana, passado, presente e futuro. *UNESP*, 2014. Disponível em: <<http://www.ibb.unesp.br/Home/Secoes/SecaodeApoioEnsinoPesquisaExtensao-SAEPE/10a-semana---texto-agente.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

LABONTE, R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, New York, v. 21, p. 253-268, 1994.

LAGE, MC. Os softwares tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. *ETD - Educação Temática Digital*, Campinas, v. 12, n. 2, p. 42-58, jan./jun. 2011.

LANE, ST; WANDERLEY(ORGS.), C. *Psicologia social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

LORIG, KR; HOLMAN, HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*, v. 26, n. 1, p. 1-7, Aug 2003.

MARCELINO, DB; CARVALHO, MDDB. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005.

MATURANA, V. Reflexões acerca da relação entre a alimentação e o homem. *IGT*, v. 7, n. 12, p. 176-219, 2010.

MINAYO, M. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MOURA, A; LIMA, M. A reinvenção da roda: roda de conversa : um instrumento metodológico possível. *Temas em Educação*, João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 98-106, Jan-Jun 2014.

NARAYAN, D. *Empowerment and Poverty Reduction: A sourcebook*. Washington, DC: World Bank, 2002.

NORRIS, S et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis on the effect on glycemic control. *Diabetes Care*, v. 25, n. 7, p. 1159-1171, 2002.

NORRIS, S; ENGELGAU, M; NARANYAN, K. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review fo randomized controlled trials. *Diabetes Care*, v. 24, n. 3, p. 561-587, 2001.

OREM, DE. *Nursing: Concepts of practice*. New York, Mac graw-Hill, 232p., 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas, 2002. Disponível em:  
<<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/veja-tambem/cuidados-inovadores-para-condicoes-cronicas>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

PEIXOTO, GV; SILVA, RMD. Estratégias educativas ao portador de Diabetes Mellitus: revisão sistemática. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 13, n. 1, p. 74-81, dezembro 2011.

PÉRES, DS et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-am de Enfermeagem*, v. 15, n. 6, novembro-dezembro 2007.

PIETTE, J; GLASGOW, R. Education and self-monitoring of blood glucose. In: GERSTEIN, H.; HAYNES, R. *Evidence-Based Diabetes Care*. Ontario: B.C. Decker, 2001. p. 207-251.

PIMENTA, S. Pesquisa-ação crítico colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. *Educação & Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 521-539, set/dez 2005.



PINHEIRO, TF; COUTO, MT; DA SILVA, SN. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 845-58, Jul/Set 2011.

REMOR, A; BRITO, IS; PETERS, VR; SANTOS, EKA. A teoria do auto-cuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. *Ver. Bras. Enf.*, Brasília, v. 39 (2/3), p. 6-11, 1986.

RIBEIRO, JP. *Gestalt-terapia: O processo Grupal - Uma Abordagem Fenomenológica da Teoria de Campo e Holística*. São Paulo: Summus, 1994.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. *Medicina*, Ribeirão Preto (online), v. 39, n. 3, p. 333-339, 2006.

RUBIN, R; ANDERSON, R; FUNNELL, MM. Collaborative diabetes care. *Pract Diabetol*, n. 21, p. 29-32, 2002.

RUFINO, A; MADEIRO, AP; GIRÃO, JBC. O Ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. *REvista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 178-185, 2013.

SANTOS, L; TORRES, DC. Práticas educativas em Diabetes Mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 574-80, Jul./Set. 2012.

SCHMIDT, M et al. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia – The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Diabetol Metab Syndr.*, v. 6, n. 123, p. 1-9, november 2014.

SHAULL, R. "Foreword". In: FREIRE, P. *Pedagogy of the oppressed*. [S.l.]: [s.n.], p. 13-14.

SILVA, CMDC et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência saúde coletiva [online]*, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Princípios para orientação nutricional no diabetes mellitus*. [S.l.]: [s.n.], 2014-2015b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes para educação do paciente com diabetes mellitus*, 2014-2015a. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/diabetes-tipo-1/90-diretrizes-para-educacao-do-paciente-com-diabetes-mellitus>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Insulina. *Sociedade Brasileira de Diabetes*, 2019. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/insulina>>. Acesso em: 20 Maio 2019.

SOUZA, ACD et al. A Educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-53, agosto 2005.

TOLEDO, FD; JACOBI, R. Pesquisa-ação e educação: compatilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. *Educ Soc*, Campinas, v. 34, n. 122, p. 155-173, jan/mar 2013.

TORRES, HDC et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Revista Saúde Pública*, v. 43, n. 2, p. 291-8, 2009.

TOZONI-REIS, M. A pesquisa-ação-participativa e a educação ambiental: uma parceria construída pela identificação teórica e metodológica. In: TOZONI-REIS, M. *A Pesquisa-ação-participativa em educação ambiental: reflexões teóricas*. São Paulo: Annablume, 2007. p. 121-161.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, Set/Dez 2005.

VASCONCELOS, EM. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

WALLERSTEIN, N; BERNSTEIN, E. Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly*, v. 21, n. 2, p. 141-170, 1994.

WHO. *Ottawa charter for health promotion*. An International Conference on Health Promotion. Ottawa. 1986.

WHO. *Diabetes: the cost of diabetes*. WHO fact sheet. [S.I.], p. sep, n.236. 2002.

WHO. *Global Report on Diabetes*. [S.I.]. 2016.

WOLPERT, H; ANDERSON, B. Management of diabetes: are doctors framing the benefits from the wrong perspective? *BMJ*, v. 323, n. 7319, p. 994-996, 2001.

YALOM, ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1995.

ZANETTI, M. Papel educativo do enfermeiro e o locus de controle da pessoa diabética. [tese], Ribeirão Preto, 1990.

ZUÑIGA, R. La recherche-action et le controle du savoir. *Revue Internationale d'Action Communautaire*, Lorraine, v. 45, n. 5, p. 35-44, 1981.

## ANEXO 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o Sr./Sra. para participar deste estudo intitulado “**Contribuições de grupos educativos no processo de empoderamento de pessoas com diabetes**”.

#### Informações sobre o estudo

##### Objetivos do estudo

- 1) Geral: analisar as repercussões de grupo educativo no processo de empoderamento de pessoas com diabetes e no seu autocuidado.
- 2) Específicos: implementar processo educativo com pessoas com diabetes acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS); contribuir para o desenvolvimento de competências para o autocuidado de pessoas com diabetes; contribuir para que pessoas com diabetes construam seu próprio plano de cuidado.

##### Metodologia do estudo

- 1) entrevistas com pessoas com diabetes acompanhadas na UBS selecionada (pré e pós grupos);
- 2) grupos educativos, encontros quinzenais por período aproximado de 3 meses

**Garantia de sigilo:** O Sr/Sra., como usuário(a) da UBS Vila Clara, poderá interromper a entrevista ou desistir do grupo educativo a qualquer momento, por qualquer motivo, incluindo o direito de não responder alguma questão ou retirar o consentimento assinado. Porém, se o Sr/Sra aceitar participar deste estudo vai nos ajudar a entender e cuidar melhor de pessoas com diabetes, em uma UBS do Sistema Único de Saúde.

Nós garantimos que as informações que o Sr/Sra nos der serão utilizadas apenas para os objetivos deste estudo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes do estudo, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante, mantendo assim a sua privacidade preservada.

Garantimos também que o Sr/Sra receberá resposta a qualquer pergunta e esclarecimento a qualquer dúvida que envolva os assuntos relacionados com este estudo. Gostaríamos também de sua autorização para gravar a entrevista de forma que suas informações possam ser registradas adequadamente.

**Garantia de acesso:** em qualquer momento do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador poderá ser encontrado na AMA/UBS Integrada Vila Clara, de 2ª-feira das 8:00 às 19:00 e 3ª à 5ª-feira, das 7:00 às 18:00, Rua Rolando Curti, 701, telefone: (011) 5623-6883. A coordenação deste estudo é de responsabilidade da Profª Drª Sandra Maria Spedo, do

Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp, situado à Rua Botucatu, 740 – 4o andar – 5576-4848 voip 1857. Se o(a) Sr/Sra tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050 – telefones (011) 5571-1062; (011) 5539-7162); e-mail: [CEP@unifesp.edu.br](mailto:CEP@unifesp.edu.br) e CEP/SMS; telefone: (011) 3397-2464; e-mail:smscep@gmail.com.

**Riscos:** estou ciente de que poderá haver risco de desconforto pela participação no estudo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo disponibilizado em 2 vias originais, uma para ficar com o Sr./Sra e outra que ficará com o pesquisador. Não há compensação financeira relacionada à sua participação no estudo. 21

### **Declaração do participante**

Como usuário(a) da UBS Vila Clara, convidado a participar do estudo “**Contribuições de grupos educativos no processo de empoderamento de pessoas com diabetes**”, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer espécie.

Local: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018.

Nome:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante.

Nome:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pelo estudo e/ou pelo pesquisador em campo

## ANEXO 2

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** CONTRIBUIÇÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS NO  
PROCESSO DE EMPODERAMENTO DE  
PESSOAS COM DIABETES

**Pesquisador:** IRVIN JO TAKAYANAGI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 81881418.8.0000.5505

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.621.786

#### Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0013/2018- EMENDA AO PROTOCOLO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica especialmente importante no contexto da saúde pública devido às altas taxas de morbimortalidades causadas por suas complicações e pela patologia em si. A sua prevalência tem aumentado no mundo todo paralelamente aos gastos diretos e indiretos relativos à sua cronicidade, gravidade de suas complicações e meios para tratá-la. Apesar dos avanços nas políticas de atenção à saúde das pessoas com diabetes, observa-se na prática dos serviços que ainda persistem distintos problemas que impactam no controle dessa doença. Destacam-se dificuldades vivenciadas por esses sujeitos, relacionadas ao uso da medicação, à realização de dieta adequada e atividade física. Dentro deste contexto, é fundamental desenvolver ações de promoção à saúde visando contribuir na melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas com diabetes, de modo a ampliar a autonomia das mesmas para seu cuidado. Nesse sentido, será realizada uma pesquisa com delineamento qualitativo que tem o objetivo de analisar as repercussões de grupo educativo no processo de empoderamento de pessoas com diabetes e no seu autocuidado. O desenho prevê o desenvolvimento de grupos educativos e entrevistas semiestruturadas – pré e pós intervenção (grupos) – com diabéticos cadastrados e acompanhados por uma Unidade Básica de Saúde do SUS-São Paulo

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA



**Objetivo da Pesquisa:**

-HIPÓTESE: Pressupostos da pesquisa:1) As pessoas com diabetes precisam de um apoio contínuo dos profissionais de saúde e de toda equipe relacionada com o autocuidado para manter os ganhos obtidos com as ações educativas.2) A partir do momento em que o profissional se torna responsável para com o diabético o cuidado se converte em uma colaboração entre iguais. 3) O desenvolvimento de ações educativas, tendo como referência o empoderamento dos sujeitos envolvidos, contribui para a ampliação da autonomia visando à melhora do autocuidado. -OBJETIVO PRIMÁRIO: Analisar as repercussões de grupo educativo no processo de empoderamento de pessoas com diabetes e no seu autocuidado.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: - implementar processo educativo com pessoas com diabetes acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde;- contribuir para o desenvolvimento de competências para o autocuidado de pessoas com diabetes;- contribuir para que pessoas com diabetes construam seu próprio plano de cuidado

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

CONFORME DESCRITO NO PARECER INICIAL

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de emenda ao protocolo -

A emenda apresentada visa única e exclusivamente incluir a gestão municipal do SUS-São Paulo (SMS-SP) na condição de instituição coparticipante, para que seu CEP possa também avaliar o projeto, dado que o mesmo será desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde sob sua gestão.

Não houve qualquer mudança nos conteúdos do projeto encaminhado (objetivos, métodos, cronograma de atividades).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

carta de solicitação da emenda encaminhada

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

emenda apresentada

**Considerações Finais a critério do CEP:**

parecer revisado

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA



Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1092588_E1.pdf	09/04/2018 18:31:12		Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_EMENDA_AO_PROJETO_PlataformaBrasil.pdf	09/04/2018 18:30:40	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_EMENDA_AO_PROJETO_PlataformaBrasil.docx	09/04/2018 18:30:17	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Folha de Rosto	folharostoplataformabrasil_Irvin.pdf	09/01/2018 11:42:04	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Outros	cartaanuencia_CRSSSE_SMS.pdf	09/01/2018 11:37:07	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Outros	cadastroCEP_Irvin.pdf	09/01/2018 11:36:02	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	preprojeto_Irvin_8ja2018.pdf	08/01/2018 18:36:38	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	preprojeto_Irvin_TCLE.pdf	08/01/2018 18:30:09	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Cronograma	preprojeto_Irvin_CRONOGRAMA.pdf	08/01/2018 18:29:20	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 25 de Abril de 2018

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br

## ANEXO 3

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONTRIBUIÇÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS NO  
PROCESSO DE EMPODERAMENTO DE  
PESSOAS COM DIABETES

**Pesquisador:** IRVIN JO TAKAYANAGI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 81881418.8.3001.0086

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.686.224

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, da Universidade Federal de São Paulo, para obtenção de grau de Mestre.

Este estudo se constitui como uma pesquisa qualitativa a ser realizada na UBS Vila Clara situada no Distrito Administrativo do Jabaquara, na região Sudeste do município de São Paulo.

A pesquisa terá três momentos:

no 1º momento - serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos selecionados para participarem do estudo.

no 2º momento - serão realizados dois grupos educativos, nos quais serão abordados diversos temas relacionados à Diabetes.

no 3º momento - após o término do grupo, serão realizadas novamente entrevistas semiestruturadas com as pessoas com diabetes que finalizaram a sua participação no grupo, utilizando as mesmas questões da entrevista inicial.

Preende-se explorar mudanças relacionadas à percepção e compreensão da doença, bem como sobre o autocuidado.

Serão 30 participantes de pesquisa.

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar

**Bairro:** Vila Buarque

**UF:** SP

**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**Município:** SAO PAULO

**E-mail:** smscep@gmail.com





## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP



### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral: Analisar as repercussões de grupo educativo no processo de empoderamento de pessoas com diabetes e no seu autocuidado.

Objetivos específicos :

- implementar processo educativo com pessoas com diabetes acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde;
- contribuir para o desenvolvimento de competências para o autocuidado de pessoas com diabetes;
- contribuir para que pessoas com diabetes construam seu próprio plano de cuidado.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Constrangimento ao participarem dos grupos educativos, ou responderem às perguntas da entrevista. Neste caso, o pesquisador descreve que buscará minimizar esse risco, por meio de esclarecimento prévio aos participantes.

Benefícios: possibilidade de aprimorar a compreensão sobre a doença, assim como a melhoria do seu autocuidado e, ainda a possibilidade de construir seu próprio plano de cuidado, em conjunto com os profissionais de saúde envolvidos.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Metodologia de acordo com os objetivos propostos.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto está corretamente preenchida. Foi apresentada a autorização para realização da pesquisa pela Coordenadoria de Saúde Sudeste.

TCLE, Cronograma, orçamento e fonte financiadora tão adequados.

### **Recomendações:**

No texto do TCLE: "Como esse estudo será realizado:

- 1) entrevistas
- 2) grupos educativos, com encontros quinzenais por período aproximado de 3 meses." Corrigir a concordância para: Com este estudo, serão realizados:

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
**Bairro:** Vila Buarque  
**UF:** SP      **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**E-mail:** smscep@gmail.com

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1122498.pdf	21/05/2018 18:57:36		Aceito
Cronograma	Cronograma_revisado.docx	21/05/2018 18:57:13	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Outros	Custos_do_projeto.xlsx	21/05/2018 18:56:49	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer_CEP_revisado.docx	21/05/2018 18:56:21	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.docx	21/05/2018 18:54:33	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_EMENDA_AO_PROJETO_PlataformaBrasil.pdf	09/04/2018 18:30:40	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_EMENDA_AO_PROJETO_PlataformaBrasil.docx	09/04/2018 18:30:17	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Outros	cartaanuencia_CRSSE_SMS.pdf	09/01/2018 11:37:07	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Outros	cadastroCEP_Irvin.pdf	09/01/2018 11:36:02	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito
Projeto Detalhado	preprojeto_Irvin_8ja2018.pdf	08/01/2018	IRVIN JO	Aceito

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
**Bairro:** Vila Buarque  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**E-mail:** smscep@gmail.com

/ Brochura Investigador	preprojeto_Irvin_8ja2018.pdf	18:36:38	TAKAYANAGI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	preprojeto_Irvin_TCLE.pdf	08/01/2018 18:30:09	IRVIN JO TAKAYANAGI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 31 de Maio de 2018

---

**Assinado por:**  
**SIMONE MONGELLI DE FANTINI**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
**Bairro:** Vila Buarque  
**UF:** SP      **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**E-mail:** smscep@gmail.com