

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

CLAUDIA RUAS ALVES

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EM USO DE INSULINA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A
PRÁTICA DO AUTOCUIDADO

VITÓRIA
2015

CLAUDIA RUAS ALVES

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EM USO DE INSULINA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A
PRÁTICA DO AUTOCUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sheilla Diniz Silveira Bicudo

Vitória
2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

A474p Alves, Claudia Ruas, 1963-
Proposta de intervenção educativa para pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina : uma contribuição para a prática do autocuidado / Claudia Ruas Alves. – 2015. 98 f. : il.

Orientador: Sheilla Diniz Silveira Bicudo.
Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Diabetes. 2. Diabéticos - Cuidado e tratamento. 3. Enfermagem. 4. Pacientes – Educação. I. Bicudo, Sheilla Diniz Silveira, 1959-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61

CLAUDIA RUAS ALVES

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EM USO DE INSULINA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A
PRÁTICA DO AUTOCUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 11 de dezembro de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Sheilla Diniz Silveira Bicudo

Universidade Federal do Espírito Santo - Orientadora

Prof.^a Dr.^a Roseane Vargas Rohr

Universidade Federal do Espírito Santo - Membro Externo

Prof.^a Dr.^a Denise Silveira de Castro

Universidade Federal do Espírito Santo - Membro Interno

Prof.^a Dr.^a Luzimar dos Santos Luciano

Universidade Federal do Espírito Santo - Suplente Externo

Prof.^a Dr.^a Maria Edla de Oliveira Bringuente

Universidade Federal do Espírito Santo - Suplente Interno

DEDICATÓRIA

À Profa. Dra. Sheilla Diniz Silveira Bicudo, minha orientadora.

A você, Sheilla, que sempre me ensinando coisas boas mencionou o Tratado de Gratidão de São Tomás de Aquino, em que há três níveis de agradecimento, sendo o mais profundo aquele que nos remete ao vínculo, ao comprometimento, quando dizemos “muito obrigado”. Digo isso a você agora, expressando meu maior respeito e reconhecimento por seu profissionalismo, sua nobreza de caráter e sua ética. Você foi minha ORIENTADORA, com letras maiúsculas, assim mesmo, para tentar dar à palavra o sentido de sua presença em minha vida. Muito obrigada por ter me orientado, permanecendo sempre, invariavelmente ao meu lado, quero ressaltar. Na deliciosa companhia de Paulo Freire e seu amor aos homens que tanto me emocionou, sinto-me honrada por termos compartilhado ricas e numerosas leituras. Dedico a você este estudo, resultado de um trabalho dedicado, que sem sua persistência e confiança não teria sido possível alcançar.

A você dedico ainda o caminho que me aguarda, adiante, onde desejo que possamos continuar nos encontrando. Com a licença do poeta para usar o pronome no singular, agora um agradecimento em forma de poesia.

EU AGRADEÇO
Vinicius de Moraes, Edu Lobo

Eu agradeço
Eu agradeço a você
Muito obrigado por toda a beleza que você me deu
Sua presença, eu reconheço
Foi a melhor recompensa
Que a vida me ofereceu
Foi muito lindo
Você ter vindo
Sempre ajudando, sorrindo, dizendo
Que não tem de quê
Eu agradeço, eu agradeço
Você ter me virado do avesso
E ensinado a viver
Eu reconheço que não tem preço
Gente que gosta de gente assim feito você

AGRADECIMENTOS

Acredito em uma força maior, que me acompanha e guia, acredito em Deus, a quem agradeço todos os dias antes de pedir a benção.

Via Láctea

Olavo Bilac

"Ora (dizeis) ouvir estrelas! Certo
Perdeste o senso"! E eu vos direi, no entanto,
Que, para ouvi-las, muita vez desperto
E abro as janelas, pálido de espanto...

E conversamos toda a noite, enquanto
A via láctea, como um pálio aberto,
Cintila. E, ao vir do sol, saudoso e em pranto,
Inda as procuro pelo céu deserto.

Dizeis agora! "Tresloucado amigo!
Que conversas com elas? Que sentido
Tem o que dizem, quando estão contigo?"

E eu vos direi: "Amai para entendê-las:
Pois só quem ama pode ter ouvido
Capaz de ouvir e de entender estrelas".

Meu muito obrigada àqueles que em minha vida me ajudam a “ouvir estrelas.”

Agradeço à minha grande, barulhenta e insubstituível família por pequenos gestos ou grandes favores, pelo tumulto e pelo silêncio, precisei de ambos. Obrigada, porque estiveram por perto, foi fundamental.

Aos professores, professoras, técnicos, funcionários, colegas, não esqueço nenhum.

Aos meus pais, em especial. Meu pai, pela força, honra, inteligência que me inspiraram, por ter me ensinado a falar, a agir eticamente, me dado a mão e afagado tantas vezes meu coração. À minha mãe, minha rainha, pela delicadeza, coragem e resistência. Obrigada por sua luz, por sua poesia, por transformar tudo em flor. Agradeço aos dois, porque são sábios e por se amarem tanto. Devo a eles uma vida inteira.

Preciso destacar meu agradecimento a você, Nil, meu esposo, amigo e parceiro, por toda a ajuda estrutural, pela paciência, pelo amor e por ter me motivado a iniciar o mestrado. Você, que sempre foi um exemplo pra mim, a quem vi se tornar Mestre, depois Doutor e que testemunhei crescendo profissionalmente, mas sempre querendo avançar. Sem você eu nem teria começado e não teria conseguido chegar aqui. Meu muito obrigada pelo suporte, pela direção, mas especialmente por seu amor.

E ao meu auxiliar de pesquisa, meu orgulho maior, meu filho, meu anjo da guarda, protetor e companheiro, muitas vezes obrigada! Por assumir com maturidade a responsabilidade sobre coisas de nosso dia a dia e por cuidar de mim, de minha alimentação e de meu sono, sempre que possível. Lui, eu me orgulho que seja ético, solidário, divertido, inteligente, amigo, responsável e que tenha tantas outras qualidades! Você é meu maior amor. Obrigada por estar sempre ao meu lado. Foi por você que eu aprendi a “ouvir estrelas”.

Falando com flores
Maria Vitória

“As flores falam comigo
No seu silêncio aparente
Ou no cantar balançante
Que, as vezes, minh’alma sente.

Debaixo da minha janela
Escutam meu primeiro “bom dia”
Invoco, docemente, a elas
O que minh’alma confia.”

Chegar é muito bom, especialmente quando a caminhada é cansativa. Mas, agora vou sentir saudades.

* Obrigada, mãezinha, por me ceder seus versos. Sou sua fã!

“Rir muito e com frequência; ganhar o respeito de pessoas inteligentes e o afeto das crianças; merecer a consideração de críticos honestos e suportar a traição de falsos amigos; apreciar a beleza, encontrar o melhor nos outros; deixar o mundo um pouco melhor, seja por uma saudável criança, um canteiro de jardim ou uma redimida condição social; saber que ao menos uma vida respirou mais fácil porque você viveu. Isso é ter sucesso.”

Ralph Waldo Emerson

RESUMO

Introdução: A diabetes mellitus tipo 2 é uma condição crônica com alta prevalência relacionada a maior urbanização, envelhecimento populacional, obesidade, alimentação inadequada, sedentarismo, envelhecimento populacional e maior sobrevivência das pessoas que possuem este diagnóstico. Uma desafiadora realidade exige construção de novos caminhos para o cuidado, com medidas de caráter permanente de educação em saúde, operados com a participação ativa dos sujeitos, com suas necessidades, desejos, limitações, medos e dúvidas. **Objetivos:** Analisar a intervenção educativa desenvolvida para pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina; Propor intervenção educativa a ser desenvolvida para pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. **Método:** Pesquisa Convergente Assistencial, subsidiada pelo marco referencial de Paulo Freire, desenvolvida em um Centro Municipal de Especialidades de Vitória, ES, Brasil. Seleccionadas pessoas com diabetes mellitus tipo 2, de ambos os sexos, com idade ≥ 30 anos, em uso de insulina, hemoglobina glicada $\geq 7\%$ e consulta com o endocrinologista nos últimos 12 meses. Constituiu-se um grupo de convergência com a realização de quatro encontros de duração média de 90 minutos e intervalo semanal. Perguntas norteadoras estimularam as discussões. Os dados coletados foram analisados e interpretados à luz do referencial metodológico utilizado e da análise de discurso francesa. **Resultados:** Estão apresentados em dois manuscritos. O primeiro aborda a análise dos fragmentos discursivos de 12 participantes, com média de idade de 63 anos, sendo 10 mulheres e 2 homens. O diálogo problematizador apontou como temática significativa entre os sujeitos a alimentação e atividade física, representando um desafio para a enfermagem, que ainda adota uma prática de cuidado prescritiva. Com os dados obtidos no desenvolvimento do grupo de convergência elaborou-se uma proposta de intervenção educativa inspirada nos princípios emancipatórios de Paulo Freire, apresentada no segundo manuscrito. Um Guia de Bolso destinado especialmente aos profissionais de saúde apresenta esta proposta de intervenção educativa e constitui-se também em um dos resultados do presente estudo. **Considerações Finais:** O desenvolvimento da estratégia permitiu a troca de experiências entre os participantes, mas sobretudo interação, compartilhamento de ideias e reflexões sobre suas práticas de autocuidado, exercitando o protagonismo e a autonomia. Um novo caminho para o cuidado, inspirado em uma relação dialógica com participação ativa dos sujeitos, pode favorecer o melhor manejo e controle efetivo da diabetes mellitus tipo 2, em que o enfermeiro como parte da equipe de saúde possui um papel relevante no desenvolvimento de atividades de educação em saúde coletivas ou individuais.

Descritores: Diabetes Mellitus; Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Educação em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 diabetes mellitus is a chronic disease with high prevalence associated to higher urbanization, population aging, obesity, inadequate diet, sedentariness, population aging and longer life span for people with this diagnosis. A challenging reality demands elaboration of new way of care, with permanent character measures of health education, performed with active participation of the subjects, with their needs, desires, limitations, fears and doubts. **Objectives:** Analyze educational intervention developed for people with diabetes mellitus type 2 using insulin. Propose educational intervention to be developed for people with diabetes mellitus type 2 using insulin. **Method:** Convergent care study based on the theoretical framework by Paulo Freire carried out in a Municipal Center for Specialties in Vitoria, ES, Brazil. Sample made up of individuals with type 2 diabetes mellitus, of both sexes, age ≥ 30 years, using insulin, glycated hemoglobin $\geq 7\%$, and who have had consultations with endocrinologists in the past twelve months. The convergence group was made up to have four 90-minute meetings, one per week. The guiding questions led the discussions. The data collected were analyzed and interpreted in the light of the used methodological framework and French discourse analysis. This study was approved by the Research Ethics Committee at the Health Sciences Center at Federal University of Espírito Santo (UFES), Brazil, under registration number 833.871. **Results:** They are presented in two manuscripts. The first one approaches the analysis of discourse fragments of 12 participants — ten women and two men — with average age of 63. The questioning dialogues showed that eating and exercise were a significant theme among the individuals. This poses a challenge to nursing, which still adopts prescriptive care practice. With the data obtained from the convergence group, an educational intervention proposal was developed inspired in Paulo Freire's emancipatory principles, which was presented in the second manuscript. A Pocket Guide designed especially to health professionals presents this proposed educational intervention and also constitutes one of the results of this study. **Final considerations:** Developing an educational strategy allowed participants to exchange experiences, mainly interaction, sharing ideas and thoughts about self-care practice, promoting their empowerment and autonomy. A new path to self-care, inspired in dialoguing with active participation of subjects, can favor improved handling and effective control of type 2 diabetes mellitus, in which the nurse, as part of the healthcare team, has a relevant role in developing individual or group educational healthcare activities.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Diabetes Mellitus, Type 2; Self Care; Health Education; Nursing

LISTA DE SIGLAS

AADE	Associação Americana de Educadores em Diabetes
AD	Análise de Discurso
ADJ	Associação de Diabetes Juvenil
AMGC	Automonitorização da Glicemia Capilar em domicílio
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMEV	Centro Municipal de Especialidades de Vitória
DM 2	Diabetes Mellitus Tipo 2
DM	Diabetes Mellitus
DSME	Diabetes Self-Management Education
ES	Espírito Santo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	International Diabetes Federation
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
RBE	Rede Bem Estar
SACA	South America and Central América
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	UMA TRAJETÓRIA E O DESPERTAR DE UM DESEJO	12
1.2	A DIABETES E O DESAFIO DO AUTOCUIDADO	13
1.3	A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O AUTOCUIDADO EM DIABETES E SUA ESTRUTURA POLÍTICA E ORGANIZACIONAL	18
2	OBJETIVOS	22
2.1	OBJETIVO GERAL	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3	MARCO REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1	A EDUCAÇÃO LIBERTADORA DE PAULO FREIRE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O SUJEITO AUTÔNOMO NA REALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO	23
4	MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO	28
4.1	PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA)	28
4.1.1	Etapas da PCA	29
5	MÉTODO	33
6	QUESTÕES ÉTICAS	43
7	RESULTADOS	44
7.1	PROPOSTA DE ARTIGO 1	45
7.2	PROPOSTA DE ARTIGO 2	60
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES	84
	ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

1.1 UMA TRAJETÓRIA E O DESPERTAR DE UM DESEJO

O desejo de praticar o cuidado sempre esteve presente em minha vida, tendo sido respaldado pela minha formação acadêmica. A opção pela enfermagem ocorreu pelo interesse nas disciplinas da área de biomédicas, tendo me graduado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em agosto de 1986.

Ainda recém-formada iniciei minhas atividades profissionais no estado de Minas Gerais, onde percebi que a realidade exigiria de mim, além da vocação inata e do conhecimento técnico-científico adquirido, uma grande capacidade para persistência, superação e resiliência.

Testemunhei a evolução histórica na saúde, desde um tempo onde o acesso à assistência integral à saúde não era ainda um direito constituído para todos os brasileiros, até chegarmos à realidade atual onde o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda carente de ajustes, representa uma grande conquista.

Pude conhecer os desafios enfrentados no dia a dia dos serviços de saúde por seus profissionais na abordagem à diabetes a partir da minha experiência na docência, gestão e assistência, tendo atuado predominantemente no serviço público; reconheço neste setor sua particular responsabilidade no cuidado às doenças crônicas.

Ao longo dos anos que se seguiram, vivenciei realidades diferentes em pequenos municípios e distritos nos estados da Bahia e Espírito Santo (ES), por onde circunstâncias de âmbito pessoal me fizeram migrar.

Em 2007, de volta ao município de Vitória (ES), aprovada em concurso público, assumi a Área Técnica em Hipertensão e Diabetes na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória. A partir de então, minha aproximação com a temática da diabetes passou a ser cada vez maior, por pura afinidade.

Frente à diversidade das atividades a serem desenvolvidas nesta função e à sua complexidade, a percepção sobre a diabetes partia de um ponto de observação que se destinava a uma visão ampla, porém, menos próxima da realidade local.

Ao longo dessa experiência, percebi que havia necessidade de realizar algo novo como forma de intervenção relacionada ao cuidado em diabetes, para o que era necessário compreender algumas questões que passavam pelas dificuldades enfrentadas por quem vivia com esse agravo no cotidiano de suas vidas.

Esta compreensão dependia de um olhar diferenciado, a partir de um ponto em que são respeitadas as experiências, os desafios e as dificuldades dos sujeitos para quem as intervenções de saúde são planejadas.

O desejo de cuidar do outro que sempre nutri apareceu em forma de interesse de estudo, por um tema que é fruto das minhas inquietações amadurecidas ao longo da minha experiência profissional.

Em 2014 assumi uma nova função na SEMUS em Vitória, desta vez no Centro Municipal de Especialidades (CMEV). Vislumbrei a possibilidade de, nesta nova caminhada, poder oferecer uma contribuição para um acompanhamento mais qualificado às pessoas com diabetes e senti necessidade de apresentar uma proposta que pudesse contribuir para uma mudança na tecnologia do cuidado em diabetes mellitus tipo 2 (DM 2).

1.2 A DIABETES MELLITUS TIPO 2 E O DESAFIO DO AUTOCUIDADO

O mundo está enfrentando uma epidemia crescente de diabetes de proporções devastadoras, sendo seu impacto mais severamente sentido nos países em desenvolvimento. A frequência de aparecimento de novos casos vem aumentando de forma alarmante: hoje, cerca de 171 milhões de pessoas no mundo têm a doença e estima-se que em 2030 esse número dobrará. De forma ainda mais importante, nos países em desenvolvimento tal incremento será de aproximadamente 150% (LYRA; CAVALCANTI, 2009).

Dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, Vigitel (2012), afirmam que no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 7,4%, sendo de 6,5% entre homens e de 8,1% entre mulheres. A frequência máxima da doença foi encontrada em indivíduos com até oito anos de escolaridade.

Em muitos países a diabetes consome de 5% a 10% da verba destinada à saúde, sendo 50% desse custo dirigido às complicações. No mundo 3,2 milhões de mortes são decorrentes da diabetes (LYRA; CAVALCANTI, 2009).

Na diabetes mellitus (DM) a manutenção de altos níveis de glicemia, seja pela ausência de diagnóstico ou por controle inadequado, amplia as chances de complicações agudas como a hipoglicemia, cetoacidose e coma, ou crônicas de natureza microvasculares, macrovasculares ou neuropáticas, como a doença cardiovascular, insuficiência renal crônica e doença vascular periférica, o que pode comprometer a estabilidade funcional do organismo e resultar direta ou indiretamente em morte. Valores glicêmicos bem controlados podem prevenir ou retardar o surgimento dessas complicações em até 50% (BRASIL, 2006a).

A DM 2, tema de interesse nesse estudo, é uma doença prevalente em todo o mundo, com crescimento vertiginoso e característica de epidemia em curso, cujos fatores causais são, provavelmente, o crescimento e envelhecimento populacional, a maior urbanização, a crescente prevalência de obesidade, as dietas inadequadas, o sedentarismo, como também uma maior sobrevivência de pacientes com a doença (GALINDO; CAVALCANTI; LYRA, 2009; FRANCO, 2009; SOTERO, 2009; SBD, 2014).

Fatores de natureza comportamental vêm agregando preocupação com o surgimento de novos casos. Este crescimento em forma de avalanche poderia ser evitado, assim como poderiam ser minimizados seus efeitos devastadores como as complicações e morbimortalidade, com medidas de caráter permanente de cuidado, educação e com mudanças de comportamento (SOTERO, 2009; OLIVEIRA; LYRA; CAVALCANTI, 2009).

Hábitos, costumes e crenças são produtos da herança cultural do homem e contribuem na construção de seu estilo de vida, já nos dizia Bicudo (2000) ao perceber em seu estudo que a complexidade na mudança, frente à diabetes, é relativa à dificuldade em mudar toda uma bagagem cultural a partir de um dado momento na vida, em geral, após alcançar a maturidade. Seu estudo mostrou ainda que o estilo de vida dessas pessoas depende claramente de fatores relacionados ao contexto de vida de cada um, seja ele social, psíquico, socioeconômico, integrados a um fio condutor que é a motivação. Destaca que o modo de vida, permeado por atitudes passíveis de conduzir a uma descompensação glicêmica, pode levar a sérias complicações.

É preciso avançar para um modelo de atenção em diabetes que contribua para a modificação dos hábitos de vida, em que profissionais de saúde possam compreender que mudanças de comportamento só ocorrerão com a modificação de crenças e com a superação de alguns aspectos culturais que sustentam as atitudes dos indivíduos (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Paim (2014) nos alerta que o avanço da cronicidade requer concentração na perspectiva interdisciplinar, onde o olhar profissional é, em si mesmo, um complexo conjunto de instâncias de ordem orgânica, psíquica, social e familiar.

Os avanços da biomedicina no que dizem respeito ao conhecimento da diabetes e dos tratamentos cada vez mais precisos não têm sido suficientes para o atendimento satisfatório de quem vive com a doença. A falta de comunicação com os profissionais de saúde é um dos fatores que interferem numa melhor qualificação da assistência, como se dois mundos houvessem, de um lado pessoas com DM que não compreendem a complexidade do tratamento e do outro profissionais que não se envolvem na complexidade do viver com DM (FRANCIONI; SILVA, 2007).

O diagnóstico de uma doença crônica pode modificar profundamente a vida de pessoas que precisarão de cuidado integral, contínuo e diferenciado, envolvendo aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos, entre outros (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

São comuns nessas pessoas reações emocionais que precisam ser melhor compreendidas pelos profissionais de saúde, uma vez que se manifestam por comportamentos que interferem no bom controle glicêmico, o que repercute na saúde, nas relações sociais e na qualidade de vida do paciente (SANTOS FILHO; RODRIGUES; SANTOS, 2008).

Os resultados no controle da DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade.

Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa doença. É preciso oferecer aos pacientes condições, não só materiais, para que o controle de sua doença seja feito de forma mais qualificada. Por isso, intervenções educativas são fundamentais para a compreensão necessária a fim de impulsionar mudanças.

O autocuidado deve ser estimulado por ser uma ferramenta que pode contribuir para maximizar a qualidade de vida (BOTH *et al.*, 2014). Para este estudo optou-se pelo conceito de Lange *et al.* (2006), que definem autocuidado em saúde como uma estratégia utilizada pelas pessoas de forma contínua e permanente para responder a uma situação de saúde ou doença. É o que cada pessoa faz em seu benefício, de sua família ou de sua comunidade. Pode ser considerado um fator fundamental para o alcance do bem-estar humano e compreendido como padrão de conduta que reflete como as pessoas interagem em seu contexto social. Compreende um universo de medidas e posturas que envolvem a própria pessoa com DM, com apoio da equipe de profissionais de saúde.

Braquedano e colaboradores (2010) referem que a intervenção educativa para o autocuidado deve contribuir para o desenvolvimento de habilidades que estimulem a autoconfiança e a participação ativa dos sujeitos no próprio tratamento. Para estes o exercício do protagonismo na determinação de seus modos de vida requer um plano de atenção com maior aproximação da realidade, identificação de necessidades e desejos e sobretudo corresponsabilização com estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde.

A expansão dos meios de comunicação e a evolução do conhecimento humano vêm agregando valiosos benefícios à vida de milhares de pessoas e produzindo sujeitos cada vez mais autônomos.

Como diz Freire (2011a), é indissociável da prática educativa pautada pela ética humana o respeito à autonomia, dignidade e identidade das pessoas, que trazem consigo conhecimentos e experiências que precisam ser considerados. Cabe pensar que para homens e mulheres aprender é uma aventura criadora, algo mais rico que repetir a lição dada. Significa construir, reconstruir, constatar para mudar, implicando em riscos e aventura do espírito.

É fundamental ressaltar que intervenções educativas podem ser capazes de contribuir amenizando as consequências das complicações crônicas, comuns em diabetes, e com isso reduzir o impacto sobre a diminuição na expectativa de vida e sobre o aumento da morbidade e da mortalidade associadas (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

A construção de vínculo é um recurso terapêutico, que indica compromisso pelo lado dos profissionais e confiança por parte dos usuários, em uma linha de sentido duplo e uma relação de interdependência (CAMPOS, 2007).

A troca de experiências em uma relação grupal pode promover a formação de redes de apoio, o que aponta para a importância de se desenvolver um ambiente propício para o cuidado, em uma relação de confiança em que os participantes se expressem construindo uma genuína experiência de ensinar e aprender (BERGOLD; ROHR; ALVIM, 2012).

Reafirmando, Rohr (2013) nos revela a importância desta estratégia:

O processo educativo desenvolvido com grupos por si só é fortalecedor de experiências que favorecem o cuidado de si. Isso ocorre pela potência que o grupo exerce diante da necessidade de afiliação apresentada pelo ser humano, bem como pela importância de compartilhar sentimentos, dúvidas, saberes e práticas, relacionados à experiência com uma doença comum a seus integrantes (ROHR, 2013, p. 170).

O autocuidado não deve ser entendido como responsabilidade exclusiva do indivíduo e de sua família, mas também das instituições e do profissional de saúde, que tem o papel de estimular a problematização e o desenvolvimento da autonomia (BRASIL, 2014a).

Uma nova e desafiadora realidade exige construção de novos caminhos para o cuidado, operados com a participação ativa dos sujeitos, com suas necessidades, desejos, limitações, medos e dúvidas.

1.3 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O AUTOCUIDADO EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 E SUA ESTRUTURA POLÍTICA E ORGANIZACIONAL.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu Relatório Mundial do Projeto Cuidados Inovadores para Condições Crônicas publicou que em 2020 as doenças crônicas estarão relacionadas a 80% da carga de doenças nos países em desenvolvimento, onde a aderência ao tratamento chega a ser de 20% (OMS, 2003).

A cronicidade da DM 2 e sua gravidade a tornam uma doença onerosa para os serviços de saúde. Mas há custos inestimáveis, como perda da qualidade de vida, com grande impacto para essas pessoas, seus familiares e sociedade (SBD, 2014). Um esforço compartilhado no sentido de encontrar caminhos que minimizem os danos causados pela DM 2 representa o reconhecimento da corresponsabilidade que nos une, poder público, profissionais de saúde e pacientes em busca de uma atenção à saúde mais resolutiva.

Não apenas os aspectos clínicos da DM 2 devem nortear as condutas para o cuidado adequado mas, sobretudo, as possibilidades de realização do tratamento e a capacidade para o autocuidado, contemplando aspectos socioeconômicos e culturais, além do grau de confiança e o apoio que as pessoas têm para cuidar de si mesmas (BRASIL, 2014a).

A educação voltada para a prevenção e o controle em DM representa um desafio quer para os indivíduos quer para profissionais de saúde, visando alcançar

melhorias no autocuidado, associadas aos hábitos alimentares e à prática de atividades físicas (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Porém, modelos de educação em saúde que despejam conteúdos não contribuem para despertar autonomia e para a formação de sujeitos, afirmativa que encontra suporte no pensamento de Freire (2011b) na crítica a uma concepção de educação que chamou de “bancária”, pela forma de “depósito” de conteúdos em que o educador é aquele que sabe e que escolhe. É o sujeito do processo, em oposição ao objeto que recebe docilmente as decisões tomadas, porque não está em condições de realizar escolhas e não precisa pensar porque pode simplesmente seguir uma prescrição.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) estabelece as diretrizes para educação do paciente com DM, em que afirma que apenas um processo contínuo capaz de desenvolver habilidades para o autocuidado e autogerenciamento que busque mudanças de comportamento positivas pode ser considerado efetivo, e ressalta que o contrário seria simples transmissão de informações. Lembra ainda que a educação em diabetes deve incorporar necessidades, objetivos e experiências de vida dos sujeitos e considerar as evidências científicas.

Essas diretrizes sugerem indicadores de medidas de qualidade de educação em diabetes, lembrando que o principal resultado a ser avaliado é em respeito da mudança comportamental e obtenção de controle sobre a glicemia, perfil lipídico e pressão arterial (SBD, 2014).

Arruda e Silva (2012) nos asseguram que existem no Brasil iniciativas que favorecem a atenção qualificada em diabetes através de políticas de saúde que garantem no campo da legislação direitos às pessoas que convivem com esta condição, mas admitem não saber de que modo estão sendo efetivadas estas políticas e leis nas práticas dos serviços, no âmbito em que se dão as relações de cuidado.

A Automonitorização da Glicemia Capilar em Domicílio (AMGC) foi um método que revolucionou o gerenciamento da DM, sendo hoje preconizado para o controle da magnitude e frequência da hiperglicemia e análise das variações glicêmicas diárias

em usuários de insulina. Permite à pessoa com diabetes lidar de forma mais independente com sua doença e amplia a compreensão sobre os processos que se relacionam às complicações decorrentes dela (SBD, 2011); (KARTER *et al.*, 2001; KARTER *et al.*, 2006, VERAS *et al.*, 2012); (MIRA; CANDIDO; YALE, 2006). Algumas estratégias incipientes muito valiosas merecem destaque.

A disponibilização de fitas reagentes para medidas de glicemia capilar em domicílio para usuários de insulina no SUS pressupõe a oferta de ações de educação em saúde, objetivando o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado facilitando o controle da doença, redução dos riscos de complicações e consequente melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2007). Esta iniciativa, embora calcada em argumentos irrefutáveis, ainda precisa se revelar capaz de produzir os resultados esperados, entre eles e em especial a construção de um processo de atenção em diabetes com foco na capacidade para o autocuidado.

Um estudo realizado em Vitória-ES demonstrou que o percentual das pessoas que retiravam insulina nas farmácias das Unidades de Saúde (US) do município não correspondia àqueles que retiravam as fitas de teste para glicemia capilar em domicílio, e além disso apenas 25% apresentava os resultados das medidas para análise do profissional de saúde (ALVES, 2013).

Com base nesses resultados pode-se entender que as medidas de glicemia capilar por automonitorização não vêm sendo realizadas conforme sugerido em recomendações técnico-científicas (BRASIL, 2013; SBD, 2014). No entanto, os dados não remetem ao entendimento sobre como este recurso vem sendo utilizado em benefício da construção da autonomia, do autocuidado e de melhora no controle metabólico destas pessoas.

Observa-se que embora não sejam inexistentes as tentativas de organização dos processos educativos para o autocuidado, assim como sobre suas definições, ainda se fazem necessárias medidas de maior alcance e visibilidade. Embora haja referência a medidas que envolvem apoio estrutural e de equipe multidisciplinar, não estão garantidas as formas de organização que assegurem este apoio aos usuários dos serviços de saúde.

A possibilidade de proporcionar espaço para exteriorização de problemas enfrentados cotidianamente e discussão das principais dificuldades encontradas pelos participantes da pesquisa poderá favorecer a compreensão da própria situação de saúde vivenciada e colaborar para o seu melhor manejo.

Frente a esta percepção, vislumbro a necessidade de acompanhar pessoas com diabetes, justificada pelos resultados nos principais indicadores de saúde relativos à morbidade e mortalidade relacionadas ao agravo. Ao mesmo tempo, pela experiência acumulada na prática em toda a minha trajetória profissional, reconheço a dificuldade natural dos sujeitos relativa ao tratamento, a novos modos de vida e adoção de hábitos necessários à convivência com esta nova condição. Isto posto, proponho a realização do estudo a partir da criação de grupos de educação em saúde para o autocuidado.

Acredita-se que este estudo possa contribuir com a melhor organização dos serviços de saúde, na medida em que ofereça proposta para um atendimento mais aproximado das reais necessidades dos sujeitos com diabetes.

Diante do exposto, surgiram as seguintes inquietações:

- A intervenção educativa em grupo pode contribuir para o autocuidado no tratamento de pessoas com DM 2 que utilizam insulina? De que forma?
- O enfermeiro pode contribuir para o desenvolvimento do autocuidado de pessoas com DM 2 em uso de insulina?

Neste sentido, o objeto de estudo dessa investigação é: “a contribuição da intervenção educativa do enfermeiro para o autocuidado de pessoas com DM 2 em uso de insulina”.

Para desvelar esse objeto traçamos os objetivos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Propor intervenção educativa a ser desenvolvida para pessoas com DM 2 em uso de insulina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver intervenção educativa como estratégia para o autocuidado de pessoas com DM 2 em uso de insulina.
- Analisar a intervenção educativa desenvolvida para pessoas com DM 2 em uso de insulina.
- Descrever o perfil epidemiológico dos pesquisados.

3 MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A EDUCAÇÃO LIBERTADORA DE PAULO FREIRE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O SUJEITO AUTÔNOMO NA REALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO.

A opção por este autor para subsidiar o estudo do fenômeno “o ensino do autocuidado a pessoa com DM 2” deveu-se ao interesse em suas ideias da educação como prática da liberdade transformadora, capaz de posicionar o homem no centro de sua própria história, condutora de uma trajetória consciente rumo ao comando do próprio destino.

A educação emancipatória de Paulo Freire nos indica um caminho que atribui ao sujeito, ao homem oprimido, seja pela sua realidade social, comum nas minorias sociológicas, ou oprimido pelo desconhecimento de uma enfermidade, doença e falta da compreensão de sua realidade concreta. Esse caminho será via educação que se contraponha aos princípios da educação bancária, domesticadora, mas sim uma educação problematizadora, libertadora.

Nesse contexto, trata-se do ensino do autocuidado da pessoa portadora de DM 2, uma enfermidade crônica, degenerativa, com alto índice de morbidade e mortalidade, promovendo o conhecimento dessa pessoa sobre a doença mediante a educação. O processo educativo deve abordar a pessoa, na sua totalidade, como um ser holístico, com uma enfermidade que a aprisiona, que a oprime, que a escraviza e a leva a condições precárias de vida e saúde e até a morte.

Assim, através de uma estratégia pedagógica usando os fundamentos da educação problematizadora, emancipatória, trabalha-se conteúdos sobre a doença e os seus cuidados, promovendo os conhecimentos necessários às pessoas portadoras da enfermidade. Esses conhecimentos pautados no processo dialógico, da ação-reflexão-ação, visam mobilizar o potencial humano para o autocuidado, gestando, assim, o seu processo de libertação. Usei aqui a educação como prática da liberdade e pedagogia do oprimido (FREIRE, 2011b; 2011c).

Usar esses princípios é concordar com Freire (2011c), quando se refere ao ue importa, realmente, ao ajudar o homem: é ajuda-lo a ajudar-se. É pô-lo numa posição conscientemente crítica diante de seus problemas. E mediante a transição de uma consciência ingênua, alienada, de total desconhecimento de sua realidade concreta, utilizando os princípios da educação problematizadora como fundamentos pedagógicos no ensino do autocuidado, haja a transição da consciência ingênua, alienada, a uma consciência crítica, libertadora. Que significa dizer que essa pessoa, ao se apropriar dos conhecimentos sobre a sua doença, assume de forma consciente os seus cuidados.

Sobre o processo de alienação Freire (2011c) remonta a questões históricas sobre a formação da sociedade atual, que vale mencionar. Alega que nossa trajetória como nação, passando pelos tempos das colônias, nos colocou desde sempre em posição de oprimidos, habituados à obediência servil, ao paternalismo e submissão.

Assim, vivemos todo o nosso período de vida colonial. Pressionados sempre. Quase sempre proibidos de crescer. Proibidos de falar [...] Não nos importa discutir se outra poderia ter sido a política dos colonizadores – aberta, permeável, democrática. O que nos importa afirmar é que, com essa política de colonização, com esses moldes exageradamente tutelares, não poderíamos ter tido experiências democráticas (FREIRE, 2011c).

Transformar a realidade alienada e opressora de uma doença crônica como aquela da pessoa portadora de DM 2 é tarefa humana histórica dos homens, mas o caminho para a libertação, como lembra Freire (2011b), requer que o indivíduo seja ativo e responsável, o que só se conquista pela prática de uma pedagogia problematizadora e humanizadora e estabelecimento de uma relação dialógica permanente. Como libertação de homens e não “de coisas”.

O papel do educador, nesse contexto, é de fundamental importância. O profissional de saúde, em especial o enfermeiro, deve se colocar como mobilizador, questionador, instigador, provocador e problematizador de um conhecimento necessário à aprendizagem da pessoa portadora dessa enfermidade, desmistificando a cientificidade da doença e facilitando a aprendizagem dessa pessoa, que democraticamente deve assumir as responsabilidades de seu

autocuidado e conquistar melhores condições de vida e saúde, mesmo sendo portadora de uma doença crônica degenerativa, como a DM 2.

Neste sentido vale ressaltar que o ensino do autocuidado com base nos princípios da educação libertadora de Freire se antepõe à prescrição formal de cuidados que são transmitidos de uma forma bancária, que consiste na imposição da opção de uma consciência a outra, em que reside seu sentido alienador. É a reflexão que podemos fazer a convite de Freire (2011b).

Refletindo sobre essa realidade no contexto da pessoa com DM 2, observa-se que:

De tanto ouvirem de si mesmos que são incapazes, que não sabem nada, que não podem saber, que são enfermos, indolentes, que não produzem em virtude de tudo isto, terminam por se convencer de sua “incapacidade”. Falam de si como os que não sabem e do “doutor” como o que sabe e a quem devem escutar. Os critérios de saber que lhe são impostos são os convencionais (FREIRE; 2011b, p. 56).

A capacidade de aprender implica na habilidade de apreender a substantividade do objeto aprendido, exclusiva de homens e mulheres que se reconhecem como seres inacabados. Esta condição de inconclusão, própria da experiência vital, possibilita a reconstrução de um mau aprendizado, em que o aprendiz tenha sido um mero paciente da transferência do conhecimento feita pelo educador (FREIRE, 2011a).

Nesse contexto vale lembrar Freire (2011d), quando enfatiza que ninguém caminha antes que aprenda a caminhar, a fazer o caminho, sem aprender a refazer e retocar o sonho que deu início à caminhada.

Trabalhar os conteúdos do ensino para o autocuidado com essas pessoas portadoras DM 2, compreendendo-os como seres sociais possuidores de uma história, de um conhecimento vivido sobre a sua enfermidade, permitindo-lhes a escuta de suas histórias, problematizar o seu cotidiano de dor, medo e sofrimento é possibilitá-los, através de uma relação dialógica, ressignificar o seu espaço humano, como uma pessoa portadora de uma doença crônica que, sabendo manejar a sua doença, é capaz de mantê-la em controle e viver com qualidade de vida.

Assim, a autonomia se desenvolve como processo, não ocorre em data marcada. Vai se constituindo na experiência de inúmeras decisões que vão sendo tomadas, paulatinamente, mas nem por isso sem auxílio, sem contribuição ou apoio. Esse lugar, que significa estar ao lado, acreditamos que caiba aos profissionais de saúde, sem que se esqueçam de que o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros (FREIRE, 2011a).

Compreende-se, com isso:

Um esforço sempre presente à prática da autoridade coerentemente democrática é o que a torna quase escrava de um sonho fundamental: o de persuadir ou convencer a liberdade de que vá construindo consigo mesma, em si mesma, com materiais que, embora vindos de fora de si, sejam reelaborados por ela, a sua autonomia. É com ela, a autonomia, penosamente construindo-se, que a liberdade vai preenchendo o “espaço” antes “habitado” por sua dependência. Sua autonomia que se funda na responsabilidade que vai sendo assumida (FREIRE, 2011a).

Embora respeitadas as escolhas das pessoas com DM 2, o que se propõe não é omissão. O encontro entre o caminho técnico científico e a realidade do sujeito precisa se dar no campo do autoconhecimento e no despertar da autonomia, com o subsídio teórico, os produtos das discussões e reflexões individuais e grupais de uma equipe capaz de apoiar esse processo, respeitando seu tempo, como já nos alertou Freire (2011a).

Freire (2011a), ainda continuando a nos ajudar a refletir, lembra que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Mas, se a estrutura do meu pensamento é a única certa, irrepreensível, não posso escutar quem pensa e elabora seu discurso de outra maneira que não a minha.

Neste sentido, a educação problematizadora abre espaço às discussões e reflexões sobre os sonhos vividos ou simplesmente sonhada, à doença e seus cuidados, às agruras da vida, e sobretudo às possibilidades do vir a ser, na perspectiva de libertação e da esperança.

A educação realizada por aqueles que se comprometem verdadeiramente com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a serem preenchidos por conteúdos, e em uma consciência espacializada e compartimentada, mas basear-se na consciência como intencionada ao mundo e nos homens como seres conscientes, como seres que gestam a sua libertação e juntos libertam o mundo (FREIRE, 2011b).

A palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Por isso, não pode ser dita num ato de prescrição, roubada a palavra aos demais. Assim, não é possível o diálogo entre os que querem a pronúncia do mundo e os que não a querem, entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados desse direito. O diálogo se impõe, então, como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens (FREIRE, 2011b).

Porém, não há diálogo se não há um profundo amor ao mundo e aos homens, se não há humildade e se não há uma imensa fé nos homens. Com essa base, a confiança de um pólo ao outro é uma consequência óbvia, enquanto o diálogo se realiza de modo horizontal. Não há também diálogo sem esperança e sem o pensar verdadeiro, crítico, que se opõe ao pensar ingênuo, em que o importante é a transformação permanente da realidade, para a permanente humanização dos homens (FREIRE, 2011b).

Esta lucidez se faz necessária para quem se propõe a realizar educação em saúde e possibilita compreender que as diferentes formas de conceber a vida e seus desafios conduz a modos variados de comportamento.

Com isso, este estudo é pautado em um método que se apoia em princípios emancipatórios, inspirado em Freire (2011a), como possibilidade de mobilizar o potencial humano para o autocuidado da pessoa com DM 2, acreditando no autor (FREIRE, 2011d) quando nos diz que ensinar é criar possibilidades para a produção e construção do conhecimento, em respeito à autonomia e à dignidade de cada indivíduo. Pois ensinar é um ato criador, um ato crítico e não mecânico.

4 MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) foi pensada por Trentini e Paim (2004) tentando desmistificar a pesquisa mostrando-a acessível à atividade cotidiana dos profissionais de saúde. Tem como resultado do processo de pesquisar o surgimento da autonomia com uma nova relação entre profissional e usuários e melhor qualidade de vida para ambos. Ao longo de uma PCA realizam-se trocas de informação do cotidiano das pessoas, com o propósito de explicitação do saber-fazer como crescente empoderamento. Esta possibilidade de participação dos sujeitos nas decisões sobre o autocuidado favorece o ambiente para a educação libertadora que buscamos, oportunizados pela horizontalidade proporcionada pela PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA se diferencia dos outros métodos por seus pressupostos e conceitos que a especificam em relação à concretude de mudanças ou inovações na prática assistencial, vitalizando o espaço entre assistência e pesquisa de forma simultânea. Considera que o campo da prática de enfermagem é um espaço inesgotável de fenômenos a serem revelados, que se caracteriza como um ambiente onde se desenvolvem teorias pela pesquisa científica. Tem também como pressuposto o entendimento de que o contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa, suscitando inovação e renovação de práticas, unindo o saber-pensar ao saber-fazer. Como pressuposto da PCA, o profissional de saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza (PAIM; TRENTINI, 2014).

O conceito de convergência na PCA remete ao entrecruzamento da assistência com a pesquisa, em que o essencial são os pontos de justaposição entre ambas em contínua ação dialógica de modo a produzir ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho do profissional da assistência, buscando a

concretização de mudanças e ou inovações na prática assistencial em saúde (PAIM; TRENTINI, 2014).

Os conceitos regidos por esta convergência são:

Dialogicidade: o diálogo consiste no instrumento primordial para a concretização das mudanças na prática assistencial;

Expansibilidade: significa que o propósito inicial do pesquisador vai sendo ampliado durante o processo dialógico, ou seja, conforme flexibilidade do método, muito útil diante das possibilidades de surgimento de temas emergentes e de interesse a serem considerados no desenvolvimento do processo assistencial-investigativo;

Imersibilidade: corresponde à exigência da imersão do pesquisador no campo da prática, quando se torna participante do processo de assistência, integração essencial e implícita ao método; e

Simultaneidade: característica fundamental da PCA, é o conceito que se traduz talvez em seu maior desafio, uma vez que é incomum a junção da investigação enquanto se pratica a assistência ou assistir enquanto se desenvolve a investigação, ressaltando que ambas guardam suas configurações de instâncias próprias.

4.1.1 Etapas da PCA

a. Concepção

Para Trentini e Paim (2004) esta é a etapa onde ocorre a escolha do tema. Nesse caso, surgiu das observações ao longo da minha trajetória profissional sobre a difícil relação entre profissionais e pacientes, sobretudo com condições crônicas, na definição dos planos de cuidado. Incomodou-me a sensação de que, embora tenhamos tentado avançar ao longo dos últimos anos, agravos como a diabetes vêm acelerando a passos largos.

Esta etapa ainda representa o direcionamento da questão guia, a definição dos objetivos da pesquisa, a revisão de literatura sobre o tema e a elaboração de conceitos e pressupostos (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

b. Instrumentação

Nesta etapa são traçados os procedimentos metodológicos e sua estrutura, que incluem a escolha do espaço da pesquisa, dos participantes e das técnicas para obtenção e análise das informações (TRENTINI & PAIM, 2004). Caracteriza-se pela fase em que as estratégias são definidas e utilizadas para a obtenção de informações. É também a etapa em que os participantes potenciais do estudo são identificados.

c. Perscrutação

A fase de perscrutação inclui a coleta e o registro dos dados, que se destinam a obter informações com dupla intencionalidade: produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o aperfeiçoamento do cuidado prestado pela enfermagem (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

A fase de aproximação se fez necessária, visto que a indissociável característica de associar estudo e prática de assistência implica em envolvimento direto ou indireto dos profissionais locais. Consistiu também no momento em que foram explicitadas as condições da pesquisa, possíveis benefícios e riscos e atendimento de dúvidas e questionamentos. O registro descritivo das observações e o entrecruzamento de falas, de pausas e comportamentos dos participantes do estudo compõem a força de aproximação do pesquisador com o fenômeno pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2004).

d. Análise e interpretação dos dados

A análise das informações ocorre simultaneamente à sua coleta e ao processo de assistência, característica intrínseca ao método. Na análise e interpretação das

informações há quatro processos genéricos a serem considerados, quais sejam: apreensão, síntese, teorização e recontextualização (TRENTINI; PAIM, 2004).

O processo de apreensão é uma etapa que se inicia com a coleta dos dados. Antes de tudo é preciso que o relato das informações esteja organizado, para facilitar a codificação, ou seja, para reconhecer as informações, palavras, frases, parágrafos ou temas-chave persistentes, permitindo a apreensão do significado das mesmas. Com isso, se faz necessária a identificação do tipo de informação para a posterior transcrição.

Na PCA o processo de apreensão deverá incluir também informações referentes ao processo de assistência (TRENTINI; PAIM, 2004).

Já na etapa de interpretação encontramos os processos de síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004).

A síntese é a fase em que se examinam subjetivamente as associações e variações das informações encontradas no processo de apreensão. Momento em que o pesquisador deve imergir nestas informações e conquistar familiaridade com elas, desenvolvendo um profundo trabalho intelectual.

Na teorização, é preciso descobrir os valores contidos nas informações, que auxiliam a formular pressupostos e questionamentos, elevando-as a altos níveis de abstração. A partir daí, é imprescindível a formulação de novos conceitos, suas definições e inter-relações, constituindo as conclusões do estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

O processo de transferência, também chamado de recontextualização, consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas, buscando contextualizá-los em situações similares, socializando resultados singulares, arriscando a justificação de adaptações que venham a ser feitas (TRENTINI; PAIM, 2004).

Segundo Trentini e Beltrame (2006), a PCA se caracteriza pela propriedade de articulação onde há possibilidade de obter informações sobre as experiências dos participantes do estudo e simultaneamente orientar a prática assistencial. Ocorre

principalmente de modo presencial, mais intensivamente na coleta de informações, quando pesquisadores e participantes se envolvem em ambas as atividades (PAIM; TRENTINI; MADUREIRA; STAMM, 2008).

Porém, como ressaltam Trentini e Paim (2004), na PCA a articulação com a prática assistencial é intencional. O movimento de proximidade e afastamento entre a pesquisa e a prática se constitui em uma ponte interativa e se mostra em claro delineamento, onde fica respeitada a autonomia de cada um dos processos. Portanto, esta interligação não significa que as duas atividades têm características idênticas. A imersão do pesquisador na assistência se torna aliada ao processo de humanização. Sua participação em todo o tempo da pesquisa, tanto na investigação como na prática, consubstancia afinidades na intenção de gerar mudanças e compor novos e concretos modos de saber-fazer as ações de saúde (PAIM; TRENTINI; MADUREIRA; STAMM, 2008; BONETTI; SILVA; TRENTINI, 2013). Da mesma forma o trabalho dos profissionais de saúde facilita a obtenção de informações dos pacientes, de quem está sempre próximo, por isso a entrevista se caracteriza como uma conversação e será conduzida durante o próprio trabalho do pesquisador (TRENTINI; LENARDT, 2014).

Há ainda uma intencionalidade posta na proposta deste estudo, pois existe uma aplicabilidade cada vez maior da PCA, nas pesquisas da área da saúde, especialmente na enfermagem (LACERDA *et al.*, 2008; TRINDADE; FERREIRA, 2009; REIBNITZ *et al.*, 2012; BERGOLD; ROHR; ALVIM, 2012; PIVOTO *et al.*, 2013; ROHR, 2013; SANTOS, 2014; MATOS, 2015).

Assim sendo, a escolha do referencial metodológico mencionado deu-se com base no entendimento de que suas características vão ao encontro do que se pretende investigar. A PCA poderá oportunizar a apresentação de uma proposta de intervenção capaz de qualificar a assistência em DM, condição que requer capacidade de autocuidado para respostas mais efetivas nos resultados do tratamento.

5 MÉTODO

Com o propósito de realizar uma pesquisa com pessoas cuja semelhança é, sobretudo, a presença de uma condição crônica, optou-se por um caminho metodológico capaz de atender a certas especificidades.

A escolha da abordagem qualitativa se deveu à preocupação em perceber os sinais implícitos nas linguagens oral e corporal dos sujeitos, compreendendo as experiências individuais e do grupo que não podem ser quantificadas ou reduzidas em variáveis, o que caracteriza este tipo de pesquisa (MINAYO, 2008).

O estudo qualitativo comporta interpretar experiências do senso comum, incorporando a subjetividade social. Conduz a verdade do sujeito, as representações sociais, as crenças, os valores, as práticas e atitudes sobre a saúde e a doença (MINAYO, 1992).

Ao descrever as características de uma determinada população, especificando detalhes de um grupo, classificar e interpretar os dados coletados também é considerado um estudo descritivo (RUDIO, 2004; GIL, 2010).

Buscou-se a PCA por se tratar de uma modalidade orientada para a resolução ou minimização de problemas com realização de mudanças e inovações nas práticas de saúde e participação ativa dos sujeitos, articulando pesquisadores e pesquisados em uma relação de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM, 2004).

Por sua natureza versátil, este modelo de pesquisa propicia o uso de métodos combinados na coleta e na análise de informações de forma concomitante, o que dificulta o registro de todos os dados durante o processo da pesquisa-assistência (MARAGNO, 2011). Como forma de minimizar esse problema optou-se pela gravação da discussão dos participantes, com autorização prévia, e transcrição posterior sem identificação, conforme explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE A).

Como em todo planejamento para qualquer projeto de pesquisa, seguiu-se as etapas da PCA no desenvolvimento do método.

A investigação foi realizada no CMEV Dr Aprígio da Silva Freire, um serviço que pertence à rede de atenção à saúde da SEMUS de Vitória-ES, localizado na Avenida Dário Lourenço de Souza, 120, Mario Cypreste, em frente ao Centro Esportivo “Tancredão”. É um prédio de seis andares com 829 m² de área construída por andar, 46 consultórios médicos, nove consultórios odontológicos, um consultório de enfermagem, setor de fisioterapia adulto e infantil, laboratório de prótese dentária, central de material esterilizado, auditório, salas para pequenas cirurgias, eletrocardiograma, endoscopia, radiografia odontológica, sala para reuniões, almoxarifado, instalações de banheiro, cozinha e copa distribuídos por andar, além de espaços administrativos e de recepção e agendamento. Possui ainda ambiente para estabilização de pacientes em caso de intercorrências com suporte básico para urgências. As recepções de cada andar acomodam em média 30 pessoas sentadas, com chamadas eletrônicas por monitores, na ordem do agendamento, respeitadas as prioridades por necessidades especiais e de idade. A estrutura ainda comporta quatro elevadores, sendo um próprio para transporte de macas, e saídas de emergência sinalizadas com rotas de fuga e porta corta-chamas.

O CMEV concentra a atenção especializada para onde são referenciados os usuários a partir das 30 US de Atenção Básica do município. O público-alvo compreende os municípios de Vitória, totalizando uma estimativa de 348.265 (IBGE, 2013). Atende no horário entre 7 e 20 horas de segunda a sexta-feira, a partir de consultas agendadas previamente pelas US de origem do usuário e conforme disponibilidade das vagas que são organizadas pela Central de Regulação com uso do Sistema de Regulação (SISREG). A partir do primeiro atendimento do especialista, este poderá solicitar retorno e sugerir uma data prevista conforme necessidade de cada caso. Esta informação é registrada no sistema informatizado e próprio da SEMUS, a Rede Bem Estar (RBE), podendo ser visualizada em tempo real nos setores de marcação de especialidades das US, e serve para nortear os funcionários deste setor para a procura de vagas no SISREG com datas mais aproximadas às solicitadas pelos especialistas.

A ausência da solicitação de retorno na RBE deve ser compreendida por falta de indicação do mesmo. Considerando que todas as informações relativas aos atendimentos são colocadas em rede através dos prontuários eletrônicos, entende-

se que a partir do momento em que o especialista deixa de solicitar retorno deverá orientar a continuidade do cuidado pela equipe de profissionais da US, à qual o usuário continua vinculado. Estão concentrados no CMEV os atendimentos em fisioterapia, nutrição, enfermagem, terapia ocupacional, acupuntura, especialidades odontológicas, neurologia, neuropediatria, ortopedia e traumatologia, dermatologia, endocrinologia, reumatologia, gastroenterologia, angiologia, urologia, proctologia, psiquiatria, cardiologia, oftalmologia, pré-natal de alto risco e alguns exames como eletrocardiograma, eletroencefalograma, endoscopia digestiva e exames de imagem.

Como enfermeira deste serviço o acesso aos prontuários eletrônicos é uma das atividades rotineiras e desta forma os dados para a primeira etapa do estudo puderam ser coletados. Durante as leituras realizadas nestes documentos, pôde-se perceber lacunas no acompanhamento dos sujeitos, com intervalos extensos entre as consultas médicas na atenção básica e sobretudo na especialidade, irregularidade na solicitação ou realização de exames, ausência ou irregularidade nas intervenções educativas e também de atendimentos multidisciplinares.

Esta percepção preocupa por se tratar de sujeitos cujas características relativas à cronicidade e complexidade referentes ao agravo presente requerem um plano de cuidados que vá ao encontro de um dos princípios básicos do SUS, o da integralidade (BRASIL, 1990.; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b), condição muitas vezes não garantida no âmbito dos serviços de saúde.

Fotografia 1 - Centro Municipal de Especialidades de Vitória-ES



Fonte: <http://saudetambemdependedevoce.blogspot.com.br>

Selecionaram-se participantes entre pessoas de ambos os sexos com idade igual ou maior que 30 anos¹. Relacionaram-se aqueles com diagnóstico médico de DM 2, que utilizam insulina em seu tratamento, que tinham frequentado o Centro Municipal de Especialidades nos últimos doze meses para uma consulta da especialidade endocrinologia e cuja hemoglobina glicada tivesse sido $\geq 7\%$ nos últimos três meses².

1 Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade, com maior aumento a partir dos 35 anos, chegando a atingir pessoas com 65 anos ou mais (VIGITEL, 2012).

2 Hemoglobina glicada, glicosilada ou glico-hemoglobina, também conhecida pelas siglas A1C e HbA1C, indica o percentual de hemoglobina que se encontra ligada à glicose. Como ele reflete os níveis médios de glicemia ocorridos nos últimos dois a três meses, é recomendado que seja utilizado como um exame de acompanhamento e de estratificação do controle metabólico. Tem a vantagem de não precisar de período de jejum para sua avaliação (BRASIL, 2013).

No local de estudo estavam cadastrados 1.495 atendimentos por endocrinologistas no CMEV, com registro do Código Internacional de Doenças (CID) com classificação E11, no período dos 12 meses antecedentes ao mês de início da coleta dos dados. Após vários contatos telefônicos, alguns sem atendimento, outros cujo número não conferia com o registrado em nome do paciente, foram agendadas 27 entrevistas, sendo que em 20 houve êxito. Dos contatos bem sucedidos, houve apenas uma recusa expressa em participar da entrevista e sete pessoas agendaram e não compareceram.

Foram excluídos da seleção:

- Mulheres com diabetes gestacional, por entender que esta é uma fase transitória na vida; e
- Pessoas com diagnóstico de doenças psiquiátricas.

Os dados foram coletados a partir de análise documental, entrevista individual e desenvolvimento do grupo de convergência. Inicialmente realizou-se levantamento através do acesso à RBE, que é um sistema informatizado integrado da SEMUS de Vitória. Para gerar a Ficha de Produção Ambulatorial Eletrônica com os dados desejados, aplicaram-se os seguintes filtros: período mencionado, idade (igual ou maior a 30 anos), ambos os sexos, procedimento consulta médica, CBO 225155, descrição médico endocrinologista e metabologista, nenhum capítulo selecionado, CID selecionado- E11, US CMEV. Aleatoriamente foram pesquisados os prontuários eletrônicos de pessoas cujo nome constava na lista, pelo campo “PESQUISAR” acessível à pesquisadora enquanto enfermeira, com uso de sua senha funcional.

Nos prontuários buscou-se identificar os critérios necessários à inclusão do sujeito no estudo e se havia algum dos critérios de exclusão; nesses casos esta seleção foi descartada, criando assim uma relação de possíveis participantes. No acesso aos

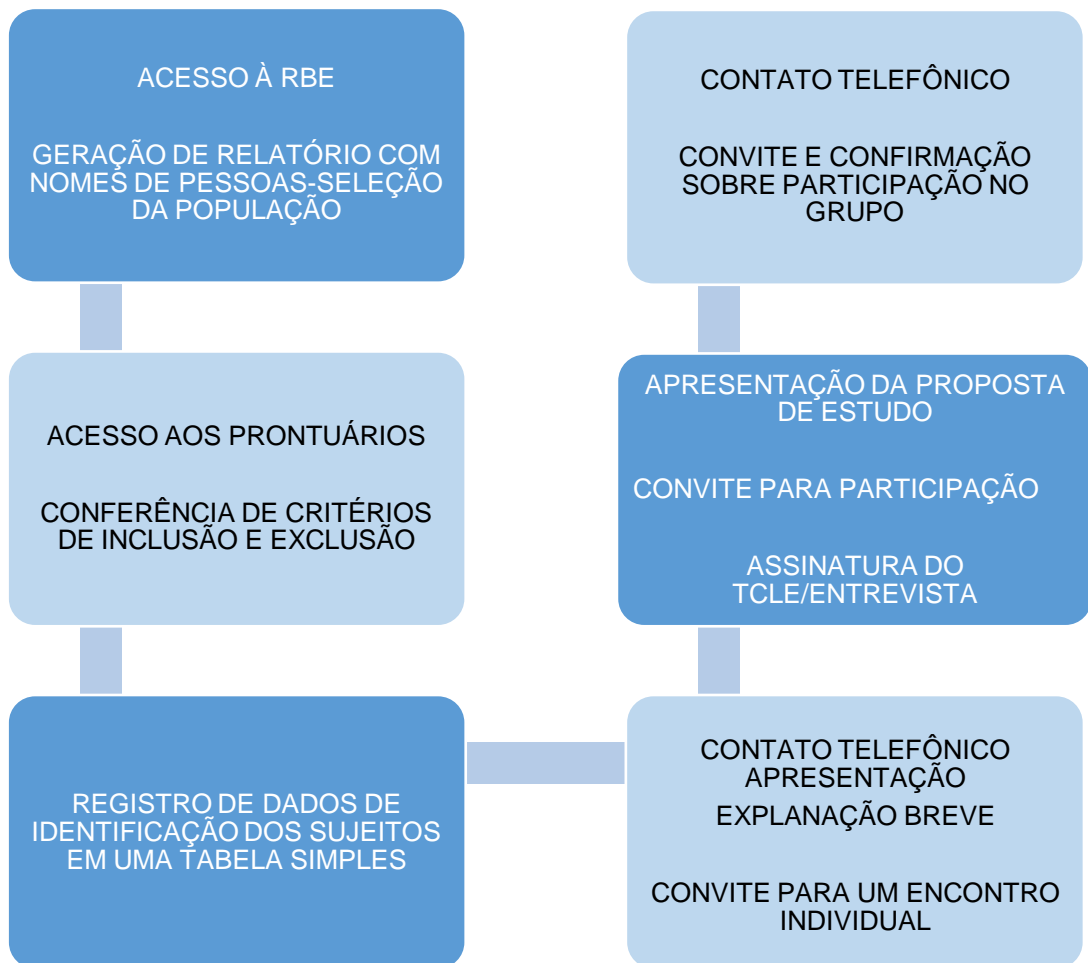
prontuários anotaram-se os números de telefone que possibilitaram posterior contato. Nesta primeira abordagem, por telefone, a pesquisadora se identificou e esclareceu como teve acesso aos dados pessoais, explicando o teor da pesquisa e convidando para um encontro onde maiores esclarecimentos poderiam ser dados.

Esses encontros foram realizados no CMEV, na US próxima ao endereço do sujeito e também em sua residência, conforme manifestação de interesse. Nesse contato pessoal, após apresentação da proposta, nos casos de concordância com sua inclusão no estudo o sujeito leu e assinou o TCLE (APÊNDICE A), ficando uma via sob a guarda da investigadora e a outra com o participante.

Nessa fase o entrevistador seguiu um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE B), contendo variáveis socioeconômicas e clínicas dos sujeitos, com informações que caracterizam o sexo, idade, raça/cor, escolaridade, religião, constituição e renda familiar, ocupação, além da presença de comorbidades/fatores de risco, tempo de diagnóstico e tipo de tratamento, dados retirados do prontuário eletrônico. Após a entrevista, a pesquisadora definiu a composição do grupo de convergência, seguindo a recomendação de Trentini e Gonçalves (2000) de se formarem grupos de convergência com oito a dez participantes; um grupo foi constituído das pessoas selecionadas nas entrevistas e que aceitaram o convite (QUADRO 1).

Na forma como se caracteriza a PCA, grupos de convergência devem ser estruturados, assim como se faz necessário que o seu desenvolvimento siga com rigor todas as suas etapas, para que o pesquisador possa se apropriar do método e para que seja alcançado o objetivo proposto.

Quadro 1. Seleção dos sujeitos para a pesquisa.



Fonte: a autora.

❖ Desenvolvimento do grupo de convergência

- Primeiro encontro

A discussão foi provocada pela seguinte pergunta norteadora: “Como eu me cuido com relação à diabetes?”

O grupo foi estimulado a expor suas experiências pessoais enquanto o pesquisador buscou não interferir, na expectativa de deixar livre a circulação dos depoimentos,

neste primeiro momento. Na sequência, outra pergunta foi apresentada para motivar a reflexão e debate: “O que eu acho necessário fazer para me cuidar?” Outras questões poderiam surgir e para manter a direção proposta para a coleta de dados, o pesquisador fez a moderação, no sentido de conduzir o debate, mantendo o foco no tema central, mas apresentando informações solicitadas pelo grupo.

Nesse momento iniciou-se a fase da análise, que ocorreu simultaneamente aos processos de assistência e coleta de dados facilitando a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações e possibilitando interpretações e preenchimento de vazios ao longo do processo.

- Segundo encontro

Nesta oportunidade foi apresentada a seguinte pergunta: “Quais as dificuldades que eu encontro para me cuidar?” A intenção maior foi proporcionar a escuta, porém, em todos os momentos houve interlocução com a pesquisadora.

- Terceiro encontro

A pergunta proposta foi: “O que fazer para lidar com as dificuldades em cuidar da minha diabetes?” Nesse instante, além de oportunizar as falas livremente, a pesquisadora apresentou sugestões para que fossem avaliadas pelo grupo como possibilidades de mudança, sugerindo a escolha de um dos aspectos do autocuidado. Alguns participantes mencionaram o que, para eles, representava maior desafio e o grupo se propôs a refletir a respeito de como lidar com as dificuldades no dia a dia com a diabetes, sugerindo soluções.

- Quarto encontro

Este foi o último momento para fins deste estudo. Os participantes refletiram sobre os avanços alcançados durante a intervenção educativa e como foi transformar dificuldade em tentativa de mudança. Foram estimulados os depoimentos abertos e livres, sem julgamento. O grupo pôde usar cada relato para sugerir estratégias uns aos outros. A pesquisadora, então, estimulou a valorização do autocuidado e sua melhoria com a qualidade de vida.

Ao passo em que ocorria a intervenção educativa com o grupo a pesquisadora reunia informações, pois não se dissociam momentos de pesquisa e de assistência durante o processo do estudo, neste método (TRENTINI & PAIM, 2004). Audições e repetidas leituras do material produzido, com análise minuciosa, buscaram uma compreensão mais justa e compatível com a realidade.

A análise de discurso (AD) francesa subsidiou a etapa de análise e interpretação dos dados transcritos. Esta opção considerou que a linguagem não é transparente e só faz sentido porque se inscreve na história. A palavra discurso traz consigo o sentido etimológico de curso, movimento, percurso, palavra em movimento. Assim, o estudo do discurso observa o homem falando. Permite conhecer melhor aquilo que faz do homem um ser especial com sua capacidade de significar e significar-se, possibilita compreender a exteriorização da linguagem enquanto parte do trabalho constitutivo do homem e da sua história (ORLANDI, 2013).

Na AD o pesquisador deve relativizar sua posição diante à interpretação da linguagem, que varia de acordo com cada sujeito e a realidade ou contexto vivenciado por ele (ORLANDI, 2013).

Segundo Orlandi (2013) quando nascemos os discursos já estão em processo, o que não significa que a língua e a história não nos afetem de modo singular. Elas se realizam em nós em sua materialidade, na forma não abstrata, onde não se separa forma e conteúdo: forma linguístico-histórica, significativa. A AD não procura o sentido “verdadeiro”, mas o real do sentido em sua materialidade linguística e histórica. Critica a prática das Ciências Sociais e a da Linguística, enquanto reflete

sobre como a linguagem se materializa na ideologia e como esta se manifesta na língua. Ao mesmo tempo, observa que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua, assim, trabalha a relação língua-discurso-ideologia.

Para o processo de análise desse estudo utilizaram-se os elementos discursivos descritos por Orlandi (2013), na medida em que surgiram nos fragmentos de discurso selecionados entre o conjunto de dados registrados, nos quais ressaltam-se: polissemia, paráfrase e metáfora.

Na paráfrase em todo dizer há sempre algo que se mantém, com retorno constante ao mesmo espaço dizível. Na polissemia temos o deslocamento ou ruptura dos processos de significação. Na metáfora ocorre substituição contextual, com uso do simbólico, nos deslizamentos dos sentidos (ORLANDI, 2013).

A materialidade discursiva na AD nos permite compreender como os sentidos e os sujeitos se constituem no texto, que só é objeto de interesse enquanto unidade que possibilita ter acesso ao discurso. O texto é a unidade de análise afetada pelas condições de produção. É, sobretudo, lugar de jogo de sentidos, de funcionamento de discursividade (ORLANDI, 2013).

Neste estudo, a análise não se utilizou do texto produzido pelo registro dos encontros entre os participantes do grupo de convergência, nem como ponto de partida, nem de chegada, mas, com base na AD, utilizou-se deste como objeto de interpretação, produtor de sentidos (ORLANDI, 2013).

6 QUESTÕES ÉTICAS

A solicitação para realização da pesquisa seguiu as orientações do documento “Manual de Orientações: Pesquisa em Saúde no Município de Vitória-ES” conforme a SEMUS (VITÓRIA, 2014).

Cumprindo as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e em especial para proteção dos participantes desse estudo, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde-UFES sob registro do Parecer N° 833.871 (ANEXO A).

7 RESULTADOS

Estão apresentados em dois manuscritos que serão submetidos a periódicos científicos após análise da banca examinadora.

O primeiro manuscrito refere-se à análise do desenvolvimento da intervenção educativa com os sujeitos, intitulado “Pesquisa convergente assistencial em grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina”.

O segundo manuscrito apresenta a elaboração da proposta de intervenção educativa para pessoas com DM 2 em uso de insulina, respondendo assim aos objetivos do estudo, intitulado “Proposta de intervenção educativa em diabetes mellitus tipo 2: uma estratégia para a prática do autocuidado”.

Os resultados desse estudo possibilitaram ainda o desenvolvimento de um produto denominado Guia de Bolso (APÊNDICE A), que poderá subsidiar as equipes de saúde sejam elas do serviço público ou privado, que assistam pacientes com a referida condição, propiciando o desenvolvimento de intervenção educativa com essa clientela, embasada nos princípios de Paulo Freire.

7. 1 PROPOSTA DE ARTIGO 1

Pesquisa convergente assistencial em grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina*.

Resumo

Objetivo: Analisar a intervenção educativa desenvolvida em grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 como estratégia para o autocuidado. **Método:** Pesquisa Convergente Assistencial, subsidiada pelo referencial teórico de Paulo Freire, desenvolvida em um Centro Municipal de Especialidades de Vitória, ES, Brasil. Seleccionadas pessoas com diabetes mellitus tipo 2, de ambos os sexos, idade ≥ 30 anos, em uso de insulina, hemoglobina glicada $\geq 7\%$ e consulta com o endocrinologista nos últimos doze meses. Constituiu-se um grupo de convergência com proposta de quatro encontros de duração média de 90 minutos e intervalo semanal. Perguntas norteadoras estimularam as discussões. A análise de discurso francesa subsidiou a etapa de análise e interpretação dos dados. **Resultados:** Participaram 12 sujeitos com média de idade de 63 anos. O diálogo problematizador apontou como temática significativa entre os sujeitos a alimentação e atividade física, representando um desafio para a enfermagem, que ainda adota uma prática de cuidado prescritiva. **Conclusão:** O desenvolvimento da intervenção educativa apoiada nos princípios de Paulo Freire propiciou aos participantes a ação-reflexão a respeito das questões relacionadas à prática do autocuidado.

Descritores: Diabetes Mellitus; Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Educação em Saúde; Enfermagem

Abstract:

Convergent Care Research on a group of persons with type 2 diabetes mellitus using insulin.

*Manuscrito extraído da dissertação "Proposta de intervenção educativa para pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina: uma contribuição para a prática do autocuidado", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. 2015.

Objective: Analyze educational intervention carried out among a group of people with type 2 diabetes mellitus as a strategy to self-care. **Method:** Convergent care study based on the theoretical framework by Paulo Freire carried out in a Municipal Center for Specialties in Vitoria, ES, Brazil. Sample made up of individuals with type 2 diabetes mellitus, of both sexes, age ≥ 30 years, using insulin, glycated hemoglobin $\geq 7\%$, and who have had consultations with endocrinologists in the past 12 months. The convergence group was made up to have four 90-minute meetings, one per week. The guiding questions led the discussions. French discourse analysis supported the analysis and data interpretation stages. **Results:** 12 subjects with average age of 63 participated. The questioning dialogues showed that eating and exercise were significant themes among the individuals. This poses a challenge to nursing, which still adopts prescriptive care practice. **Conclusion:** The development of educational intervention based on the Paulo Freire principles allowed participants to act-reflect on questions concerning self-care.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Diabetes Mellitus, Type 2; Self Care; Health Education; Nursing

Introdução

A expansão da diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) face à maior urbanização e à maciça exposição aos seus fatores de risco requer adoção de estratégias inovadoras de atenção à saúde para que os sujeitos conheçam e saibam lidar com o problema de forma independente⁽¹⁻²⁾.

De modo geral, os hábitos de vida que estão associados ao risco de adoecer por diabetes contribuem para a DM 2, tais como sedentarismo e alimentação rica em gorduras e carboidratos. Ao menos que se faça algo, até 2030, a diabetes alcançará 552 milhões de pessoas no mundo, podendo ser retardada ou prevenida se houver intervenções sobre a modificação do estilo de vida das populações⁽³⁾.

Parte do tratamento da doença requer que os pacientes adotem medidas de autocuidado, pautadas na mudança de estilo de vida, traduzidas posteriormente em redução das suas complicações⁽⁴⁾.

A adesão constitui-se no maior desafio no atendimento ao usuário com DM 2⁽⁵⁾ e sua ausência está relacionada diretamente à falta de conhecimento⁽⁶⁾. O contrário não garante por sua vez mudança de atitude frente às demandas impostas pelo cotidiano do tratamento⁽⁵⁾.

Em uma vida modificada por dificuldades diárias a adesão ao tratamento ocorre gradativamente e se beneficia de modos de cuidar que envolvem parceria com a família e equipe multiprofissional de saúde, em particular com o enfermeiro⁽⁵⁻⁷⁾.

Os pacientes, principais interessados, devem ser estimulados para o autocuidado⁽⁸⁾. Contudo, propostas de educação em saúde em DM 2 devem se basear em postura dialógica e troca de saberes, pois profissionais e usuários têm muito que ensinar e aprender⁽⁵⁾, direção indicada pela educação emancipatória de Freire⁽⁹⁾, referencial que embasou este estudo.

Observa-se, comumente, modelos de educação em saúde que despejam conteúdos, repetindo formatos aprendidos nas academias. Mas essa postura, mesmo quando legitimada por boas intenções, caracteriza o que Freire⁽⁹⁾ denomina educação “bancária”, um modelo de “depósito” de conhecimento, impeditivo da aventura criadora de homens e mulheres para quem pensar é algo mais rico que repetir a lição dada⁽¹⁰⁾.

Em consonância com a proposta da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), método inspirado pela prática cotidiana de enfermagem, com seus pressupostos de que é preciso superar problemas a partir do envolvimento ativo dos sujeitos⁽¹¹⁾ e confluindo com o pensamento de Freire⁽⁹⁾ buscou-se realizar uma intervenção educativa como contribuição do enfermeiro para o autocuidado de pessoas com DM 2.

Nesse sentido, o estudo objetivou: Analisar a intervenção educativa desenvolvida em grupo de pessoas com DM 2 como estratégia para o autocuidado.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, pautado na metodologia da PCA⁽¹¹⁾. As autoras intencionaram especialmente desmistificar a pesquisa apresentando um método acessível à atividade cotidiana da enfermagem, que buscasse resolver ou minimizar problemas, introduzir novas práticas de cuidado, envolver pesquisadores e pesquisados em uma relação de cooperação mútua e articular processo de pesquisa e de assistência em saúde.

A investigação foi realizada no Centro Municipal de Especialidades Dr. Aprígio da Silva Freire (CMEV), um serviço que pertence à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória, ES, Brasil no período de outubro de 2014 a maio de 2015.

Foram selecionadas pessoas de ambos os sexos com idade igual ou maior que 30 anos com diagnóstico médico de DM 2, que utilizavam insulina, com hemoglobina glicada (HbA1C) igual ou maior que 7% no último trimestre e com uma consulta com o endocrinologista nos últimos doze meses no CMEV.

Na primeira etapa levantaram-se 1.495 atendimentos de pessoas com DM 2 por endocrinologistas no CMEV no período dos 12 meses antecedentes ao mês de início da coleta dos dados. De forma aleatória, e respeitando-se os critérios de inclusão na pesquisa, foram realizados contatos telefônicos com confirmação da apresentação do estudo para 27 sujeitos. Dos contatos bem-sucedidos, houve apenas uma recusa expressa em participar da fase de entrevista e 20 compareceram conforme agendamento prévio.

Ao início da pesquisa todos receberam esclarecimentos sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, uma permanecendo com o participante e outra com a pesquisadora, que também assinou o documento, cumprindo assim as recomendações da Resolução 466/2012. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, sob registro nº 833.871.

Para a fase de entrevistas foi elaborado um formulário estruturado com características socioeconômicas e clínicas dos participantes. Ao final, constituiu-se um grupo com 12 participantes a partir do interesse em participar da intervenção educativa. Para o grupo de convergência próprio da PCA⁽¹¹⁾ houve a proposição de quatro encontros, com duração média de uma hora e meia e intervalo semanal.

Quatro perguntas norteadoras relacionadas ao autocuidado em diabetes se distribuíram em duas no primeiro encontro e uma a cada encontro seguinte, consecutivamente conforme mencionadas a seguir: Como eu me cuido com relação à diabetes?; O que eu acho necessário fazer para me cuidar?; Quais as dificuldades que eu encontro para me cuidar?; O que fazer para lidar com as dificuldades em cuidar da minha diabetes?

Embora o planejamento da intervenção educativa, incluindo as perguntas norteadoras, tenha inevitavelmente sido influenciado pelas práticas vivenciadas pela pesquisadora, manteve-se o

firme propósito de realizar a experiência de uma relação horizontal inspirada no diálogo e na confiança, cumprindo sua finalidade libertadora⁽⁹⁾.

Para organização dos dados coletados, cada encontro foi registrado em recurso de áudio (gravador portátil marca SONY, modelo ICD-PX240) e posteriormente transcrito integralmente, na sequência em que ocorreram as falas. Após cada encontro, e ao final desta etapa do estudo, procedeu-se nova audição dos dados, para unir informações comuns e aquelas relatadas em diferentes momentos pelos participantes do estudo. Foram utilizadas convenções de transcrições para conferir a materialidade linguística do corpus, indicando elementos importantes para a análise.

A AD subsidiou a etapa de análise e interpretação dos dados transcritos⁽¹²⁾. Na AD o pesquisador deve relativizar sua posição diante à interpretação da linguagem, que varia de acordo com cada sujeito, e á realidade ou contexto vivenciado por ele⁽¹²⁾.

Resultados e Discussão

Os participantes foram dispostos em círculo e a partir das questões norteadoras os temas geradores emergiram do grupo por meio do diálogo problematizador, pautado no interesse coletivo. Temas geradores influenciados pela realidade estimularam reflexões críticas discutidas no grupo, condição necessária para a tomada de consciência e participação ativa dos sujeitos no processo educativo⁽⁹⁾.

Realizaram-se quatro encontros com total de 12 sujeitos conforme a metodologia proposta, tendo 11 participantes na primeira semana, 8 na segunda e 7 nas duas últimas, cujas características sociodemográficas e clínicas estão demonstradas no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1. Perfil epidemiológico dos participantes do grupo de convergência. Vitória, ES, 2015.

Participantes	Sexo	Idade	Raça/Cor	Escolaridade	Renda familiar (Real)	Tempo de DM (anos)	Tempo de insulina (anos)	HbA1c (%)	CA (cm)	I M C (Kg/m ²)	Tabagismo
P1	F	68	B	4	5.000	15	5	11	114	29,17	Não
P2	F	61	N	2	888	26	5	8,7	107	36,48	Não
P3	F	72	N	1	1.500	10	1	12,5	82	23,4	Não
P4	F	71	P	3	1.500	22	2	7,9	76	19,11	Não
P5	F	66	B	1	2.000	7	***	8,1	89	24,24	Não
P6	F	58	P	3	700	5	3	11	124	43,73	Não
P7	F	61	N	2	2.800	10	4	7,3	100	31,84	Não
P8	F	55	B	2	1.500	15	10	9	106	28,94	Não
P9	F	62	B	2	**	7	5	8,1	95	27,35	Não
P10	F	59	N	3	1.100	17	6	11,7	88	26,49	Não
P11	M	67	B	2	1.700	15	3	8,1	94	27,7	Não
P12	M	57	B	2	6.000	12	1	10,8	109	29,76	Sim

P1, P5, P6 e P7 são ex-fumantes.

Legenda: Raça: Branca(B); Negra(N); Parda(P). Escolaridade: Escreve/lê*(1); Ensino Fundamental Incompleto(2); Ensino Fundamental Completo(3); Superior Incompleto(4). *Sabe ler e escrever minimamente sem nunca ter frequentado escola.**Não informa***4 meses.

Fonte: a autora.

Os doze participantes possuem idade entre 55 e 72 anos; 10 são mulheres, corroborando com o predomínio do sexo feminino encontrado nas amostras em outros estudos⁽¹³⁻¹⁴⁾, sabendo-se que a população feminina é prevalente e os homens procuram menos os serviços de saúde⁽¹⁵⁾. Metade se declara de raça branca, corroborando com o estudo realizado em Florianópolis, SC⁽¹⁶⁾. Sete sujeitos possuem ensino fundamental incompleto, o que pode influenciar seu conhecimento e atitude frente aos problemas de saúde⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O tempo de diagnóstico varia entre 5 e 26 anos e ressalta-se a média de idade de 63 anos dos participantes, lembrando que o DM 2 é um agravo de longa duração, muitas vezes descoberto por volta de 50 anos de idade⁽¹⁾. A obesidade visceral está presente em 7 participantes mulheres e 1 homem, elevando a probabilidade de intercorrências médicas, dificultando o controle glicêmico e a proteção cardiovascular naqueles cuja circunferência abdominal é $\geq 88\text{cm}$ para mulheres e $\geq 102\text{cm}$ para homens⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Discursos identificados a partir dos grupos de convergência

Temas geradores em interação se intercalaram permanentemente no diálogo problematizador, com destaque para as situações limites no gerenciamento da doença, relacionadas à alimentação, atividade física, medicação e sentimentos, compondo o universo temático mínimo e de onde emergiram os temas geradores alimentação e atividade física.

Os participantes do grupo demonstraram interesse diferenciado pelas questões que circundavam o cuidado com a alimentação, haja vista sua predominância nos fragmentos discursivos. Os aspectos relacionados às mudanças alimentares surgiram com uma expressão marcante nos discursos parafrásticos de P9 e P10 que apontam a dificuldade em se manterem sem o uso do açúcar e em instituir uma alimentação saudável para toda a família.

A alimentação no início pra mim foi muito difícil por causa do açúcar, do doce... comia bombom escondido, era aquela guerra! (P9)

Tem hora que a gente quer comer uma coisa e não pode... muito complicado... na minha casa eu não faço almoço pra ninguém. Meus filhos nem vão lá em casa almoçar porque eu não faço! Se eu fizer almoço na minha casa, eu vou comer tudo que eu fiz, então eu não faço. [...] Aí quando eu vou na casa deles, já tira o que der pra "mim" comer... mas pra fazer almoço, pensando de não poder comer isso nem aquilo, não dá não... aí isso pra mim, isso é dificuldade. (P10)

A DM 2 afeta o cotidiano das pessoas, interfere em suas relações familiares e sociais, traz sofrimento psicológico, impactando suas vidas⁽¹⁹⁾, de tal maneira que o modo de viver passa a ser imposto pela necessidade de controle metabólico a qualquer custo, transformando a rotina em permanente cobrança de comportamento.

O modelo utilizado para estímulo à adesão às orientações não atinge o cotidiano dos usuários dos serviços de saúde, sendo apenas de caráter informativo, não sendo capaz de transformar saberes existentes em práticas de saúde⁽²⁰⁾.

A intervenção educativa deve ser programada a partir da situação presente, concreta, existencial, refletindo o conjunto de aspirações de um povo, cujos problemas são desafios que estimulam a busca por respostas. Isso contribui com a construção de um sujeito crítico para quem a palavra verdadeira, que é práxis, não pode ser dita num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais⁽⁹⁾.

A memória discursiva enunciada no discurso de P12, ao afirmar que *Tudo o que é gostoso, faz mal pra gente. Essa que é a verdade.*, traduz a vida como eterna negação do direito ao prazer, assim como seu discurso parafrástico e metafórico que aponta o alimento como sendo proibido e que é descrito como alvo de um desejo comparado à compulsão, como algo que não é possível controlar. Mesmo sabendo que o alimento desejado traz consequências, P12 não consegue deixar de consumi-lo.

Porque o maior problema meu é que eu sou tarado por refrigerante e eu não posso tomar. Eu tenho fascínio pelo gás... água com gás, água tônica, tudo que tem gás eu adoro... eu sei que faz mal... quanto mais eu tomo, mais eu quero. É que nem nicotina... o cara fuma um cigarro, quanto mais ele fuma, mais ele quer cigarro... faz mal, mas ele tá fumando... tá morrendo, mas tá fumando... (P12)

A convivência com os limites impostos pelo DM 2 é cheia de conflitos, rupturas, questionamentos e inconformismo. Alguns não conseguem seguir um plano alimentar, apesar de todo o conhecimento, pois a alimentação é um dos obstáculos mais difíceis de serem superados para quem vive nesta condição⁽²¹⁾. Nesse processo de descodificação dos enunciados, identificamos que, embora haja a informação sobre os malefícios de determinados alimentos na memória discursiva dos sujeitos, não há uma consciência crítica que permita mobilizá-lo para uma mudança alimentar com vistas à superação das “situações-limites”⁽⁹⁾. Não estão preparados para o processo de transformação para uma nova forma de apreender a vida.

Os fragmentos discursivos de P12 indicam um discurso polissêmico demonstrando um conhecimento baseado no senso comum em que jantar pode prejudicar o controle glicêmico. Em compensação, a alternativa criada é de “beliscar” o tempo todo e ingerir além do necessário, novamente em uma demonstração de compulsão.

Meu maior problema é a mente! Eu chego em casa, eu não janto, mas vou lá, vou na geladeira, pego uma uva, pego um negócio, futuco daqui, mexo de lá... eu tenho que parar com isso... eu faço de tudo, mas quando penso que eu não tô comendo um biscoito... eu limpo tudo que eu vejo pela frente... (P12)

A Sociedade Brasileira de Diabetes⁽¹⁾ recomenda para DM 2 uma alimentação variada e equilibrada que atenda às necessidades nutricionais, porém com foco na manutenção/obtenção de peso corporal saudável e controle metabólico.

Alimentos que são alvo do desejo são comparados à drogas, conforme pode-se observar no discurso metafórico presente nos enunciados seguintes.

É que quando a gente vê uma coisa gostosa assim a gente não lembra de nada. Só vê aquilo ali na frente da gente. Parece até droga. (P8)

Eu quero parar de comer chocolate! Mas é que eles sabem que eu sou viciada em chocolate.... Mas é que a nutricionista fala pra comer um pedacinho e eu como uma barra inteira. É igual alcólatra com álcool... (P4)

A rotina transformada em uma realidade de restrições impostas pela nova condição crônica instalada requer que se estabeleça com esse sujeito uma relação de apoio em forma de capacitação para o autocuidado, para o que são requeridas negociações contínuas relacionadas à alimentação com seus aspectos materiais e simbólicos⁽²²⁾. Este desafio implica em incorporar práticas alimentares que podem não ter feito parte de uma vida inteira.

Vale destacar o fragmento discursivo de P8 que aponta o não dito, mas que demonstra o desejo de ingerir os alimentos servidos em situações diversas, tais como aniversários e outros.

Ver as coisas e não poder comer...a gente passa por umas situações assim, né? Às vezes a gente vai numa reunião, num aniversário, aí às vezes eu nem curto... (P8)

Um dos grandes desafios da pessoa com DM 2 consiste em controlar a vontade de comer doces, pelo significado especial de pertencimento à sociedade em que se vive, devido à forte presença de alimentos açucarados em festas e confraternizações⁽²¹⁾.

Dificuldades para a adoção de hábitos alimentares recomendados em dietas específicas podem ser compreendidas por fatores como condição econômica e acesso aos produtos, mas também porque diante dos resultados negativos como hipoglicemia, isolamento social e estresse, os benefícios, nem sempre palpáveis, podem não encorajar suficientemente uma alimentação saudável⁽²³⁾

Os discursos parafrásticos de P11 e P10 refletem a dificuldade dos sujeitos em se alimentar de forma equilibrada.

A gente acaba comendo só salada, salada, salada... tinha dia que não dava vontade nem de levantar... fraqueza... aí eu voltei ao médico, falei com ele: “Doutor, desse jeito o senhor vai me matar o mais rápido possível” (P11)

A nutricionista... me deu uma lista de coisa que eu não posso comer. Aí eu falo: o que eu posso comer aqui? Nada!!! Aí eu começo a comer assim: folha, folha, salada... aí daí a pouco me dá uma tonteira e eu caio no chão! (P10)

Quanto ao aspecto qualitativo, outro estudo²⁴ evidenciou que, embora a quantidade referida de carboidratos e proteínas na dieta de pacientes com DM 2 seja adequada, há baixo consumo de alimentos ricos em fibras e elevado consumo de gordura saturada.

A realidade imposta pelo diagnóstico de diabetes implica na privação de liberdade relacionada às escolhas alimentares. O confronto com a proibição e a perda de privacidade provoca sentimentos variados em pessoas adultas, em maioria acostumadas ao livre arbítrio como demonstra o discurso parafrástico de P6.

Agora, tem uma coisa, eu tenho uma coisa: se me dá vontade de comer um docinho eu como... (P6)

São comuns reações de resistência às interferências alheias, sobretudo da família, ou de profissionais de saúde, em falas algumas vezes contraditórias entre a compreensão do problema e a discordância quanto à orientação recebida.

A minha filha... fica brigando: “mamãe, você vai comer doce?” – “Se eu parar de comer eu vou ficar boa? Não vou! Então deixa eu comer meu doce.” Eu faço segunda, terça, quarta, quinta, sexta, todo o regime direitinho, aí quando é sábado eu tomo minha cervejinha. Ela não vai curar se eu parar de tomar minha cerveja... então eu vou tomar! (P1)

A alimentação humana tem características particulares que une aspectos biológicos, fisiológicos e culturais, portanto, repletos de símbolos, sentidos e classificações, com constituições antropológicas e sociais. Deve ser compreendida, portanto, como um ato social que incorpora múltiplas dimensões do indivíduo⁽²⁵⁾.

Uma abordagem socioantropológica dessa temática, não restrita à dimensão técnica, colabora com a compreensão de elementos presentes em decisões tomadas por um sujeito reflexivo, que reinterpreta as orientações no gerenciamento da DM 2 e age em coerência com sua experiência corporal, conhecimentos prévios e situações cotidianas⁽²²⁾.

Para os homens o ato de comer não se limita a uma função ligada à sobrevivência, mas a maneiras particulares de se relacionarem com o mundo. Cercado de significados diversos, esse tema não trata apenas do consumo do alimento na satisfação de uma necessidade biológica, mas envolve sentimentos, representações culturais e simbolismos. No discurso metafórico de P12 a restrição em relação ao consumo do refrigerante preferido é cercada de sentimentos expressados na descrição a seguir:

Sábado eu fui num casamento de crente. Já sabe que não tem cerveja. Só tem refri. Economiza em cerveja mas gasta no resto. Eu me segurei, comi um pouquinho do salgadinho lá, pra não dizer que eu não tomei nada, eu pedi um suco. Veio um suco desses de caixinha, tomei uns dois copinhos só. Passava cada garrafa desse tamanho de dois litros... A nega da saia vermelha! Ave Maria, eu ficava

com a boca cheia d'água... “Meu Deus, eu prometi eu não vou tomar!” Aquela cor vermelhona... aiii... eu sou fanático por essa bebida. (P12)

O ato de comer deixa de ser simples rotina para se tornar um ritual muitas vezes cercado de culpa e sentimentos dúbios, entre o sofrimento da abdição e o sucesso quando alcançado.

O desafio para a educação em saúde é modificar essa representação, de tal modo que a modificação necessária dos hábitos alimentares não seja mais significada como interdição dos prazeres associados ao comportamento alimentar⁽²⁶⁾.

Ressalta-se a importância da participação de enfermeiros como integrantes de uma equipe multiprofissional de saúde e sua potencial possibilidade de intervenção educativa, salientando-se a importância do respeito à autonomia inerente aos sujeitos, atitude que Freire⁽¹⁰⁾ define como imperativo ético e não um favor que podemos conceder uns aos outros e que na prática da enfermagem pode se constituir em uma estratégia de vínculo de confiança, pressuposto para o cuidado integral.

A atividade física aparece como um dos cuidados, sendo um dos mais predominantes entre os fragmentos discursivos do grupo de convergência. A caminhada é a referência mais comum com relatos de prática irregular e não sistematizada, observada nos discursos parafrásticos de P4, P5 e P7:

Procuro fazer assim: uma caminhada, pela manhã, não muito longe também, dependendo do dia, tem dia que eu ando mais, caminho mais, caminho! Não ando sem pressa... eu caminho mais, outro dia caminho menos, dependendo do meu estado naquele dia. (P4)

Eu tenho uma preguiça também de caminhar, porque assim, se vai uma pessoa junto comigo, tudo bem, eu vou! Enquanto eu tiver uma companhia eu vou caminhando, mas a companhia parou, eu paro também. Você tem que caminhar! Eu danço, viu, gente, esqueci de falar pra vocês! Porque o que está faltando pra mim mesmo é uma força de vontade de caminhar, de fazer um exercício... Eu só não vou caminhar mesmo por preguiça...Depois do almoço eu durmo até...(P7)

A prática da caminhada pode ser recomendada nos serviços de atenção primária em saúde por representar uma alternativa segura e fácil de implementar para todos os pacientes com DM 2. Mas, para prevenção e também no tratamento e controle, a orientação para a atividade física deve ser individual em consideração às particularidades, a fim de que níveis recomendados sejam alcançados adequadamente em relação a cada objetivo⁽²⁷⁾.

Percebe-se entre os participantes o desconhecimento quanto à frequência, intensidade e regularidade suficientes para a realização desta atividade, como revelam P10 e P11:

Bom, eu caminho, meia hora, uma hora e meia... (P10)

Todo dia dar uma caminhadazinha devagar, devagar... só pra não deixar as pernas ficarem muito duras... (P11)

Aliada no tratamento e controle das complicações do DM 2, a prática regular de atividade física tem os seus efeitos traduzidos especialmente em melhor qualidade de vida. A redução das taxas de glicemia e de pressão arterial, melhor controle da hemoglobina glicada, otimização da ação da insulina, melhora nas funções cardiovasculares e respiratórias, e da redução do peso são benefícios admitidos pelos indivíduos ao reconhecerem sua importância⁽²⁸⁾.

Estes descrevem um cotidiano do qual a atividade física faz parte e como de praxe costuma-se recomendar nos serviços de saúde. No contexto desses discursos a realização da atividade física não se manifesta como um cuidado incorporado, mas como algo que se deseja alcançar:

Eu acho super importante! Eu não tô fazendo caminhada... mas de hoje pra frente, eu vou caminhar!! Eu tenho que conseguir! (P9)

É reconhecida como uma das obrigações inevitáveis relacionadas ao autocuidado e portanto, ao passo em que confessa a inatividade, o depoente apresenta suas justificativas:

Nem experimento... por causa da minha dor nas pernas... se eu experimentar caminhar eu caio no meio da rua! (P1)

Está faltando tempo pra mim! Eu comecei a fazer minha hidroginástica... mas... não consigo fazer e não parar. Eu começo, depois eu paro... não adianta. (P9)

A verbalização do problema parece surgir da necessidade de identificá-lo, como se na fala, ao tomar um formato de confissão, passe a favorecer seu enfrentamento:

O que está faltando pra mim mesmo é uma força de vontade de fazer um exercício... Eu só não vou caminhar mesmo por preguiça... Depois do almoço eu durmo até... (P7)

No conjunto de demandas que requerem mudanças comportamentais, a atividade física está entre as de menor índice de adesão⁽²⁹⁾.

Frente à dimensão e à diversidade humana, os profissionais de saúde precisam considerar o protagonismo dos sujeitos, pois embora legítimas podem comprometer o cuidado em diabetes mellitus. Neste contexto, pessoas que vivem com DM 2 e profissionais de saúde precisam

estabelecer uma relação dialógica onde educador não é apenas aquele que educa, mas aquele que enquanto educa também é educado⁽⁹⁾.

Este processo pode ser favorecido pela intervenção educativa quando realizada em grupo, pois o coletivo por si só é fortalecedor de experiências. As pessoas tendem a se afiliar ao grupo, diante da importância em compartilhar sentimentos, dúvidas, saberes e prática, relacionadas à doença comum entre elas³⁰.

Conclusão

A prática do autocuidado é resultante de esforço pessoal dos participantes do estudo, vivenciado de modo diferente por cada um, mas com aspectos comuns entre as experiências relatadas. O diálogo problematizador trouxe em destaque os temas geradores: alimentação e atividade física, que nos discursos se manifestam relacionados às modificações em hábitos de vida, como uma realidade imposta pelo diagnóstico de diabetes.

A convivência com esta condição crônica tem nesse âmbito uma experiência cercada por múltiplas dimensões, mas que essencialmente confronta o sujeito com a necessidade de ressignificar suas escolhas. Acessado o conhecimento, com o apoio da equipe de saúde e potencial participação do enfermeiro, este sujeito autônomo convive algumas vezes com a ambiguidade. Maneiras de viver com a condição de saúde são diferenciadas, o que implica em arbítrio, posto que o autocuidado é algo que se realiza no cotidiano. O desenvolvimento da intervenção educativa apoiada nos princípios de Paulo Freire propiciou aos participantes a ação-reflexão a respeito das questões relacionadas à prática do autocuidado.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015.
2. Torres Heloisa de Carvalho, Souza Edinilsa Ramos, Lima Maria Helena Melo, Bodstein Regina Celi. Educational intervention for self-care of individuals with diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 25]; 24(4):514-519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400011>.
3. IDF, 2015 Federación Internacional de Diabetes. Informe breve: orígenes de la diabetes. [citado em: 25 nov. 2015]; Disponível em: http://www.idf.org/files/idf_publications/early_origins_of_diabetes_SP/index.html#/3/zoomed

4. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. January 2014;37(Supp.1):S14-S80.
5. Oliveira Kelli Cristina Silva de, Zanetti Maria Lúcia. Knowledge and attitudes of patients with diabetes mellitus in a primary health care system. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 Aug [cited 2015 Nov 25]; 45(4):862-868. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400010>.
6. Costa Jorge de Assis, Balga Rômulo Sangiorgi Medina, Alfenas Rita de Cássia Gonçalves, Cotta Rosângela Minardi Mitre. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 Nov 25]; 16(3):2001-2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300034&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300034>.
7. Beltrame Vilma, *Brugnerotto Maura, Trentini Mercedes, Madureira Valéria S. F.* A convivência com diabetes mellitus tipo 2. *Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar*. 2012;1(1):105-116.
8. Gorter Kees J, Tuytel Gerwi J, Leeuw Rob R. de, Bensing Jozien M, Rutten Guy EHM. Opinions of patients with type 2 diabetes about responsibility, setting targets and willingness to take medication. A cross-sectional survey. *Patient education and counseling*. 2011;84(1):56-61
9. Freire Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 50ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
10. Freire Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
11. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. *Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde*. 3rd ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.
12. Orlandi Eni Puccinelli. *Análise de discurso: princípios & procedimentos*. 11ª. ed. Campinas: Pontes; 2013.
13. Rodrigues Flávia Fernanda Luchetti, Santos Manoel Antônio dos, Teixeira Carla Regina de Souza, Gonela Jefferson Thiago, Zanetti Maria Lucia. Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 26]; 25(2):284-290. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>.
14. Marques Marília Braga, Silva Maria Josefina da, Coutinho Janaína Fonseca Victor, Lopes Marcos Venícios de Oliveira. Assessment of self-care competence of elderly people with diabetes. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 Apr [cited 2015 Nov 26]; 47(2):415-420. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200020>.
15. Santos Érica Aparecida dos, Tavares Darlene Mara dos Santos, Rodrigues Leiner Resende, Dias Flavia Aparecida, Ferreira Pollyana Cristina dos Santos. Morbidity and quality of life of elderly individuals with diabetes mellitus living in urban and rural areas. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 Apr [cited 2015 Nov 26]; 47(2):393-400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200017>.

16. Lessmann Juliana Cristina; Silva Denise Maria Guerreiro Vieira da; Nassar Silvia Modesto. Mulheres com Diabetes mellitus tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(n.esp.1):81-6.
17. Pelegrini Andreia; Coqueiro Raildo da Silva; Petroski Edio Luis; Benedetti Tania R. Bertoldo. Diabetes mellitus auto-referido e sua associação com excesso de peso em idosos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2011;13(6):442-447
18. Linhares Rogério da Silva, Horta Bernardo Lessa, Gigante Denise Petrucci, Dias-da-Costa Juvenal Soares, Olinto Maria Teresa Anselmo. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Mar [cited 2015 Nov 26]; 28(3):438-447. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300004>.
19. Amorim Maria Marta Amancio, Ramos Natália, Bento Isabel Cristina, Gazzinelli Maria Flávia. Intervenção educativa na diabetes mellitus. *Psic., Saúde & Doenças* [periódico na Internet]. 2013 Mar [citado 2015 Nov 25]; 14(1):168-184. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100011&lng=pt.
20. Ramos Camila Irigoneh; Klug Jocilei Carniato; Pretto Alessandra Doumid Borges. Adesão às recomendações alimentares de usuários portadores de diabetes tipo 2. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde.* 2014; 9(2); 561-575.
21. Amorim Maria Marta Amancio. Representações sociais da alimentação das pessoas com Diabetes mellitus. Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Anais eletrônicos[Internet]. 2011 [citado 2015 nov.14] Salvador. Disponível em: http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306935337_ARQUIVO_artigocongressolusobrasileiro.pdf
22. Barsaglini Reni Aparecida, Canesqui Ana Maria. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica da diabetes. *Saude soc.* [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Nov 26];19(4):919-932. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400018>.
23. Breland Jessica Y, McAndrew Lisa M, Gross Rachel L, Leventhal Howard, Horowitz Carol R. Challenges to Healthy Eating for People With Diabetes in a Low-Income, Minority Neighborhood. *Diabetes Care.* 2013; 36(10):2895-2901.
24. Zanetti Maria Lucia, Arrelias Clarissa Cordeiro Alves, Franco Rosana Cristina, Santos Manoel Antônio dos, Rodrigues Flávia Fernanda Luchetti, Faria Heloisa Turcatto Gimenes. Adherence to nutritional recommendations and sociodemographic variables in patients with diabetes mellitus. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2015 Aug [cited 2015 Nov 25] ;49(4): 0619-0625. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400619&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000400012>.
25. Maciel Maria Eunice; Castro Helisa Canfield de. A comida boa para pensar: sobre práticas, gostos e sistemas alimentares a partir de um olhar socioantropológico. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde.* 2013; 8; 321-328.
26. Ribas Camila Rezende Pimentel; Santos Manoel Antônio dos; Zanetti Maria Lúcia. Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology.* 2011; 45(2); 255-262

27. Barengo, Noël C., and Jaakko Tuomilehto. Diabetes: exercise benefits in type 2 diabetes mellitus. *Nature Reviews Endocrinology*. 2012;8(11):635-636.
28. Coelho Anna Claudia Martins, Villas Boas Lilian Cristiane Gomes, Gomides Daniele dos Santos, Foss-Freitas Maria Cristina, Pace Ana Emilia. Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000660014>
29. ROHR, RV. Educação em saúde facilitada por música: uma estratégia de cuidado e pesquisa em enfermagem junto a sujeitos com diabetes mellitus tipo 2. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 196 p., Tese (Doutorado), Rio de Janeiro. 2013.

7. 2 PROPOSTA DE ARTIGO 2

Proposta de intervenção educativa em diabetes mellitus tipo 2: uma estratégia para a prática do autocuidado³.

RESUMO

Objetivo: Apresentar proposta de intervenção educativa como estratégia para o autocuidado em diabetes mellitus tipo 2. **Método:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa, com uso da Pesquisa Convergente Assistencial no desenvolvimento de intervenção educativa, em grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. O cenário utilizado foi um Centro Municipal de Especialidades de Vitória, ES, Brasil. **Resultados:** Participaram 12 sujeitos em um grupo que se reuniu por quatro semanas durante 90 minutos. Temas relacionados à realidade e ao cotidiano como alimentação, atividade física, uso de medicação e sentimentos relacionados à diabetes geraram reflexões críticas discutidas no grupo, condição necessária para a tomada de consciência e participação ativa dos sujeitos no processo educativo. Com os dados obtidos no desenvolvimento do grupo de convergência elaborou-se a proposta de intervenção educativa inspirada nos princípios emancipatórios de Paulo Freire. **Conclusão:** O

*Manuscrito extraído da dissertação: "Proposta de intervenção educativa para pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina: uma contribuição para a prática do autocuidado", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. 2015.

desenvolvimento da estratégia educativa permitiu a troca de experiências entre os participantes, mas sobretudo interação, compartilhamento de ideias e reflexões sobre suas práticas de autocuidado, exercitando o protagonismo e a autonomia.

Descritores: Diabetes Mellitus; Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Educação em Saúde; Enfermagem

Proposal of educational intervention in type 2 diabetes mellitus: a strategy to self-care practice.

ABSTRACT

Objective: Present a proposal of educational intervention as a strategy to self-care of type 2 diabetes mellitus. **Method:** Qualitative and descriptive study using Convergent Care Research to carry out educational intervention in a group of people with type 2 diabetes mellitus using insulin. The setting adopted was a Municipal Center for Specialties in Vitoria, ES, Brazil.

Results: 12 individuals participated in this group that had one 90-minute meetings a week, for four weeks. Themes concerning everyday reality such as eating habits, exercises, use of medication and feelings toward diabetes raised critical discussions in the group — necessary condition for raising awareness and achieving active participation of subjects in this educational process. With the data obtained from the convergence group, an educational intervention proposal was developed inspired in Paulo Freire's emancipatory principles. **Conclusion:** Developing an educational strategy allowed participants to exchange experiences, mainly interaction, sharing ideas and reflection about self-care practice, promoting their empowerment and autonomy.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Diabetes Mellitus, Type 2; Self Care; Health Education; Nursing

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de uma doença crônica como o diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) representa uma profunda mudança na vida, envolvendo aspectos culturais, sociais, econômicos, psicológicos, entre outros e a necessidade de incorporação do cuidado integral de forma contínua⁽¹⁾.

Estratégias inovadoras são necessárias para que sujeitos saibam administrar sua situação com mais independência⁽²⁾, com participação nas tomadas de decisão em relação ao seu tratamento, ampliando assim suas possibilidades de adesão⁽³⁾.

Programas educativos têm sido preconizados como uma das estratégias de cuidado em diabetes, na perspectiva de proporcionar melhora dos aspectos relacionados à qualidade de vida dos sujeitos envolvidos podendo contribuir para a percepção dessas pessoas acerca de sua condição de saúde⁽⁴⁾. Quando realizada em grupo, a formação de redes de apoio é um processo fortalecedor de experiências. Esta afiliação é uma tendência das pessoas pela importância em compartilhar sentimentos, dúvidas, saberes e prática, relacionados à doença comum entre elas⁽⁵⁻⁶⁾.

Pautadas na efetividade da educação em saúde, diversas Organizações conceberam os Padrões para a Educação em Autogerenciamento do Diabetes- DSME (Diabetes Self-Management Education), que passa por revisões a cada cinco anos. Guiado por normas baseadas em evidências, incorpora necessidades, objetivos, experiências de vida e habilidades para o autocuidado em DM 2, para melhores resultados clínicos⁽⁷⁾.

Reconhecida por sua capacidade em melhorar o autocuidado favorecendo o controle metabólico⁽⁸⁻⁹⁾ e amenizar as consequências das complicações crônicas, reduzindo morbidade e mortalidade associadas⁽¹⁰⁾, a educação voltada para a prevenção e o controle em DM 2, associada a mudanças de hábitos alimentares, adesão à prática de atividades físicas e ações de promoção à saúde representa um desafio para pacientes e profissionais de saúde⁽¹¹⁾.

É preciso avançar para um modelo de atenção em diabetes que contribua para a modificação dos hábitos de vida, a partir da superação de crenças e de alguns aspectos culturais que sustentam as atitudes dos indivíduos⁽¹²⁾, mas a comunicação entre as partes se constitui em uma barreira que resulta muitas vezes em compreensão incorreta e decisões inadequadas⁽¹³⁾.

Contudo, propostas de educação em saúde em DM 2 devem se basear em postura dialógica e troca de saberes⁽¹⁾, direção indicada pela educação emancipatória de Freire⁽¹⁴⁾, que inspirou este estudo e que acredita que o autoconhecimento e a capacidade de arbítrio pode mobilizar o sujeito para o autocuidado.

O encontro entre o caminho técnico-científico e a realidade do sujeito precisa se dar no despertar da autonomia, apoiado por uma equipe que busca compreender como se dá essa experiência quando permeada por sentimentos, emoções e pautada no diálogo, na escuta e no respeito ao outro⁽¹⁴⁾. O profissional de saúde que realiza a intervenção educativa deve reconhecer sensibilidade e inteligência, emoção e razão como dimensões da vida humana que se complementam⁽⁶⁾.

Em atividades educativas coletivas ou individuais o enfermeiro tem importante papel junto à equipe multidisciplinar no estímulo ao autocuidado, autogerenciamento e ressignificação da condição de saúde de pessoas com DM⁽¹⁶⁾.

Diante desta percepção, aponta-se para um modelo de educação em saúde inspirado nos princípios de Paulo Freire, que, ao criticar os modelos que despejam conteúdos, denominados por ele de “educação bancária”, vislumbra possibilidades de libertação do homem através da construção de sua autonomia, em um lugar de encontro onde não há ignorantes, nem sábios absolutos, mas homens que em comunhão buscam saber mais. Assim, aposta no diálogo como possibilidade única para uma verdadeira educação, alicerçada no mais profundo amor ao mundo e aos homens⁽¹⁴⁾.

Isto posto, este estudo objetiva: Apresentar proposta de intervenção educativa como estratégia para o autocuidado em DM 2.

MÉTODOS

Este estudo é fruto de uma pesquisa associada à assistência cujo resultado vislumbrou a possibilidade de elaboração de uma estratégia educativa para grupos de pessoas com DM 2 que contribua com a prática do autocuidado. Utilizou-se a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), em que a simultaneidade entre investigação e assistência e a imersão do pesquisador no campo da prática possibilitam a transformação de problemas concretos do cotidiano em questões de estudo produtoras de conhecimento de enfermagem⁽¹⁷⁾.

O cenário utilizado foi um Centro Municipal de Especialidades de Vitória, ES, Brasil. Aleatoriamente fez-se contato telefônico e convite para participação na pesquisa, segundo critérios de inclusão: pessoas com DM 2, ≥ 30 anos de idade, de ambos os sexos, em uso de insulina, hemoglobina glicada $\geq 7\%$, com última consulta ao endocrinologista nos últimos

doze meses. Aplicou-se uma entrevista semiestruturada para composição do grupo educativo com realização de quatro encontros de duração média de 90 minutos e intervalos semanais. Em cada um apresentou-se uma pergunta como ponto de partida para as falas, conforme descritas, respectivamente:

-Como eu me cuido com relação à diabetes?; -O que eu acho necessário fazer para me cuidar?; -Quais as dificuldades que eu encontro para me cuidar?; -O que fazer para lidar com as dificuldades em cuidar da minha diabetes?

Pautada pela concepção libertadora da educação em que o conteúdo nasce dos sujeitos, refletindo seus anseios e esperanças, as perguntas serviram como ponto de partida para a dialogicidade⁽¹⁴⁾. Optou-se pela ruptura com um modelo hegemônico de intervenção educativa em respeito à autonomia e dignidade de cada participante, valorizando seus conhecimentos e experiências⁽¹⁸⁾, permitindo a livre circulação das falas em torno do tema em discussão. À pesquisadora coube ajudar os sujeitos a se colocarem em uma postura conscientemente crítica de sua realidade⁽¹⁹⁾ e, conforme se posicionavam, também refletiam sobre os problemas relatados e indicavam soluções, sem interferência.

Os dados registrados em recurso de áudio (gravador portátil marca SONY, modelo ICD-PX240) e posteriormente transcritos passaram pela análise de discurso francesa, estratégia que consiste em analisar e compreender em um texto as construções ideológicas nele presentes, em que o pesquisador deve relativizar sua posição diante à interpretação da linguagem, que varia de acordo com cada sujeito, e à realidade ou contexto vivenciado por ele⁽²⁰⁾. Este artigo não se destina a apresentar os resultados desta análise, encontrada na dissertação da autora principal e que por sua vez trouxe indicações de que o desenvolvimento da intervenção educativa apoiada nos princípios de Paulo Freire propiciou aos participantes a ação-reflexão a respeito das questões relacionadas à prática do autocuidado⁽¹⁴⁾.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob registro do Parecer nº 833.871, cumprindo recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da estratégia educativa 12 sujeitos, se aproximando da recomendação de 8 a 10 pessoas⁽¹⁷⁾, quantitativo que possibilita a contextualização das informações e experiências relatadas no grupo⁽²¹⁾. A idade variou entre 55 e 72 anos, sendo 10 mulheres e dois homens, corroborando com outros estudos que encontraram predomínio do sexo feminino em pesquisas similares^(12;22), metade se declara de raça branca e os demais, negros ou pardos. Em relação à escolaridade, 7 entre eles tem ensino fundamental incompleto e 2 sabem ler e escrever, mas não tem formação escolar, totalizando 75% dos sujeitos, o que reforça e dá maior relevância às pesquisas anteriores que relacionam anos de estudo com conhecimento e atitude dessas pessoas diante de seus problemas de saúde^(12;22). A obesidade visceral está presente em 8 participantes, elevando a probabilidade de intercorrências médicas e dificultando o controle glicêmico⁽²³⁻²⁴⁾.

O planejamento prévio relativo ao número de participantes, duração e total de encontros, compartilha a responsabilidade sobre os resultados do grupo e contribui para o compromisso entre os seus integrantes⁽²¹⁾. Os quatro encontros foram planejados antecipadamente, tiveram datas e horários pactuados entre os participantes, todos iniciaram no horário previsto e tiveram a duração estimada. Na véspera de cada encontro, a pesquisadora fez novo contato telefônico com cada sujeito para confirmação da presença.

No primeiro encontro compareceram 11 participantes e com as cadeiras posicionadas em círculo, a pesquisadora deu boas-vindas e explicou novamente os motivos daquele convite, oportunizando esclarecimento de dúvidas. Seguiu-se o momento de apresentação com disponibilização de crachás usando o nome indicado pelo participante. Um auxiliar de pesquisa contribuiu com esta organização. Em seguida, com as pessoas mais à vontade, cada um foi convidado a falar de suas expectativas. A partir desse momento, a pesquisadora sugeriu uma pergunta como ponto de partida para reflexão: -“Como eu me cuido com relação à diabetes?”

Ainda que tenham buscado se reportar ao autocuidado em diabetes, os participantes relataram situações generalizadas e as discussões giraram em torno de assuntos de interesse do coletivo. Temas relacionados à realidade geraram reflexões críticas discutidas no grupo, condição necessária para a tomada de consciência e participação ativa dos sujeitos no processo educativo⁽¹⁴⁾.

Na segunda semana, reuniram-se oito pessoas, organizadas da mesma forma também com ajuda de um auxiliar, sem crachás, no entanto, pois todos já se reconheciam pelo nome. Somou-se ao grupo um novo participante que não havia comparecido antes por motivos médicos, fato que fez questão de justificar. Da mesma forma, vale comentar, os quatro faltantes nessa data se anteciparam em esclarecer as razões de suas ausências, por motivos irremediáveis pelos quais lamentaram, de forma expressa, ao telefone. Em seguida, na terceira oportunidade de reunir o grupo, aqueles que se fizeram presentes no primeiro dia e faltaram neste terceiro, contataram a pesquisadora por telefone ou pessoalmente e expuseram suas razões. Essa observação demonstra a coesão conquistada pelo grupo logo a partir do primeiro encontro, haja vista que quando um dos participantes informou que não poderia comparecer na última data agendada, os demais se mobilizaram para que outra data fosse pactuada garantindo a participação da maioria, como ocorreu, afinal.

Um grupo implica em uma reunião de pessoas com objetivos comuns, com possibilidades amplas que vão, muitas vezes, além dos objetivos iniciais⁽²¹⁾. A intervenção educativa para grupo de pessoas com DM 2 revelou que o indivíduo, enquanto parte de um coletivo com tais características, se constitui em elo fundamental. Como exemplo disso, é importante comentar que, do total, dois sujeitos que estiveram exclusivamente no primeiro encontro participaram de modo a permanecerem sempre mencionados pelo restante do grupo, em uma demonstração de que uma vez constituinte do coletivo, assim permanece, como resultado dos efeitos da grupalidade.

O quarto encontro aconteceu como os anteriores, no formato e na organização. Porém, os participantes estavam mais familiarizados uns com os outros. Ao final deste, acordou-se que sendo o quarto encontro, o último de todos, o grupo poderia apresentar as experiências vivenciadas ao longo desta convivência. Para isso, alguns participantes se pronunciaram sobre qual o desafio que consideravam maior para suas vidas, como demonstrado por P4 em “Chocolate! Eu quero parar de comer chocolate!” e P6 em “Eu quero fazer um exercício sobre minha tomadas de insulina”, afirmativas extraídas do contexto em que se falava das exigências impostas pela condição do diabetes frente aos desejos, medos e dúvidas, como quando P12 exprime “Refrigerante tô cortando...mas, eu luto contra isso, tento, tento...” ou P8 constata “Eu tenho dificuldade com os horários da alimentação”.

No quarto encontro, a pergunta – “O que fazer para lidar com as dificuldades em cuidar da minha diabetes?” despertou um sentimento de esperança, revelado pelos sujeitos. Como nas

datas anteriores, o momento final foi marcado por uma confraternização, porém, nesta oportunidade a oferta de um bolo especial cuja receita continha ingredientes próprios para pessoas com diabetes, resultou em grande satisfação. Pode-se perceber que esta iniciativa revelou-se em um diferencial favorável ao vínculo, fortalecendo valores que alicerçam os preceitos de Freire, fundamentais na relação grupal.

A intervenção educativa desvelou temas que se intercalaram permanentemente tais como: alimentação; atividade física; medicação/insulina e sentimentos. As discussões geradas conduziram reflexões sobre o autocuidado e apontaram caminhos para mudanças de práticas. Alguns recortes se encontram no Quadro 1, para exemplificação do que se pretende apresentar neste artigo.

Quadro 1. Reflexões sobre autocuidado alcançadas com intervenção educativa. Vitória, ES. 2015

Participantes	Sexo	Idade	Reflexões sobre autocuidado
P1	F	68	<p>Você tá vendo que é só se cuidar que você vive bem com a diabetes, né? Está entrando na mente da gente através dessas reuniões aqui! É bom sentir todo mundo preocupado com a gente. Estamos aprendendo mesmo, estamos se amando mais...coisa que a gente já sabia, mas era relaxado. Eu gostei demais daqui, aprendi muita coisa com todo mundo aqui, e o que eu sei fazer, dei exemplo, dei um pouco de risada... mas esse negócio de diabetes nosso aqui é muito relaxo.</p> <p>Eu achei gozado que todo mundo tomou posse da “minha diabetes” tomou posse “do problema”. Eu tava já desistindo... porque cada dia aparecia mais coisa... Pelo que eu vi aqui, no final, vão ser 11 ex-diabéticos.</p>
P2	F	61	<p>Foi tudo de bom esse papo da gente aqui... que além de tudo conhecemos novas pessoas, podemos considerar uma nova família, né? Nós estamos aqui com uma nova família. Daqui pra frente, pedir mais a Deus pra nós que cada um tem um problema diferente.</p>
P3	F	72	<p>Tá ótimo, todo mundo junto... a gente fica com aquilo na cabeça, a gente consegue passar mais um tempo de vida... gostei... tá ótimo... espero que todo mundo procura se cuidar.</p>

P4	F	71	<p>Minha dificuldade também era porque eu estava perdendo várias viagens porque tinha que tomar a insulina, mas aí, a colega aqui já me deu uma boa dica de onde eu encontrar o material todo, já ajudou bastante mesmo! Então eu já tô feliz porque eu já posso organizar uma viagem.</p> <p>Todo mundo fala uma coisa, a gente vai pegando, né? A gente desperta o interesse da gente lutar mais... a gente pode mudar os hábitos, seguir em frente... e aqui então a gente recebe essa força, de caminhar, de seguir... Consegui! Ah, eu me sinto assim vitoriosa, com certeza! Pra mim houve mudança sim. Primeiro, porque eu tinha rebeldia, né? O que eu não podia fazer eu estava fazendo.</p>
P5	F	66	Ah, eu gostei de ter vindo... eu vou fazer igual... eu vou cuidar mais!
P6	F	58	<p>Mas, agora eu tô mudando minha alimentação, mas mudando de verdade! Eu falei com meu marido no dia que eu saí daqui: a partir de agora eu não quero mais esse negócio de fritura, de coisa não!</p> <p>Gostei muito, gostei das conversas, mesmo dormindo até... já vou sair daqui com outra experiência... porque já tava largando... mas, eu vou agora fazer o que tem que ser feito, vou me cuidar mais... vou sair daqui, vou abraçar essa nova experiência... Eu tô gostando muito desse grupo porque é uma maneira de eu tá tirando um tempinho pra mim... Esse momento, é pra falar sobre a gente. Vou sentir falta se acabar. É um momento maravilhoso que você pode falar, relaxa até mesmo... não é com foco de “ah... você não tem cuidado!”... eu falo o que eu tô sentindo.</p>
P7	F	61	Hoje eu vou sair daqui com minha auto estima bem alta!
P8	F	55	<p>Aprender a comer folha, aprender a comer as coisas... Tomar vergonha e sempre que a gente “ver” alguma coisa legal de comer, que a gente “ver” o outro comendo, lembrar da reunião aqui. Não pense que eu não sinto vontade de comer as coisas não, porque eu sinto a maior vontade de comer tudo! Tem que fazer força pra não comer.</p> <p>Eu vi que as pessoas falaram aqui, vou procurar seguir esse exemplo porque eu acho certo...</p> <p>Cada vez que a gente vem tem uma esperança pra melhorar. Fiquei muito feliz de participar do grupo, a troca de informações... é muito bom ouvir a experiência das pessoas que tem o mesmo problema nosso... A gente vai tentar fazer o que a gente viu aqui. O objetivo de todo mundo que tá aqui é conviver com a doença, mas aprendendo a conviver.</p>
P9	F	62	Eu acho super importante! Eu não tô fazendo caminhada... mas de hoje pra frente, eu vou caminhar! Eu tenho que conseguir!

P10	F	59	<p>E passei a viagem todinha bem... eu quando viajava eu não levava insulina... por disciplina eu levei insulina... eu tomei nas paradas certas, dentro do ônibus... e viajei bem e cheguei bem... passei o tempo todo bem...</p> <p>Pra mim foi muito bom, pena que foi pouco tempo! Graças a Deus, aquela dor nas pernas que eu sentia, não tô sentindo. Tô dormindo bem à noite, que eu dormia a metade da noite e passava o resto acordada, agora não tô nem tomando a medicação pra dormir e tô conseguindo dormir bem.</p>
P11	M	67	<p>Eu vivia com aquela preguiça... levantava tarde... e à noite, eu já ligava a televisão e começava a assistir algum programa ali, emendava e ficava só no sofá. Agora vou mudar e começar minhas caminhadas!</p> <p>Por meio disso aqui tô mudando minha vida. Eu ter vindo aqui, ouvindo o pessoal falar sobre o problema do diabetes. Levantar cinco horas da manhã, fazer uma caminhada de manhã e outra à tarde... pra ver se animo mais, né? A mulher fala que minha barriga cresceu... rsrs. Com essa presença agora, a gente vai relembrando mais alguma coisa e vê se a gente toma um pouco de vergonha, vendo os exemplos dos outros a gente dá uma freada em alguma coisa que tá fazendo de errado.</p>
P12	M	57	<p>Às vezes eu falava... ah, é um só, depois eu bebo água por cima, dissolve o açúcar... mas não peguei! Nem escondido! Porque eu comia escondido! Pra ninguém ver, mas eu estava prejudicando a mim próprio. Eu estava sendo covarde comigo mesmo. Já cansei de fazer isso. Mas, eu dei um basta nisso!</p> <p>Tem que ter fé e se cuidar... eu gostei muito! O próprio diabético, tem que lutar contra ele mesmo. Eu tenho que gostar de mim mesmo! Bom, achei muito bom, muito educativo, tá sendo muito frutífero, muito gostoso, com a ajuda da rapaziada aqui, porque a gente vê o esforço dos outros, a gente vê o exemplo. Eu vim com o objetivo de ouvir alguma coisa que eu pudesse tirar proveito pra minha vida, porque eu estou realmente decidido a tomar vergonha na minha cara e apartar da minha vida aqueles negócios que eu sei, que os médicos falam que me fazem mal.</p>

O cuidado centrado no diálogo e na escuta dos sujeitos valorizou as experiências de viver com diabetes e o protagonismo dessas pessoas⁽⁶⁾.

Pode-se observar que a intervenção educativa propiciou aos participantes que repensassem a relação estabelecida com a diabetes e seu autocuidado. A partir da convivência no grupo os sujeitos puderam perceber que seus problemas são semelhantes e que as experiências relatadas impulsionaram práticas que estavam adormecidas. As características do referencial teórico de Paulo Freire permeiam as reflexões que emergiram desse encontro. O grupo alcançou crescente aproximação com aspectos fundamentais para a relação dialógica como

autonomia, protagonismo, consciência crítica e liberdade. Demonstrou também respeito, ética, humildade e justiça, amparados pela amizade, confiança, solidariedade e amor, sem os quais não é possível haver comunhão entre os homens^(14;18-19;25).

Os participantes de um grupo de educação em saúde são capazes de se transformarem por um processo de empoderamento, condição essencial para a verdadeira mudança de hábitos de vida. Desta maneira, esta estratégia educativa terá cumprido seu principal objetivo⁽²⁶⁾, pois o que importa, realmente, é ajudar o homem a ajudar-se, colocando-o em uma posição conscientemente crítica diante de seus problemas, como diz Freire⁽¹⁹⁾.

Respeitada a autonomia do paciente, compartilhando com ele a responsabilidade sobre o controle do DM 2, o profissional de saúde deve apoiá-lo para a realização do conjunto de cuidados necessários no cotidiano. Em um contexto de complexidade em que sensibilidade para escuta e conhecimento técnico são requisitos para uma atenção integral, intervenções educativas de um enfermeiro com esclarecimentos de dúvidas inerentes ao processo do adoecimento ou prevenção das complicações são instrumentos importantes na melhoria da qualidade de vida de pessoas com DM 2 e contribuem para estimular e orientar o autocuidado⁽²⁷⁾.

Os profissionais de saúde encontram dificuldades na abordagem do DM 2 que em consequência afetam os resultados das suas intervenções. Melhorar o convívio com a doença, por outro lado, é também um permanente desafio para aqueles que convivem com este problema de saúde⁽⁶⁾.

Em persistente companhia de Freire, propõe-se uma intervenção educativa libertadora em um modelo dialógico (Figura 1). O diálogo é uma experiência existencial, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas⁽¹⁴⁾.

Figura 1. Proposta de intervenção educativa para pessoas diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. Vitória, ES. 2015.



Fonte: a autora.

-O número de participantes pode variar, mas é importante tentar manter este parâmetro.

-O caráter cíclico dos encontros possibilita que os participantes permaneçam vinculados ao grupo se assim o desejarem, enquanto novos integrantes se inserem em um processo que se inicia para uns e continua para outros.

-Não há definição quanto à idade e sexo, embora a experiência relatada tenha sido feita com pessoas com média de idade de 63 anos, o que pode representar algumas afinidades, mas não se comprovou como vantagem. Este grupo reuniu pessoas de ambos os sexos, o que também não se configurou em vantagem ou limitação.

-Recomenda-se a duração máxima de 90 minutos, por se considerar um tempo limite para o afastamento das pessoas de suas obrigações pessoais e pelo esgotamento natural consequente da atividade.

-Perguntas norteadoras serviram de ponto de partida para reflexão sobre o autocuidado em diabetes mellitus tipo 2. Sugere-se seu uso para estimular a participação dos sujeitos. -Os temas discutidos serão gerados pelo grupo;

-Na base de todo o processo grupal, o universo de valores que Freire utiliza na defesa de seus argumentos sustenta a proposta de intervenção educativa que aposta na autonomia. Permeadas pelo amor, confiança, respeito e ética, a estratégia favorece o desenvolvimento de consciência crítica, do protagonismo e o exercício da liberdade.

CONCLUSÃO

Esta proposta de intervenção educativa como estratégia para o autocuidado em DM 2 possibilitou um caminho para ressignificação do modo de viver, que envolve desafios cotidianos para os quais o sujeito precisa estar preparado. O seu desenvolvimento permitiu a troca de experiências entre os participantes, mas sobretudo interação, compartilhamento de ideias e reflexões sobre suas práticas de autocuidado, exercitando o protagonismo e a autonomia. O enfermeiro, cabe ressaltar, é um profissional cuja participação nesse processo pode ser de grande contribuição, visto que no desempenho de suas funções assume naturalmente o contato mais direto com esses sujeitos, estabelecendo vínculos fundamentais na construção de caminhos do cuidado. É preciso, porém, que este profissional junto à equipe, reflita sobre como se relaciona com os usuários dos serviços, de modo a rever suas práticas buscando aproximações a cada vez maiores com o universo particular dessas pessoas. Acredita-se que a verdadeira transformação pode ocorrer quando se estabelece a capacidade dialógica necessária para a construção da autonomia. Esta transformação, se legítima, acontecerá interiormente, para cada um, educador e educandos, enquanto compartilham experiências e aprendem uns com os outros.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira Kelli Cristina Silva de, Zanetti Maria Lúcia. Knowledge and attitudes of patients with diabetes mellitus in a primary health care system. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2011 Aug [cited 2015 Nov 25];45(4):862-868. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400010>

2. Torres Heloisa de Carvalho, Souza Edinilsa Ramos, Lima Maria Helena Melo, Bodstein Regina Celi. Educational intervention for self-care of individuals with diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 25];24(4):514-519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400011>.

3. Edelman S, Pettus J. Challenges Associated with Insulin Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. *The American Journal of Medicine*, 2014;127(10):S11-S16.

4. Faria Heloisa Turcatto Gimenes, Veras Vívian Saraiva, Xavier Antônia Tayana da Franca, Teixeira Carla Regina de Souza, Zanetti Maria Lúcia, Santos Manoel Antônio dos. Quality of life in patients with diabetes mellitus before and after their participation in an educational program. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 Apr [cited 2015 Dec 01];47(2):348-354. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200011>.

5. Bergold LB; Rohr RV; Alvim NAT. Análise musical de uma estratégia de cuidado grupal: funções terapêuticas da música para sistemas familiares durante quimioterapia. In *Cantare: Rev. do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia*. Curitiba: 2012;3:42- 63.

6. Rohr, RV. Educação em saúde facilitada por música: uma estratégia de cuidado e pesquisa em enfermagem junto a sujeitos com diabetes mellitus tipo 2. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 196 p., Tese (Doutorado), Rio de Janeiro. 2013.

7. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette JD, Reader D, Siminerio LM, Weinger K & Weiss MA (2012) National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 35, S101–S108.

8. Rygg, L.Ø., Rise, M.B., Grønning, K., Steinsbekk, A. Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 2012;86(1):98-105.
doi: 10.1016/j.pec.2011.04.008

9. Huang M C, Hung CH, Stocker J, Lin LC. Outcomes for type 2 diabetes mellitus patients with diverse regimens. *Journal of Clinical Nursing*, 2013;22:1899–1906.
doi: 10.1111/jocn.12123

10. Chaves Miriam de Oliveira, Teixeira Mirian Rose Franco, Silva Sílvia Éder Dias da. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 Apr [cited 2015 Dec 01];66(2):215-221. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200010>.

11. Torres Heloísa de Carvalho, Pereira Flávia Rodrigues Lobo, Alexandre Luciana Rodrigues. Evaluation of the educational practices in promoting self-management in type 2

diabetes mellitus. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2011 Oct [cited 2015 Dec 01];45(5):1077-1082. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500007&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500007>.

12. Rodrigues Flávia Fernanda Luchetti, Santos Manoel Antônio dos, Teixeira Carla Regina de Souza, Gonela Jefferson Thiago, Zanetti Maria Lucia. Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus. Acta paul. enferm. [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 26];25(2):284-290. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>.

13. Chourdakis Michael, Kontogiannis Vasileios, Malachas Konstantinos, Pliakas Triantafyllos, Kritis Aristidis. Self-Care Behaviors of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Greece. Journal of community health. 2014;39(5):972-979.

14. Freire Paulo. Pedagogia do Oprimido. 50ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

15. ROHR, RV. Educação em saúde facilitada por música: uma estratégia de cuidado e pesquisa em enfermagem junto a sujeitos com diabetes mellitus tipo 2. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 196 p., Tese (Doutorado), Rio de Janeiro. 2013.

16. Sampaio Cynthia de Freitas, Guedes Maria Vilani Cavalcante. Nursing process as a strategy in the development of competence for self-care. Acta paul. enferm. [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 01];25(spe2):96-103. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900015>.

17. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3rd ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.

18. Freire Paulo. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

19. Freire Paulo. Educação como prática da liberdade. 14ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011c.

20. Orlandi Eni Puccinelli. Análise de discurso: princípios & procedimentos. 11ª. ed. Campinas: Pontes; 2013. 100 p.

21. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Carmen L. O. O. More, Carla Ribeiro. – Florianópolis, 2010.55 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família). Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

22. Marques Marília Braga, Silva Maria Josefina da, Coutinho Janaína Fonseca Victor, Lopes Marcos Venícios de Oliveira. Assessment of self-care competence of elderly people with diabetes. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Apr [cited 20¹⁵ Nov 26]; 47(2):415-420.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200020>.

23. Lessmann Juliana Cristina; Silva Denise Maria Guerreiro Vieira da; Nassar Silvia Modesto. Mulheres com Diabetes mellitus tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(n.esp.1):81-6.

24. Linhares Rogério da Silva, Horta Bernardo Lessa, Gigante Denise Petrucci, Dias-da-Costa Juvenal Soares, Olinto Maria Teresa Anselmo. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Mar [cited 2015 Nov 26];28(3):438-447. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300004>.

25. Freire Paulo. *Pedagogia da Esperança: um encontro com a pedagogia do oprimido*. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011d.

26. Kessler RMG; Heberle NE; Carpes Nathana ML. Grupo de Educação em Saúde e Mudanças em Hábitos de Vidas. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, 2014;5(3):49-53.

27. Chibante CLP, Sabóia VM, Teixeira ER, Silva JLL. Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador. 2014,28(3):235-243.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta de intervenção educativa como estratégia para o autocuidado em DM 2 possibilitou um caminho para ressignificação do modo de viver, que envolve desafios cotidianos para os quais o sujeito precisa estar preparado. O seu desenvolvimento permitiu a troca de experiências entre os participantes, mas sobretudo interação, compartilhamento de ideias e reflexões sobre seu dia a dia, exercitando o protagonismo e a autonomia.

A intervenção educativa é uma ferramenta imprescindível para este modo de cuidar compartilhado, com base em conhecimento e capacidade para tomada de decisão consciente. Quando realizada em atividades coletivas facilita a organização do trabalho das equipes, otimiza o tempo e contribui com outros aspectos reconhecidamente valorizados por experiências de grupo.

O enfermeiro, cabe ressaltar, é um profissional cuja participação nesse processo pode ser de grande contribuição, visto que, no desempenho de suas funções, assume naturalmente o contato mais direto com esses sujeitos, estabelecendo vínculos fundamentais. Sabe-se que a verdadeira transformação surge internamente e só assim pode promover resultados valiosos, caminho que se buscou em companhia de Paulo Freire, pautados no diálogo, na escuta, no respeito ao outro.

A convivência com uma condição crônica como a diabetes, é uma experiência cercada por múltiplas dimensões, mas que essencialmente confronta o sujeito com a necessidade de ressignificar suas escolhas. Com conhecimento, apoio da equipe de saúde e potencial participação do enfermeiro, esse sujeito autônomo lida algumas vezes com a ambiguidade.

Maneiras de viver com a condição de saúde são diferenciadas, o que implica em arbítrio, posto que o autocuidado é algo que se realiza no cotidiano. O desenvolvimento da intervenção educativa como estratégia para o autocuidado de pessoas com DM 2 em uso de insulina propiciou aos participantes a ação-reflexão a respeito de sua condição de saúde, apoiada nos princípios de Paulo Freire.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Claudia Ruas. **Automonitoramento de Glicemia Capilar em Domicílio: Avaliação de uma Estratégia Implementada no Município de Vitória, E.S.** Monografia (Especialização em Epidemiologia Aplicada a Gestão dos Serviços de Saúde) – Centro de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2013. 28 f.
- ANDRADE, Glícia Kelline Santos. Análise do discurso: o poder da persuasão e papel da memória. In: Encontro Interdisciplinar de Língua e Literatura- ENILL, 3, 2012, Itabaiana. **Anais eletrônicos**. Itabaiana: Universidade Federal de Sergipe; 2012.
- ARRUDA, Cecília; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem as pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.5, p. 758-66, set./out. 2012.
- BAQUEDANO, Irasema Romero et al. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.4, p. 1017-1023, dez. 2010.
- BERGOLD LB; ROHR RV; ALVIM NAT. Análise musical de uma estratégia de cuidado grupal: funções terapêuticas da música para sistemas familiares durante quimioterapia. In **Cantare: Rev. do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**. Curitiba: 2012; v.3, p 42- 63.
- BICUDO, S.D.S. **Estilo de vida em portadores de diabetes mellitus tipo 1: um enfoque diferenciado para a prática da Enfermagem**. 2000. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- BONETTI, Albertina; SILVA, Denise Guerreiro V. da; TRENTINI, Mercedes. O método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 179-183. Jan./Mar. 2013.
- BOTH, Juliane Elis et al. Tendências na construção do conhecimento em enfermagem: idoso e autocuidado. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 12, n. 39, p. 44-52, jan/mar. 2014.
- BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF 20.9.1990. Disponível em < <http://www.in.gov.br> >. Acesso em: 01 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica nº 16**. Brasília: 2006a.

_____. Lei nº 11.347 de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Edição Número 187 de 28/09/2006, Brasília, 2006b.

_____. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, nº 198 de 15/10/07, Brasília, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html?tmpl=..>> Acesso em: 01 de abril de 2014.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em: junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL BRASIL 2013- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2014b.

CALHEIROS, Paulo Renato Vitória; ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Motivação para mudança nos comportamentos adictivos. In: OLIVEIRA, Margareth da Silva. **Temas em Psicologia Clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 115-124.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reflexões sobre a clínica ampliada em Equipes de Saúde da Família. In: _____. **Saúde Paidéia**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.68-77.

CAVALCANTI, Ana Maria. **Autocuidado apoiado**: caderno de exercícios. Curitiba: Secretaria Municipal da saúde, 2012.

CHAVES, Miriam de Oliveira; TEIXEIRA, Mirian Rose Franco; SILVA, Sílvio Éder Dias da. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 66, n. 2, p. 215-21, mar/abr. 2013.

CYRINO, Antonio Pithon; SCHRAIBER, Lilia Blima; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. **Interface** (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, n.30, pp. 93-106. ISSN 1807-5762.

FEYER, Iara Simoni Silveira. **Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 251 p. Dissertação (mestrado), Florianópolis. 2012.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-11, jan/mar. 2007.

FRANCO, Laércio Joel. Diabetes: aspectos epidemiológicos. In: LYRA, Rui; CAVALCANTI, Ney. **Diabetes Mellitus**. 2. ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 50ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011b.

_____. **Educação como Prática da Liberdade**. 14ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011c.

_____. **Pedagogia da Esperança**: um encontro com a pedagogia do oprimido. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011d.

FUNNELL et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. **Diabetes Care**. v. 33, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1.toc> acesso em 10 de junho de 2014.

GALINDO, Vanessa; LYRA, Rui; CAVALCANTI, Ney. Definição, diagnóstico e classificação dos distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono. In: LYRA, Rui; CAVALCANTI, Ney. **Diabetes Mellitus**. 2. ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo (SP): Atlas, 2010.

KARTER, Andrew J. et al. Self-monitoring of blood glucose levels and glycemic control: the northern California Kaiser Permanente Diabetes registry. **The American Journal of Medicine**, v. 111. p. 1-9, jul. 2001. Disponível em: <[http://www.amjmed.com/issue/S0002-9343\(00\)X0100-3](http://www.amjmed.com/issue/S0002-9343(00)X0100-3)> acesso em: 25 de maio de 2014.

KARTER, Andrew J. et al. Longitudinal Study of New and Prevalent Use of Self-Monitoring of Blood Glucose. **Diabetes Care**, v. 29, n. 8, ago. 2006. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/29/8/1757.full>> acesso em: 25 de maio de 2014.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da enfermagem: semelhanças e peculiaridades. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a31.htm>> Acesso em 25 de maio de 2014

LANGE, Ilta et al. **Fortalecimiento del autocuidado como estratégia de la Atención Primaria en Salud**: la contribución de las instituciones de salud em América Latina. Geneva: OPAS, 2006.

LYRA, Rui; CAVALCANTI, Ney. **Diabetes Mellitus**. 2. ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2009.

MARAGNO, Soraya Baião. **Adesão de mulheres idosas aos cuidados e tratamento da diabetes mellitus**. 2011. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MATOS, Thais Alves. **Cuidados Paliativos**: a realidade de uma unidade de emergência hospitalar e os caminhos na construção de diretrizes para o cuidado sob a ótica da enfermagem. 2015. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. 204p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRA, Giane Sprada; CANDIDO, Lys Mary Bileski, YALE Jean François. Performance de glicosímetro utilizado no automonitoramento glicêmico de portadores de diabetes mellitus tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 541-9, jun. 2006.

MORSE, Janice M; FIELD, Peggy Anne. **Qualitative research methods for health professionals**, 2 ed. London: Sage, 1995. 254p.

OLIVEIRA, Mônica; LYRA, Ruy; CAVALCANTI, Ney. Abordagem geral no tratamento da diabetes. In: LYRA, Rui; CAVALCANTI, Ney. **Diabetes Mellitus**. 2. ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2009.

OLIVEIRA, Kelli Cristina Silva de; ZANETTI, Maria Lúcia. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol. 45, n.4, p. 862-8. Ago. 2011.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.**

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de discurso: princípios & procedimentos**. 11. ed. Campinas, SP: Pontes, 2013. 100 p.

PAIM, Lygia; TRENTINI, Mercedes. A Pesquisa Convergente Assistencial em seus atributos. In: TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro V. da. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças na práticas de saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 17-29.

PAIM, et al. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 380-6. Jul/Set. 2008.

PAIM, Lygia; TRENTINI, Mercedes; MADUREIRA, Valéria S. Faganello; STAMM, Maristela. Pesquisa Convergente-Assistencial e sua aplicação em Cenários da Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.13 , n.3 , p. 380-386, 2008.

PIVOTO, Flávia Lamberti et al . Pesquisa convergente-assistencial: revisão integrativa de produções científicas da enfermagem. **Texto Contexto da Enfermagem**, Florianópolis , v. 22, n. 3, Sept. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300034&lng=en&nrm=iso>. access on 03 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300034>>

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C.; NORCROSS, Jonh C. In search of how people change: applications to addictive behaviour. **American Psychologist**, Washington, v. 47, n.9, p. 1102-1114, Set. 1992.

REIBNITZ, Kenya Schmidt et al. pesquisa convergente-assistencial: estudo bibliométrico de dissertações e teses. **Texto e Contexto da Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 702-7. Jul/set. 2012.

ROCHA, Patricia Kuersten; PRADO, Marta Lenise do; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65 n.6 p. 1019-25, nov/dez. 2012.

RODRIGUES, Flávia Fernanda Luchetti et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta paulista de enfermagem**, [online]. 2012, vol.25, n.2, pp. 284-290. ISSN 0103-2100.

ROHR, Roseane Vargas. **Educação em saúde facilitada por música: uma estratégia de cuidado e pesquisa em enfermagem junto a sujeitos com diabetes mellitus tipo 2**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 196 p., Tese (Doutorado), Rio de Janeiro. 2013.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

SAMPAIO, Cynthia de Freitas; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Processo de enfermagem como estratégia no desenvolvimento de competência para o autocuidado. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, vol. 25, n. 2, p. 96-103. 2012.

SANTOS, Simone Vidal. **Guia para prevenção e tratamento de lesões de pele em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal: uma construção coletiva da equipe de enfermagem**. 2014. 207 p. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SANTOS FILHO, Carlos Victor dos; RODRIGUES, Wilma Helena Carvalho; SANTOS, Rita Batista. Papéis de autocuidado: subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes Mellitus. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 125-9. Mar. 2008.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SOTERO, Raimundo. Papel da educação no tratamento do diabético. In: LYRA, Rui; CAVALCANTI, Ney. **Diabetes Mellitus**. 2. ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2009.

TORRES, Heloísa de Carvalho; PEREIRA, Flávia Rodrigues Lobo; ALEXANDRE, Luciana Rodrigues. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45 n. 5, p. 1077-1082, out. 2011.

TRENTINI, Mercedes; DIAS, Lygia Paim Müller. Ser mais: uma possibilidade de promover saúde pela prática educativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 53-61, jan./abr. 1997.

TRENTINI, Mercedes; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Pequenos grupos de convergência – um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.1, p.63-78, jan./abr. 2000.

TRENTINI, Mercedes; LENARDT, Maria Helena. Entrevista conversação: instrumento propício para o cuidado integral de enfermagem aos idosos em condições crônicas, In: TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; GUERREIRO, Denise. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2014, p. 164.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004. 141 p.

VERAS, Vivian Saraiva et al. Assessment of metabolic control among patients in a capillary glucose self-monitoring program. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo, v.25, n.3, p. 453-458, 2012.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. Escola Técnica do SUS. Manual das Práticas de Integração Ensino-Serviço de Vitória. **Manual de orientações pesquisa em saúde no município de Vitória-ES**. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140127_escoladesaude_manual.pdf> Acesso em: 15 de julho de 2014.

XAVIER, Antônia Tayana da Franca; BITTAR, Daniela Borges; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo de. Crenças no Autocuidado em Diabetes-Implicações para a Prática. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.1, p. 124-30. Jan/Mar. 2009.

ZIMERMAN, David E. Como agem os grupos terapêuticos. In: ZIMERMAN, David E; OSORIO, Luiz Carlos [*et al.*]. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 119.

APÊNDICES

APÊNDICE A

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO – GUIA DE BOLSO

- Elaboração de um guia de bolso com a apresentação da proposta de intervenção educativa para pessoas Diabetes Mellitus tipo 2 em uso de insulina.

Um dos objetivos da elaboração desse material é oferecer uma oportunidade de conhecimento dessa Proposta de Intervenção Educativa para Pessoas Diabetes Mellitus Tipo 2 em uso de insulina pelo maior número de profissionais de saúde que queiram compartilhar ideias inovadoras para qualificar a atenção em diabetes.

Um roteiro simples que traz informação essencial para a aplicação de uma nova prática é o que apresentamos neste Guia de Bolso que ao ser disponibilizado para consulta imediata, possibilita o desenvolvimento da proposta mantendo fidelidade aos princípios que a norteiam.

O presente material condensa de modo simplificado e esquemático o método para realização da intervenção, de modo a facilitar o acesso aos profissionais de saúde e sua aplicação nos serviços.

Ao mesmo tempo, a apresentação esquemática favorece a organização sequencial de etapas do processo em respeito à experiência do estudo cujos resultados justificaram esta publicação.

O Guia traz o passo a passo da formação e funcionamento do grupo de convergência e da intervenção educativa para o autocuidado em diabetes mellitus e sobretudo, esclarece como realizar a intervenção pautada nos fundamentos de respeito mútuo, liberdade e confiança, inspirados por Paulo Freire, com foco no protagonismo e autonomia dos sujeitos.

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO
EDUCATIVA PARA PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM
USO DE INSULINA**

GUIA DE BOLSO

**Dissertação de Mestrado
Profissional em Enfermagem**

Claudia Ruas Alves

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sheilla
Diniz Silveira Bicudo

Este material foi desenvolvido com linguagem objetiva a fim de facilitar o acesso à sua leitura. Destina-se especialmente aos profissionais de saúde que desejem realizar intervenção educativa para autocuidado em diabetes e para isso queiram utilizar uma metodologia pautada em princípios dialógicos inspirados em Paulo Freire.

APRESENTAÇÃO

Este guia é resultado da dissertação de mestrado intitulada:

Proposta de Intervenção Educativa para Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Uso de Insulina: uma contribuição para a Prática do Autocuidado - Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

É especialmente direcionado às equipes de saúde que atuam na atenção a pessoas com diabetes, oferecendo subsídio para qualificar suas ações.

É uma proposta de intervenção educativa inspirada nos princípios de Paulo Freire ^(1; 2; 3; 4) realizada em grupo em um modelo dialógico libertador, como parte das ações de atenção integral em diabetes para estimular o autocuidado ⁽⁵⁾.

Na base de todo processo grupal o universo de valores que Freire ^(1; 2; 3; 4) utiliza na defesa de seus argumentos sustenta este modelo que aposta na autonomia.

Permeada pelo amor, confiança, respeito e ética, esta intervenção favorece o desenvolvimento da consciência crítica, do protagonismo e o exercício da liberdade ^(1; 2; 3; 4).

PARTICIPANTES

O grupo deve ser composto por 8 a 10 participantes, podendo variar, porém, recomenda-se manter este parâmetro ^(6; 7).

Idade e sexo não são critérios fundamentais na seleção dos participantes do grupo ⁽⁷⁾.

ENCONTROS

Cada grupo terá quatro encontros com duração máxima de 90 minutos que ocorrerão em intervalos semanais ⁽⁷⁾.

O caráter cíclico dos encontros possibilita que os participantes permaneçam vinculados ao grupo se assim o desejarem, enquanto novos integrantes se inserem em um processo que se inicia para uns e continua para outros ⁽⁷⁾.

Um novo grupo pode ser composto por novos participantes ou não.

Em comum os participantes tem a diabetes tipo 2, o uso de insulina e os desafios cotidianos da convivência com ambas.

Os temas gerados no grupo devem tratar dessas questões, conforme objetivo da intervenção educativa, mas os participantes definem os temas a serem discutidos conforme interesse surgido no grupo.

Questões geradoras podem servir de estímulo à reflexão e podem ser usadas pelos profissionais de saúde como ponto de partida para as discussões.

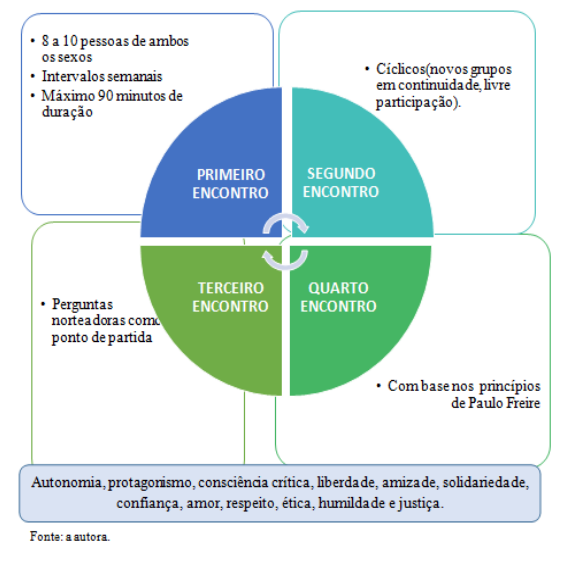
A possibilidade de participação ativa dos sujeitos desperta a autonomia necessária para a ação.

A intervenção educativa pautada no diálogo possibilita a expressão de sentimentos e da realidade individual.

O despertar da consciência crítica nesse ambiente de respeito, solidariedade e amor possibilita escolhas subsidiadas pelo protagonismo dos sujeitos.

O autocuidado em diabetes é fruto das transformações verdadeiras de cada um, facilitadas por uma experiência em que inspirados em Paulo Freire os participantes praticam seu arbítrio.

Figura 1. Proposta de intervenção educativa para pessoas diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. Vitória, ES. 2015.



REFERÊNCIAS

ALVES, Claudia Ruas. **Proposta de intervenção educativa para pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina: uma contribuição para a prática do autocuidado.** 2015. Dissertação (Mestrado Profissional de Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

FREIRE Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** 50ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011b.

FREIRE, Paulo. **Educação como Prática da Liberdade**. 14ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011c.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança**: um encontro com a pedagogia do oprimido. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011d.

LANGE, Ilta et al. **Fortalecimiento del autocuidado como estratégia de la Atención Primaria en Salud**: la contribución de las instituciones de salud em América Latina. Geneva: OPAS, 2006.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004. 141 p



APÊNDICE B
FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA				
IDENTIFICADOR			IDADE:	SEXO () M () F
	RELIGIÃO () Católica () Evangélica () Espírita () Outra () Sem Religião			
	RAÇA/COR () Branca () Negra () Parda () Índigena () Amarela			
	ESCOLARIDADE () Não Alfabético () Escreve/Lê () Ens. Fund. Incomp., () Ens. Fund. Comp. () Ens. Sup. Incomp. () Ens. Sup. Comp. () Pós Graduação _____			
	MORA COM:		RENDA FAMILIAR APROXIMADA:	
DADOS CLÍNICOS DO ÚLTIMO TRIMESTRE	TEMPO APROXIMADO DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES (dias/meses/anos)_____			
	TEMPO DE USO DA INSULINA (dias/meses/anos)_____			
	ÚLTIMO RESULTADO HbA1c _____% DATA ___/___/___			
	CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL: _____ cm		IMC: _____	PA ___/___ mmHg
	COMORBIDADES:			
	MEDICAÇÕES EM USO :		TABAGISTA () Sim () Não () Ex-Tabagista Há quanto tempo _____ Nº Cigarros /Dia _____	
INCLUSÃO NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM GRUPO				
() Sim () Não				
OBSERVAÇÕES				

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Prezado (a) Sr(a):

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa realizada pelo Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem.

Projeto: Intervenção Educativa para o Autocuidado de Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Uso de Insulina

Pesquisador Responsável: Claudia Ruas Alves **Orientadora:** Prof^a Dr^a Sheilla Diniz Silveira Bicudo

1- Objetivo do estudo

A presente pesquisa tem como objetivo analisar a contribuição da intervenção educativa para o autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina atendidas no Centro Municipal de Especialidades de Vitória-ES.

2- Como se dará a participação no estudo

A sua participação se dará pela assinatura deste termo em duas vias (uma destinada ao participante e a outra destinada ao pesquisador) e por meio de resposta a uma entrevista feita pela pesquisadora que abordará dados sócio demográficos, epidemiológicos e clínicos, sendo necessário um tempo estimado em torno de 15 minutos para o seu preenchimento. Seu prontuário poderá ser acessado para registro de informações como valores de resultados de exame de hemoglobina glicada, pressão arterial, índice de massa corpórea e peso, Você poderá ser convidado(a) a participar de um grupo de aproximadamente 8 a 10 pessoas que se reunirá no Centro Municipal de Especialidades de Vitória, uma vez por semana durante um mês, em datas e horários a serem combinadas, com duração média de uma hora e trinta minutos. Nesses encontros do grupo serão discutidos temas

referentes ao autocuidado em diabetes e muitas dúvidas poderão ser esclarecidas e algumas orientações serão dadas. As falas dos participantes do grupo serão gravadas pelo pesquisador para posterior registro, mas as identidades dos participantes serão preservadas. Após o estudo as gravações serão eliminadas.

3- Direito de recusa em participar da pesquisa a qualquer tempo

A sua participação deve ser livre e voluntária, sendo que a sua recusa não acarretará nenhum tipo de ônus ou prejuízo pessoal. Também fica garantido o direito de retirada do aceite na participação a qualquer tempo, sem nenhuma penalidade.

4- Riscos e desconfortos

Esse estudo poderá oferecer um risco mínimo e transitório, no caso de haver constrangimento ao falar do seu dia a dia com a diabetes.

5- Benefícios

Esse estudo poderá oferecer benefícios relacionados à reflexão sobre aspectos do autocuidado em diabetes.

6- Garantia do sigilo à pessoa e confidencialidade dos dados coletados

Será garantido o sigilo de todos os dados obtidos. Cada participante será identificado apenas por uma letra do alfabeto, conhecido apenas pelas pesquisadoras. Nenhuma informação será reportada com identificação pessoal. Todos os cuidados serão tomados para a manutenção da não identificação do participante. Os dados coletados serão lançados nos resultados da pesquisa, os quais ficarão retidos pela pesquisadora, para uso dessas informações no estudo. Caso a pesquisa seja publicada, ou divulgada em jornais e/ou revistas científicas nacionais e/ou internacionais, toda e qualquer identidade permanecerá confidencial utilizados na divulgação.

7- Ressarcimento financeiro

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Haverá ressarcimento dos valores

relativos ao custo da passagem de ônibus, ida e volta ao Centro Municipal de Especialidades de Vitória nos dias dos encontros, para cada um dos participantes.

8- Esclarecimento de dúvidas a qualquer tempo

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos que considere necessário sobre o estudo, ou mesmo notificação de acontecimentos não previstos, o mesmo poderá entrar em contato a qualquer momento com:

9- Apreciação ética do estudo

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Ciências da Saúde -UFES (parecer número 833.871), estando este localizado no endereço Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES. Sendo possível o seu contato pelo telefone 3335-7211 e e-mail cep.ufes@hotmail.com.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu, _____ portador(a) do RG _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. A pesquisadora Claudia Ruas Alves certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei procurar a pesquisadora no Centro Municipal de Especialidades de Vitória- Dr Aprígio(CMEV), localizado na Av Dário Lourenço de Souza, 120, Mario Cypreste, em frente ao Centro Esportivo “Tancredão”, telefone 33223454 ou Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Ciências da Saúde -UFES, localizado na Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES. CEP. 29075.080, telefone 3335-7211 e e-mail cep.ufes@hotmail.com.

Declaro que entendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e voluntariamente aceito participar deste estudo. Assino e recebo uma cópia

deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, ficando em minha posse uma cópia assinada. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e retirar minha decisão se assim o desejar.

Vitória, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Voluntário/ Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A BUSCA PELO AUTOCUIDADO PARA QUEM VIVE COM DIABETES: UMA EXPERIÊNCIA FACILITADA PELA AÇÃO EDUCATIVA

Pesquisador: CLAUDIA RUAS ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34804814.5.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 833.871

Data da Relatoria: 28/10/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Enfermagem – Mestrado Profissional CCS – UFES

Autora: Cláudia Ruas Alves

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sheilla Diniz Silveira Bicudo

Tem como objetivo analisar a contribuição da ação educativa para o autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina atendidas no Centro Municipal de Especialidades de Vitória-ES. O autocuidado para quem vive com diabetes é parte essencial do tratamento, porém, envolve modos diversos de lidar com a questão onde cada sujeito coparticipa e se corresponsabiliza, ao seu modo, no planejamento e operacionalização do próprio cuidado. Acredita-se que esta experiência possa ser facilitada pela ação educativa e nesta perspectiva o estudo será realizado a partir da formação de grupos de convergência com

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 833.871

8 a 10 pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou maior que 30 anos, aplicando-se a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial, que possibilita uma articulação entre pesquisadores e pesquisados, prática e pesquisa, com participação ativa dos sujeitos. Para formar os grupos, serão convidados a participarem da pesquisa, aqueles que passarem por consulta da especialidade médica endocrinologia e cuja hemoglobina glicada for igual ou maior que 7%. Após uma entrevista individual será realizado 1 encontro semanal do grupo, totalizando 4 encontros, onde em cada uma pesquisadora proporá a discussão sobre um tema específico a partir de uma pergunta norteadora. Na entrevista e na circulação livre das falas em cada encontro, serão coletados os dados por gravação previamente autorizada e em seguida, os registros serão transcritos e analisados seguindo as etapas de apreensão, síntese, teorização e transferência de Trentini e Paim(2004) e com uso da ferramenta Análise do Discurso.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a contribuição da ação educativa para o autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina atendidas no Centro Municipal de Especialidades de Vitória-ES.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

*Esse estudo poderá oferecer um risco mínimo e transitório, no caso de haver constrangimento ao falar do seu dia a dia com o diabetes.

Benefícios:

*Esse estudo poderá oferecer benefícios relacionados à reflexão sobre aspectos do autocuidado em diabetes.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 833.871

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa relevante com benefícios prevalecendo sobre os riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: adequado

Projeto: adequado

Carta de anuência: adequado

TCLE: adequado

Recomendações:

- Verificar a Resolução CNS no 466/12

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 16 de Outubro de 2014

Assinado por:
Cynthia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep@ccs.ufes.br