



AValiação de uma intervenção grupal: qualidade de vida e autonomia em usuários com diabetes mellitus
EVALUATION OF A GROUP INTERVENTION: QUALITY OF LIFE AND AUTONOMY IN USERS WITH DIABETES MELLITUS
EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN DE GRUPO: CALIDAD DE VIDA Y AUTONOMÍA EN USUARIOS CON DIABETES MELLITUS

Anne Cristine Becchi¹, Hosanna Pattrig Fertonani², Cristiano Pedro de Jesus Fagundes³, Sonia Silva Marcon⁴
Elinay Franciely Alves de Almeida⁵, Pricilla Rosa Mendonça⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar o potencial de uma intervenção grupal junto às pessoas com Diabetes Mellitus e familiares no contexto da Estratégia Saúde da Família, para o desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida. **Método:** estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, com os dados produzidos por meio de estudo documental e entrevistas semiestruturadas, junto a pessoas com Diabetes Mellitus e familiares, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 02664012.0.0000.0104. **Resultados:** foram referidos benefícios como troca de experiências e conhecimentos sobre a doença e medicações, melhora na integridade corporal e na dieta alimentar, além de apoio emocional e facilidade de acesso aos demais serviços de saúde. Identificamos baixa efetividade no desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida, além de práticas distantes dos preceitos da Promoção à Saúde. **Conclusão:** é necessário combinar diferentes tecnologias para fortalecer as ações de Promoção da Saúde nos serviços de saúde do Brasil, além de apoio familiar. **Descritores:** Promoção da Saúde; Avaliação de Programa e Projetos de Saúde; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Objective: evaluating a group intervention potential for those with Diabetes Mellitus and family in the context of the Family Health Strategy, developing the independence and quality of life. **Method:** an exploratory descriptive study, of a qualitative approach with the data produced data produced by means of semi-structured interviews and documentary study with the people with Diabetes Mellitus and family, after approval by the Research Ethics Committee, CAAE: 02664012.0.0000.0104. **Results:** benefits were referred as exchange of experiences and knowledge about the disease and medications, improvement of body integrity and diet, as well as emotional support and ease of access to other health services. There were identified low effectiveness in developing autonomy and quality of life, and distant practice of precepts of Health Promotion. **Conclusions:** it is necessary to combining different technologies to strengthening the actions of health promotion in health services in Brazil, and family support. **Descriptors:** Health Promotion; Program Evaluation and Health Projects; Diabetes Mellitus.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el potencial de una intervención de grupo a las personas con Diabetes Mellitus y su familia en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia, para el desarrollo de la independencia y la calidad de vida. **Método:** es un estudio exploratorio descriptivo, de enfoque cualitativo con los datos producidos por estudio documental y entrevistas semi-estructuradas con personas con Diabetes Mellitus y su familia, después de la aprobación por el Comité de Ética de la Investigación, CAAE: 02664012.0.0000.0104. **Resultados:** fueron referidos beneficios, como el intercambio de experiencias y conocimientos sobre la enfermedad y los medicamentos, la mejora de la integridad corporal y la dieta, así como el apoyo emocional y la facilidad de acceso a otros servicios de salud. Identificar baja efectividad en el desarrollo de la autonomía y la calidad de vida, y las prácticas distantes de los preceptos de Promoción a la Salud. **Conclusiones:** es necesario combinar diferentes tecnologías para fortalecer las acciones de promoción de la salud en los servicios de salud en Brasil, y el apoyo familiar. **Descriptores:** Promoción a la Salud; Evaluación del Programa y Proyectos de Salud; Diabetes Mellitus.

¹Educadora Física, Especialista em Políticas Públicas para Infância e Adolescência e em Exercícios Personalizados, Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. Email: anne_becchi@hotmail.com; ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. Email: hpferonani@uem.br; ³Terapeuta Ocupacional, Mestrando em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. Email: pjag@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. Email: soniasilva.marcon@gmail.com; ⁵Enfermeira, Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica e Neonatal, Universidade Estadual do Paraná. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: elinayfrancielly@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Pós Graduanda em Enfermagem do Trabalho, Centro Universitário Uninter. Curitiba (PR), Brasil. Email: primendona@hotmail.com



INTRODUÇÃO

As doenças crônicas e não transmissíveis (DCNT) têm sido motivo de preocupação mundial nas últimas décadas, seja no meio acadêmico, político e social, face ao seu crescimento expressivo e ao impacto nos índices de morbi-mortalidade e nas implicações na qualidade de vida e autonomia das pessoas acometidas por estes agravos.^{1,2}

O Diabetes Mellitus (DM) destaca-se como uma doença crônica, de impacto mundial que afeta o sistema cardiovascular, podendo ocorrer em qualquer faixa etária. No Brasil, estima-se que, mais de 5 milhões de pessoas sejam diabéticas e que em 2025, possam existir aproximadamente 11 milhões de indivíduos afetados por esta enfermidade. Sua prevalência atinge 5,6% da população adulta com mais de 18 anos, sendo que, na faixa etária dos 65 anos de idade ou mais, alcança 21,6%. Mais de 3 milhões de diabéticos, são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e quase metade destes, desconhecem a doença ou não fazem o tratamento adequado.^{1,3}

Este quadro geralmente eleva os gastos do sistema público de saúde, com internações por complicações, aposentadorias precoces por incapacidade e promovem alteração na qualidade de vida e autonomia das pessoas com diabetes e na família. Desta forma, a DM se constitui em um problema de saúde pública, que requer intervenções políticas, da sociedade e atenção diferenciada dos serviços de saúde, em destaque, a Atenção Primária a Saúde (APS), onde a maioria dos afetados podem ser tratados.^{1,2}

O diagnóstico precoce da DM vem sendo prioridade do Ministério da Saúde no âmbito do SUS. Em destaque “o desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT, seus fatores de risco e fortalecimento dos serviços de saúde”^{2:7}. Estas estratégias devem ser empreendidas pelas Equipes Saúde da Família (ESF), envolvendo a promoção da saúde, a prevenção e o controle destas enfermidades.^{1,4,5}

No atendimento aos hipertensos e diabéticos, a Promoção da Saúde (PS) é valorizada no enfrentamento do quadro alarmante de aumento das doenças crônicas. Trata-se de um campo constituído de práticas e conceitos que enfatizam as múltiplas dimensões envolvidas no processo de viver, que em geral, afetam as condições de saúde e vida dos indivíduos, assim como, os aspectos comportamentais do indivíduo, família e

comunidade, especialmente aqueles que levam à riscos e vulnerabilidades.^{6,7}

A abordagem dos fatores de risco, na sociedade contemporânea se torna um desafio para os serviços de saúde, considerando a complexidade dos eventos, como a violência urbana, o fenômeno do envelhecimento e estilo de vida, por exemplo. Novos modos de viver e hábitos como o tabagismo, o sedentarismo, o consumo excessivo de sal, bebidas alcoólicas e alimentação industrializada, possuem papel protagônico sobre as condições de saúde dos indivíduos e impactam sobre as doenças crônicas.²

Não obstante, os fatores associados à baixa adesão dos indivíduos aos comportamentos potencializadores da saúde, tornam o trabalho das equipes de saúde complexo, sendo um ponto frágil e desafiante da PS.⁸ A intervenção grupal vem sendo considerada uma metodologia eficiente, no que tange à mudanças de comportamentos e estilos de vida com potencial para a saúde. Assim, a participação do indivíduo com DM em grupos é uma alternativa potencializadora, pois proporciona o convívio entre pessoas em situação similares de necessidades, apoio emocional e capacitação para estes atuarem como co-participantes no controle da sua saúde e na qualidade de vida.⁹⁻¹⁰

Apesar desta constatação, o desenvolvimento da PS nos serviços de saúde ainda é limitado. Trata-se de um campo complexo, polissêmico e pouco conhecido. Em geral são destacadas as dificuldades para a operacionalização destas ações, bem como para a avaliação dos seus resultados, na medida em que se identifica uma polissemia de significados, conceitos e uma multiplicidade de ações, de vários atores com diferentes formações. Nestas condições, surge a necessidade de pensar em estratégias metodológicas que permitam avaliar as intervenções em promoção da saúde.¹¹

OBJETIVO

- Avaliar o potencial de uma intervenção grupal junto às pessoas com Diabetes Mellitus e familiares, no contexto da Estratégia Saúde da Família, para o desenvolvimento da autonomia e qualidade de vida.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa.¹² O campo de estudo foi uma Unidade de Saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Maringá/PR, focando o cenário assistencial de uma equipe da Estratégia Saúde da



Família/ESF, no desenvolvimento de uma intervenção em grupo, voltada para usuários com diabetes.

A produção de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2012, por meio de estudo documental e entrevista semiestruturada. No primeiro momento, os pesquisadores aproximaram-se do serviço de saúde, para selecionar os sujeitos, por meio de consulta aos prontuários disponíveis no sistema de informação eletrônico. Os informantes do estudo foram os usuários com Diabetes e os familiares que acompanham de perto a vivência da doença, totalizando 34 sujeitos.

No segundo momento, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas nos domicílios dos entrevistados. Estas tiveram duração média de 40 minutos, sendo previamente agendadas e após autorização dos participantes, gravadas em aparelho digital. A interpretação da perspectiva dos entrevistados foi fundamentada com base no referencial teórico da Promoção da Saúde e em diálogo com autores da Antropologia da Saúde.

O estudo foi conduzido em consonância com as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde com a aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº. 29249), bem como dos órgãos responsáveis pela Unidade de Saúde. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para garantir o seu anonimato, empregamos as letras U para Usuários e as letras C para os cuidadores e um número indicativo da ordem de realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos discursos permitiu identificar a diversidade de práticas presentes na intervenção grupal da equipe de ESF investigada, que confrontadas com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), identifica-se que as ações operadas neste processo, estão distantes dos preceitos políticos e ideológicos de promoção da saúde, com predomínio de abordagens de prevenção de doenças.

O processo grupal investigado estrutura-se com encontros trimestrais, caracterizados por orientações educativas sobre temas variados, verificação de peso e de circunferências (cintura, quadril e abdominal), avaliação da glicemia capilar, consulta de enfermagem, consulta médica, dispensação de receitas,

controle e entrega de medicamentos, bem como, agendamento para a próxima intervenção grupal.

A faixa etária dos usuários entrevistados que participam dos encontros grupais, variou entre os 44 aos 82 anos e a dos familiares entre os 22 aos 64 anos, com predomínio do sexo feminino. Quanto à escolaridade, a maioria possui ensino fundamental incompleto, são casados, divididos entre evangélicos e católicos. A seguir apresentamos a perspectiva dos sujeitos investigados sobre o processo grupal e as aproximações e dificuldades com a autonomia e qualidade de vida.

♦ Benefícios da Intervenção grupal

A abordagem grupal tem sido incentivada pelo Ministério da Saúde e adotada pelas ESF, especialmente na atenção às doenças crônicas. As atividades com grupos são incorporadas pelo SUS e estimuladas como um modelo que amplia o entendimento do usuário sobre seu problema de saúde.¹³

A participação na abordagem grupal foi referida pelos usuários como oportunidade para troca de experiências e informações entre os indivíduos que compartilham o mesmo problema de saúde, sobre a doença, seu tratamento e as formas de controlar seus agravos.

[...] o controle melhor da medicação, o fato de saber o horário certo e correto de tomar, administrar a insulina, o lugar de guardar na geladeira, vários fatores assim, que ajudam bem. (U12)

Para gente ficar mais informado, porque a gente sozinha não sabe se cuidar e a gente assistindo o grupo, a gente vê onde está acertando e onde está errando. (U5)

Também observamos certa preocupação dos usuários com relação ao acesso às medicações e a outros serviços desenvolvidos na Unidade de Saúde, como vacinação e a verificação dos níveis glicêmicos, sendo o encontro grupal um espaço que possibilita atender estas necessidades.

[...] o benefício é porque a gente fica mais livre para poder pegar a insulina, os remédios da gente, para poder chegar mais fácil. (U14)

[...] preciso ir lá para medir, ver como é que está (glicemia). (U7)

[...] eu tomei a vacina da gripe, fiz minha carteirinha que eu uso no mundo todo, há é bom para tudo. (U6)

Para o controle adequado da DM, cabe salientar que é imprescindível conhecer aspectos relativos à administração e conservação dos medicamentos prescritos. Neste aspecto, as informações recebidas nos



grupos contribuíram para a adesão aos medicamentos e para o controle da enfermidade,¹³ contudo, não são aspectos únicos a se observar nestas condições. As ações de promoção da saúde ultrapassam o enfoque da doença, sendo constituída por diretrizes voltadas para a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas, visando a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde e modos de viver mais seguros e saudáveis.

As ações de PS estão previstas e institucionalizadas politicamente no Brasil, desde 2006, por meio da PNPS. Suas diretrizes visam fortalecer o trabalho das equipes de Saúde da Família na abordagem dos diversos fatores de risco, especialmente para as doenças crônicas, como a promoção de atividade física, de hábitos saudáveis de alimentação, de redução do uso do tabaco e álcool, de prevenção da prevenção da violência, obesidade e de cuidados especiais com o processo de envelhecimento.⁶

Neste processo de abordagem ampla, a autonomia é reconhecida como categoria central da promoção da saúde, com enfoque no fortalecimento da capacidade dos indivíduos, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade. Requer apoio que ultrapassa os serviços de saúde, como a implementação de políticas saudáveis, de ambientes favoráveis, reforço à ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.⁷

A educação em saúde configura-se como uma tecnologia apropriada para o desenvolvimento da promoção da saúde e a autonomia, desde que organizada de forma contínua, flexível e em diálogo com os amplos aspectos envolvidos no processo de viver com a enfermidade, buscando fortalecer a capacidade de ação dos indivíduos para a convivência com a doença, mas com qualidade de vida.

Um dos principais problemas para o enfrentamento da DM é a baixa aderência dos usuários à terapia medicamentosa, assim como para promover a capacitação e autonomia é a baixa aderência dos usuários aos comportamentos saudáveis. Os participantes desta pesquisa apontaram que a participação nos grupos, trouxe benefícios para o controle glicêmico, acesso gratuito aos medicamentos e às informações necessárias para a terapia medicamentosa.

[...] achei bom porque eu não preciso comprar remédio, os remédios, tudo eu pego lá, a insulina, então eu não pago nada. (U8)

O controle melhor da medicação, o fato de saber o horário certo e correto de tomar, administrar a insulina, o lugar de guardar na geladeira, vários fatores assim, que ajudam bem a controlar a diabetes. (U12)

A busca por medicamentos gratuitos tem evidenciado a situação de baixo nível sócio econômico dos usuários SUS, fator que também interfere na adesão aos comportamentos saudáveis. Entretanto, é fundamental que no processo assistencial ou educativo, sejam consideradas necessidades amplas de saúde e superação da visão reducionista da doença e tratamento, considerando que o usuário, quando procura o serviço de saúde, traz consigo diversas necessidades influenciadas pelo seu contexto social, cultural e subjetivo.¹⁴

As intervenções grupais podem apresentar diferentes enfoques e objetivos. Nesta pesquisa identificamos que a abordagem se aproxima do que se define como Grupo Terapêutico, que objetiva a melhoria de patologias específicas dos indivíduos ou do Grupo de Ações Preventivas, baseado na educação clássica informativa que busca reduzir problemas sanitários, sob condutas individuais de autocuidado. Entretanto, no contexto das ESF destacamos como importante alternativa grupal, os Grupos de Promoção à Saúde (GPS) por possuir como objetivo a potencialização das capacidades, mudanças de comportamento e atitudes para o desenvolvimento da autonomia e enfrentamento às condições adversas da vida.

Outro benefício referido foi com relação à atenção humanizada percebida pelos usuários durante a intervenção grupal, pela valorização dos aspectos emocionais e subjetivos.

[...] porque eles me tratam bem, eles nunca me trataram mal. (U3)

[...] Até o modo de comportamento, de tratamento [...]. (U2)

[...] ele (médico) falou que quem tem diabetes tipo 2, não pode ficar agitado, muito nervoso, que ele (diabetes) não controla. (U11)

A humanização tem sido reconhecida como um eixo que possibilita vínculos/laços afetivos entre o usuário e os profissionais de saúde e assim, favorecem o estabelecimento de compromisso e co-responsabilidade entre eles. A equipe de saúde, além de fornecer informações, pode oferecer acompanhamentos mais próximos e com foco em mudanças de atitudes frente à condição de adoecimento e na relação com os modos de lidar com as exigências do tratamento.¹⁵

A atenção à saúde humanizada, de forma afetiva predispõe a uma ação coerente com os



afetos e cognições, condições favoráveis ao desenvolvimento da autonomia, mudança comportamental e consequente adesão ao tratamento.⁹

Os relatos também permitiram constatar outros benefícios como a melhora de sintomas da DM e ainda orientações para cuidados com o corpo, porém atreladas aos efeitos da doença não controlada.

[...] porque eu tinha muita dor nas pernas, [...] “os olhos” só ficavam assim umas nuvens (visão embaçada). (U5)

[...] ter cuidados com o corpo, com os dedos, não machucar, porque se machucar demora a sarar, e se demorar a sarar às vezes pode até ter que amputar o dedo, amputar um braço [...]. (U8)

No que se refere aos cuidados com a alimentação, os usuários demonstraram conhecimento adequado para uma boa alimentação.

[...] não comer as comidas que faz mal para o diabetes não subir, não comer as coisas doces para o diabetes não subir [...]. (U6)

[...] evitar coisas que engordam, procurar manter o peso para não prejudicar o diabetes. (U15)

A doença crônica DM se difunde na sociedade atual com maior impacto, deixando seus efeitos, no indivíduo acometido por ela, nos familiares, na sociedade e nos serviços de saúde.¹⁵ A manifestação da DM leva muitas vezes à necessidade de ajustamentos tanto na organização quanto na dinâmica familiar, pela necessidade do uso contínuo de medicações, incluindo a insulina e pelas dietas restritivas, refletindo na qualidade de vida e autonomia da pessoa com DM e na rotina da família.¹³

◆ Dificuldades para o desenvolvimento da autonomia e qualidade de vida

Apesar dos benefícios relatados com a participação nas intervenções grupais, os resultados evidenciaram que estes não garantem a adesão às mudanças de comportamento e algumas dificuldades foram apontadas, como esquecimento da data de realização do grupo e atividades/compromissos diversos no mesmo dia e à dificuldade na mobilidade provavelmente relacionada à evolução clínica da DM, que emergiram como barreiras para a participação no grupo.

[...] às vezes esquecemos as datas. (U10)

[...] quando eu saio para trabalhar que cai no dia do grupo, então o serviço atrapalha. (U6)

[...] para ir até esse grupo, porque eu não tenho capacidade, eu não tenho força para isso, para andar a pé, preciso de ajuda. (U17)

Os usuários diabéticos vivenciam cotidianamente constantes conflitos envolvendo desejos alimentares, medicamentos, integridade corporal, fatores emocionais, entre outros, sendo fundamental a figura do cuidador como apoio à adesão às práticas que minimizem os efeitos da doença. As alterações funcionais e as condições de cronicidade impõem limitações que levam o indivíduo a tornar-se dependente do cuidado familiar.¹⁶⁻⁷ Nesta pesquisa verificou-se a dependência dos usuários com diabetes aos cuidados da família/cuidadores.

A única coisa que eu preciso [...] é que a minha mulher me ajude a aplicar a insulina. (U14)

É muito importante, ela (filha) pergunta: Já tomou o remédio? Já tomou a insulina? Tudo é cuidado. (U13)

[...] isso aí (alimentação) já pertence para minha esposa fazer, para fazer de uma forma que não prejudica o diabetes. (U7)

[...] ela morava longe daqui, e veio morar aqui pertinho de mim para ajudar mais. (C13)

Deste modo, a família se constitui como rede de apoio, sendo indispensável para o sucesso no controle e tratamento da doença, mas pode contribuir também para promover o bem-estar e melhoria na qualidade de vida.¹⁸ As repercussões da DM no modo de viver dos indivíduos e sua família, podem ser amenizadas quando estes sujeitos alcançam saúde física, psicológica e reduzem o nível de dependência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, medicamentos, cuidados médicos e capacidade laboral).¹³

A família é um sistema de cuidado caracterizado pelo setor informal e o primeiro prestador de assistência à saúde, identificando e tratando seu ente.¹⁹ Esta assistência acontece entre pessoas que estão ligadas entre si, por laços familiares, amizade, vizinhança ou por organizações religiosas ou profissionais. Assim, o cuidar envolve uma ação interativa, alçada em valores e conhecimentos entre sujeito cuidador e sujeito do cuidado.

Em uma perspectiva antropológica, “uma pessoa é definida como doente se houver concordância entre suas próprias percepções de comprometimento ao bem-estar e as percepções das pessoas ao seu redor”^{19:116}. Nesse sentido, adoecer sempre é um processo social, que envolve outras pessoas além do doente e a família que aparece como principal envolvida.¹⁹

A importância e os significados dados ao adoecer, é um processo particular e envolve valores e concepções sobre a vida, a saúde e a doença. Estão relacionados às experiências e



vivências de cada um dos atores sociais envolvidos no processo saúde-doença. Assim, tanto os modos de entender saúde como as práticas adotadas variam entre os indivíduos, famílias, grupos culturais e classes sociais.¹⁹⁻¹ Assim sendo, a baixa adesão muitas vezes pode ser atribuído ao fato dos indivíduos se sentirem ora doentes, ora saudáveis. Sabe-se que os efeitos da DM podem ser muitas vezes despercebidos e ausentes, o que leva o indivíduo com diabetes à abandonar o tratamento e as alterações no estilo de vida.

Os indivíduos com diabetes também devem ser vistos como participantes em seu cuidado, e responsáveis por sua própria saúde, logo a participação da família é essencial neste processo.

[...] a participação da família é um remédio é apoio. (C6)

Neste aspecto, as narrativas dos cuidadores refletem preocupação e incentivo frente aos problemas encontrados com a doença.

[...] é mais ficar no pé dela, dar apoio [...]. (C6)

Eu oriento com relação aos pés dela, quando ela vai à manicure. (C13)

[...] comida na hora certa, não pode ficar comendo muita comida gorda, muita massa. (C14)

[...] procuro fazer uma alimentação que não faz muito mal para ele. (C11).

No âmbito do campo da promoção da saúde, a participação é considerada como uma condição para o indivíduo assumir o controle sobre sua saúde. Neste sentido, a família/cuidador é fundamental para auxiliar na adaptação às mudanças necessárias e no processo de enfrentamento do DM.¹⁶

CONCLUSÃO

A antropologia da saúde tem sido útil para o entendimento das necessidades de saúde de um indivíduo e das dificuldades para a adesão aos comportamentos saudáveis, pelo seu foco na relação cultura/saúde. Os indivíduos quando adoecem, possuem uma percepção individual e particular sobre a doença e respondem a essa situação a partir de suas experiências subjetivas. Estas respostas são baseadas no que representa para si a mudança na sua aparência corporal, nas funções do seu corpo, na perda ou deficiência de movimentos e alterações emocionais. Portanto, há uma resposta subjetiva deste indivíduo ou de sua família, composta de significados particulares com relação à doença, que são influenciados pela cultura, personalidade, contexto cultural, social e econômico.

A relação cultura e saúde é um processo complexo e no modelo biomédico, há que

considerar as dificuldades e o despreparo dos profissionais de saúde, nas abordagens que envolvem mudanças de atitudes.

A equipe de saúde pode acompanhar os indivíduos com diabetes conhecendo o comportamento e significado atribuído, frente à condição de adoecimento, bem como de sua relação com o processo de adoecer, com as exigências do tratamento e com as pessoas que convivem com eles. Estes elementos contribuem para o sucesso na adesão a um novo estilo de vida.

Analisando os benefícios apontados pelos participantes dos encontros grupais, identifica-se que estes corroboram parcialmente com a promoção da saúde e com as estratégias para a qualidade de vida e autonomia. Constatou-se nas orientações narradas pelos usuários, a preocupação com a adesão ao tratamento medicamentoso e com a prevenção de doenças e controle de agravos, ações características do modelo biomédico.

A atividade grupal utiliza-se também da educação em saúde, porém com características tradicionais e prescritivas. Uma intervenção grupal que tenha como objetivo, promover a saúde, deve ser desenvolvida para potencializar as capacidades dos sujeitos para mudanças de comportamentos direcionados ao desenvolvimento da autonomia. Assim, tem-se nas atividades de grupo um instrumento valioso para facilitar a adesão, minimizando a ocorrência das complicações agudas e crônicas.

A análise da perspectiva familiar revelou que a autonomia e a qualidade de vida de seus membros com DM, ainda não estão sendo amplamente alcançadas somente com a participação nos grupos, pois se constatou que muitas tarefas que poderiam ser desenvolvidas pelos próprios indivíduos com diabetes, ficam por conta dos familiares, causando desta maneira, uma sobrecarga nos mesmos.

Os indivíduos com diabetes necessitam de intervenções amplas, distintas e constantes, pois existem vários aspectos presentes no viver com diabetes, que dificultam a autonomia e qualidade de vida. Fatores como o baixo nível de escolaridade e a idade avançada interferem neste aspecto, levando em consideração que, quando as pessoas têm pouco conhecimento em relação à doença e à dinâmica do controle glicêmico, resistem em incorporar os comportamentos de autocuidado.

Face ao exposto, torna-se evidente que o entendimento de como o indivíduo lida com



sua doença, aliado à informação e o conhecimento sobre esta, aprimorados por meio da Promoção da Saúde e pelos cuidados do familiar, se constituem ferramentas preciosas para a abordagem da DM.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, N.16. Brasília; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília; 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Consulta Pública Nº 13, de 24 de setembro de 2012 [Internet]. Estabelece as diretrizes para organização do cuidado das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 24 set 2012 [cited 2012 Aug 10]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/25/cp14.pdf>
5. Assunção TS, Ursine PGS. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de Diabetes Mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2008 [cited 2012 Aug 10];13(Sup2):2189-97. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2006. 60 p.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes- implicações para a prática. Texto Contexto Enfermagem [Internet]. 2009 [cited 2012 June 26];18(1):124-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a15.pdf>
9. Oliveira NF, Munari DB, Bachion MM, Santos WS, Santos QR. Fatores Terapêuticos em Grupo de Diabéticos. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009. [cited 2012 Aug 28]; 43(3):558-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a09v43n3.pdf>
10. Santos LM, Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida. Rev saúde pública [Internet]. 2006 [cited 2012 Aug 03];40(2):346-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>
11. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009 [cited 2012 Aug 3];14(6):2305-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf>
12. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11th ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
13. Abrahão AL, Freitas CSF. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2009 [cited 2013 Apr 14];17(3):436-41. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a24.pdf>
14. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2005 [cited 2012 Aug 10];13(3):397-406. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a15.pdf>
15. Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade a atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO, 2001.
16. Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. Rev Bras Enferm on line [Internet]. 2011.[cited 2012 June 26];64:(2):301-07. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf>
17. Faber V, Rosanelli CP, Loro MM, Kolankiewicz ACB, Piovesan S, Leite MT. Percepção de doentes crônicos acerca do cuidado prestado por familiares. Cienc Cuid Saúde [Internet]. 2012. [cited 2013 Apr 14]; 11(3):565-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf>
18. Zanetti ML, Biagg MV, Santos MA, Péres DS, Teixeira CRS. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. Rev Bras Enferm on line [Internet]. 2008 [cited 2012 Aug 28];62:(2):186-92. Available from:



<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf>

19. Santos MA, Alves RCP, Oliveira VA, Ribas CRP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2012 Aug 10];3(45):651-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a15.pdf>

20. Helmam CG. Cultura, saúde e doença. Tradução de Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

21. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2010 [cited 2012 June 6];18(3):173-81. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23

22. Ferttonani HP, Pires D. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. Enferm Foco [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 6];1(2):51-4. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/14/15>

23. Santos Filho CV, Rodrigues WHC, Santos RB. Papéis de autocuidado - subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de Diabetes Mellitus. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2008 [cited 2012 June 26];12(1):125-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a19.pdf>

24. Dias DG, Santana MG, Santos E. Percebendo o ser humano diabético frente ao cuidado humanizado. Rev Bras Enferm on line [Internet]. 2006 [cited 2012 Aug 10];59(2):168-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a09.pdf>



Submissão: 27/08/2013

Aceito: 14/08/2014

Publicado: 01/10/2014

Correspondência

Anne Cristine Becchi
Conjunto Residencial Patricia
Rua Patricia, 528
CEP 87705-190 – Maringá (PR), Brasil