



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Renata Gomes Machado Guerra

**Convivência da pessoa idosa com diabetes buscando autonomia
para o autocuidado: estudo sociopoético**

Rio de Janeiro

2013

Renata Gomes Machado Guerra

Convivência da pessoa idosa com diabetes buscando autonomia para o autocuidado: estudo sociopoético

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Iraci dos Santos

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

G934 Guerra, Renata Gomes Machado.
Convivência da pessoa idosa com diabetes buscando autonomia para o autocuidado : estudo sociopoético / Renata Gomes Machado Guerra. - 2013.
134 f.

Orientadora: Iraci dos Santos.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Cuidados em enfermagem. 2. Gerontologia. 3. Diabetes nos idosos. 4. Cuidados pessoais com a saúde. 5. Poesia – Aspectos sociais. 6. Modelos de enfermagem. 7. Pender, Nola J., 1941- . I. Santos, Iraci dos. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Renata Gomes Machado Guerra

Convivência da pessoa idosa com diabetes buscando autonomia para o autocuidado: estudo sociopoético

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 19 de fevereiro de 2013.

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Iraci dos Santos (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Célia Pereira Caldas

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Rosimere Ferreira Santana

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - UFF

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, aos meus irmãos, ao meu marido, meu filho, e a minha Orientadora Iraci, em especial pela dedicação e apoio sem limites em todos os momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me guiar e iluminar minha vida, colocando sempre pessoas boas em meu caminho e por tornar mais um sonho uma realidade.

Aos meus pais, exemplos de força e dedicação, base da minha educação, que semearam e cuidaram com atenção e carinho meu crescimento pessoal e profissional.

Em especial, a minha mãe Rosângela Queiroz Gomes, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando e me encorajando. Cuidou do meu filho. Sem ela não seria possível realizar esse sonho.

À minha irmã Bárbara Gomes. Minha amiga, que cuidou do meu filho com todo amor e carinho, para que eu pudesse escrever minha dissertação.

Aos meus irmãos Pedro Henrique Gomes e Lucas Gomes por sempre me apoiarem nos momentos difíceis.

Ao meu marido Guilherme Rosental Guerra, por ser meu companheiro e amigo, sempre me apoiando. Obrigada por estar ao meu lado incondicionalmente.

Ao meu filho Gustavo Gomes Machado Rosental Guerra. Razão do meu viver. Fonte maior de minha inspiração. Por me acompanhar e se comportar muito bem nas reuniões com o Grupo Pesquisador e nas reuniões de orientação. Amo-te de mais.

À minha cunhada Millena Campos de Souza Gomes. Que se tornou uma irmã e amiga. Obrigada por toda a ajuda.

À minha Mestre, Iraci dos Santos, que soube ensinar e guiar a direção correta para que esse crescimento fosse possível e que continue indeterminadamente. Obrigada pela compreensão, carinho e dedicação.

Ao Grupo Pesquisador que dedicou seu tempo nas reuniões. Obrigada pelo carinho e atenção. Além da troca de saberes que proporcionou ensinamentos e inspirações que vou levar para minha vida.

À Banca Examinadora que com dedicação atendeu a todas as solicitações.

À coordenação de Mestrado obrigada por todo apoio, esclarecimentos e paciência.

RESUMO

GUERRA, Renata Gomes Machado. **Convivência da pessoa idosa com diabetes buscando autonomia para o autocuidado**: estudo sociopoético. 2013. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Este trabalho refere-se ao educar/cuidar/pesquisar centrado na orientação de enfermagem para o autocuidado da pessoa idosa, com diabetes, visando seu bem-estar; visto a evidência do crescimento demográfico da população idosa em todo o mundo e, em especial, no Brasil. Tem como objetivo aplicar, no contexto de um curso de autocuidado ministrado em oficina sociopoética, o Diagrama de Nola Pender como instrumento de produção de dados sobre a construção de ações e apresentação de propostas de comportamentos de saúde, visando o bem-estar de pessoas. O marco teórico enfoca a Teoria de promoção da saúde de Nola Pender, que defende o processo de capacitação da comunidade para buscar sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação e controle deste processo. O marco teórico metodológico é a sociopoética, que fundamenta um estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido em 2012, após aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, mediante a instituição do Grupo Pesquisador, dispositivo analítico, deste método, composto por 10 sujeitos, aplicando-se as técnicas de pesquisa de sensibilidade e artísticas. São resultados da técnica “Vivência de Lugares Geomífticos” a delimitação das categorias temáticas, a saber: Medo do desconhecido; Transcendendo a convivência com a diabetes através da aceitação; O autocuidado como resolução dos problemas a serem enfrentados; Busca da cura da diabetes através de uma vida saudável; e Expectativas para o futuro. Na técnica “Corpo como território mínimo” emergiram os temas: Insegurança; Fragilidade; Dificuldade no controle da glicemia; Controle; Autocuidado; Otimismo; Perseverança; Dificuldade no controle da alimentação; Tranquilidade; Dependência; Conformação; Revolta; Equilíbrio; Desânimo; Autoestima; Autoimagem e Descuidado. Aplicando o Diagrama de Nola Pender constatou-se entre os membros do Grupo Pesquisador (GP) os fatores pessoais que influenciam a conduta prévia à adoção do autocuidado, os benefícios de ações percebidas durante o ensino do autocuidado, e as demandas de competência para assumi-lo, visando à promoção da saúde. Conclui-se, que a conduta de promoção de saúde é a variável que conduz a um olhar através de ações dirigidas que tenham resultados positivos para o bem-estar e o equilíbrio das dimensões corporais. Entre as condutas de promoção da saúde adotadas pelo GP estão: ter compromisso na realização de atividades físicas; alimentação saudável, uso de medicação diariamente e regularmente, além do autocuidado com o corpo e mente, através de práticas de atividade física e de lazer.

Palavras-chave: Enfermagem. Gerontologia. Diabetes mellitus. Autocuidado. Sociopoética.

ABSTRACT

This paper refers to education/care/research focused on nursing orientation for self-care of the elderly with diabetes, seeking their welfare; as there are evidences related to elderly growth in the world population and, in particular, in Brazil. It aims to apply the Nola Pender Diagram in the context of a course about self-care based on social poetics, as a way to produce data based on the actions and proposals for health behaviors, seeking the welfare of people. The theoretical framework focuses on Nola Pender's theory of health promotion, saying that the process of enabling people to seek their quality of life and health, including greater participation and control of this process. The theoretical methodology is social poetics, which establishes a qualitative and descriptive study, through the establishment of a research group, analytical device of this method, consisted of 10 individuals, applying artistic and sensitivity research techniques. The technique "experience in geomitic places" results on the delimitation of the following themes: Fear of the unknown; Transcending living with diabetes through acceptance; Self-care as resolution of problems to be exceeded; Searching for a cure for diabetes through healthy living, and expectations for the future. In the technique "Body as minimum territory" the following themes emerged: Insecurity; Fragility; Difficulty in controlling blood glucose; Control, Self-Care, Optimism, Perseverance; Difficulty in controlling feeding; Tranquility; Dependence; Conformation; Revolt; Balance; Discouragement; Esteem; Careless and self-image. By applying the Nola Pender Diagram it was possible to find the research group personal factors that influence behavior prior to the adoption of self-care, the benefits of perceived actions during teaching self-care, and the demands of competence to assume so in order to promote health. It was found that the conduction of health promotion is the variable that leads to a look through targeted actions that have positive outcomes for the welfare and balance the body dimensions. The following actions for health promotion adopted by the research group were found: commitment to physical activity; healthy eating, daily and regular medication and self-care with the body and mind through practice of physical activity and leisure.

Keywords: Nursing. Gerontology. Diabetes mellitus. Self-Care. Social Poetics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Modelo de promoção da saúde revisado	25
Quadro 1 –	Quantitativo da população idosa por sexo - Rio de Janeiro – 2012 .	40
Figura 2 –	Diagrama das fases da pesquisa sociopoética	47
Figura 3 –	Desenho da pesquisa sociopoética	56
Quadro 2 –	Estrutura de pensamento grupal dos copesquisadores - Rio de Janeiro - setembro de 2012	58
Figura 4 –	Diagrama da Organização da Análise Categorical do Corpo como território Mínimo	66
Quadro 3 –	O cuidado com o corpo como território mínimo - Rio de Janeiro - setembro de 2012	74
Figura 5 –	Dificuldades de autocontrole na convivência com a diabetes	77
Figura 6 –	Autocuidado para conviver com a diabetes	79
Figura 7 –	Otimismo e perseverança no cuidado com a diabetes	80
Figura 8 –	Convivendo tranquilamente com a diabetes	81
Figura 9 –	O peso da diabetes no viver	82
Figura 10 –	Autocuidado sempre para viver mais e melhor	83
Figura 11 –	A importância da convivência com a família	84
Figura 12 –	Autocuidado com o corpo e com a mente	85
Figura 13 –	Descuido consciente	86
Figura 14 –	Vivendo sempre feliz	88
Quadro 4 –	Temas delimitados na técnica do “Corpo como Território Mínimo” - Rio de Janeiro – 2012	89
Figura 15 –	Diagrama de Pender, a partir da dimensão imaginativa do GP na construção das ações de autocuidado com a diabetes - UERJ - Rio de Janeiro – 2012	92
Quadro 5 –	Categorias teóricas e empíricas – parte 1	111
Quadro 6 -	Categorias teóricas e empíricas – parte 2	114
Quadro 7 -	Distribuição dos temas de acordo com as categorias	117
Quadro 8 –	Orçamento das despesas com dissertação	123
Figura 16 –	Cuidado com os pés	130

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores de glicemia plasmática (mg/dl) para diagnóstico de diabetes e estágio pré-clínico	19
Tabela 2 – Características sociodemográficas do Grupo Pesquisador - Rio de Janeiro - agosto 2012	39
Tabela 3 – Características clínicas do Grupo Pesquisador - Rio de Janeiro - agosto 2012	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Autocuidado
AVDs	Atividades de vida diárias
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COEP	Comissão de Ética em Pesquisa
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DCTM	Dinâmica O Corpo como Território Mínimo
DM	Diabetes Mellitus
EUA	Estados Unidos da América
GP	Grupo Pesquisador
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGT	Tolerância diminuída à glicose
IFD	<i>Internacional Diabetes Federation</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MPS	Modelo de Promoção da Saúde
NAI	Núcleo de Atenção ao Idoso
OMS	Organização Mundial da Saúde
PQ	Produtividade em pesquisa
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SM	Salário mínimo
SMs	Salários mínimos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UnaTi	Universidade Aberta da Terceira Idade

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	18
1.1	Atuação da enfermagem para o autocuidado	20
1.2	O autocuidado entre pessoas com diabetes	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO - A TEORIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER	24
3	MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO	33
3.1	Campo da pesquisa	37
3.2	Sujeitos da pesquisa: características sociodemográficas e clínicas	38
3.2.1	<u>Características sociodemográficas</u>	39
3.2.2	<u>Características clínicas</u>	42
3.3	Etapas/ fases do método sociopoético	46
3.3.1	<u>Fase 1 - Instituição do Grupo Pesquisador - dispositivo analítico da sociopoética</u>	47
3.3.2	<u>Fase 2 - Delimitação do Grupo/Sujeito da Pesquisa</u>	49
3.3.3	<u>Fase 3 - Investigação temática</u>	49
3.3.4	<u>Fase 4 - Oficinas Sociopoéticas para Produção de Dados</u>	50
3.4	Aplicação da técnica de pesquisa - dinâmica do corpo como território mínimo	51
3.5	Aplicação da técnica de pesquisa - Vivência de Lugares Geomíticos	53
3.5.1	<u>Fase 5 - Análise / Apresentação dos Dados Produzidos / Contra análise</u>	54
3.5.2	<u>Fase 6 - Validação dos Conhecimentos Produzidos pelos copesquisadores</u>	55
3.6	Organização e análise da produção de dados	56
3.6.1	<u>Vivência de lugares geomíticos</u>	56
3.6.2	<u>Dinâmica do corpo como território mínimo</u>	63
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	65

4.1	Vivência de Lugares Geomíticos - estudo sociopoético classificatório	65
4.1.1	<u>Medo do desconhecido</u>	67
4.1.2	<u>Transcendendo a convivência com a diabetes através da aceitação ..</u>	68
4.1.3	<u>O autocuidado como resolução dos problemas a serem enfrentados na convivência com o diabetes</u>	69
4.1.4	<u>Busca da cura da diabetes através de uma vida saudável</u>	71
4.1.5	<u>Expectativas para o futuro</u>	72
4.2	O autocuidado no corpo como território mínimo	73
4.3	Desenho livre sobre o corpo como território mínimo	77
4.3.1	<u>Produção A - Dificuldades de autocontrole na convivência com a diabetes</u>	77
4.3.2	<u>Produção B - Autocuidado para conviver com a diabetes e elevar a autoestima</u>	79
4.3.3	<u>Produção C - Otimismo e perseverança no cuidado com a diabetes ...</u>	80
4.3.4	<u>Produção D – Convivendo tranquilamente com a diabetes</u>	81
4.3.5	<u>Produção E – O peso da diabetes no viver</u>	82
4.3.6	<u>Produção F - Autocuidado sempre para viver mais e melhor</u>	83
4.3.7	<u>Produção G - A importância da convivência com a família</u>	84
4.3.8	<u>Produção H – Autocuidado com o corpo e com a mente</u>	85
4.3.9	<u>Produção I – Descuidado consciente</u>	86
4.3.10	<u>Produção J – Vivendo sempre feliz</u>	88
4.4	Aplicando o Digrama de Nola Pender	89
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A – Formulário de entrevista: caracterização do grupo	104
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
	APÊNDICE C - Dinâmicas de sensibilidade para desenvolver as oficinas sociopoéticas	108
	APÊNDICE D - Formulário “Dinâmica do Corpo como Território Mínimo”	109
	APÊNDICE E - Formulário “Vivência de Lugares Geomíticos”	110

APÊNDICE F – Categorias teóricas e empíricas sobre o autocuidado à convivência com diabetes - Rio de Janeiro - setembro 2012	111
APÊNDICE G – Distribuição dos temas de acordo com as categorias .	117
APÊNDICE H – Orçamento financeiro para o desenvolvimento da dissertação - período 2011 – 2012	123
APÊNDICE I – Curso de autocuidado para convivência com a diabetes	124
APÊNDICE J – Formulário para pré e pós-avaliação do curso de autocuidado para convivência com a diabetes	126
APÊNDICE K – Resultados da avaliação antes e após o curso de autocuidado para a convivência com a diabetes	127
ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética	128
ANEXO B – Folder cuidado com os pés	130
ANEXO C – Dieta para pessoas com diabetes	131
ANEXO D – Receitas	134

INTRODUÇÃO

Trata-se de dissertação de mestrado inserida na Linha de Pesquisa “Fundamentos teóricos, filosóficos e tecnológicos para o cuidar em saúde e enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O tema da pesquisa refere-se ao campo de conhecimento educar/cuidar/pesquisar centrado na orientação de enfermagem para o autocuidado da pessoa idosa, com diabetes, visando sua qualidade de vida.

Tal estudo surgiu das inquietações investigativas nas discussões científicas sobre o grupo da população idosa durante a pós-graduação em geriatria e gerontologia, além do contato com clientes idosos com a citada enfermidade, no ambulatório de um Hospital Universitário no Estado do Rio de Janeiro, desde o ano de 2006.

A equipe de saúde da referida unidade de ensino sentiu a necessidade da atuação do enfermeiro junto a essas pessoas centrada na orientação para o autocuidado, uma vez que a maioria delas possui poucos conhecimentos para lidar com a doença, principalmente no que diz respeito aos hábitos de vida, incluindo dieta específica, atividades físicas bem como à autoadministração de medicamentos.

A convivência com um familiar adulto jovem, com diabetes há 15 anos conduziu às reflexões de como será o seu processo de envelhecimento, enfrentando limitações características dessa enfermidade, já considerada como problema de saúde pública, que podem levá-lo, tanto a angústias quanto à paciência de viver sempre em rigoroso controle, regras, horários exigidos pelo, até agora, eterno tratamento.

O (a) enfermeiro (a) se envolve no processo de educar/cuidar do indivíduo idoso com diabetes para informar e esclarecer dúvidas sobre a doença, entendendo e avaliando as possíveis limitações que ele e sua família possam ter. Desta forma, esse profissional colabora com a prevenção de agravos recorrentes desta.

De acordo com o Artigo 84 do Código de Deontologia do Enfermeiro do Decreto-Lei nº 104/98¹ é dever do enfermeiro, no respeito pelo direito à autodeterminação: informar ao indivíduo e à sua família no que concerne aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao

consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; além de informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de obtê-los.

Os elementos componentes do cuidar são subsídios para a sistematização das ações de enfermagem, a partir do entendimento de que o enfermeiro atende as necessidades de cuidados da pessoa.² Desse modo, o cuidar de enfermagem volta-se para o atendimento das necessidades humanas identificadas nas dimensões física, mental e espiritual, que constituem a integralidade do ser.³

Este tema se justifica pelo fato do potencial crescimento demográfico da população idosa em todo o mundo, em especial no Brasil. Esse crescimento deve-se a transição demográfica que se vive mundialmente. Tal fenômeno registra o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa a partir dos anos 60, alterando significativamente a pirâmide populacional.⁴ Dessa forma, a transição demográfica é definida em sua essência como uma mudança de situações caracterizadas por alta mortalidade/fecundidade para as caracterizadas por baixa mortalidade /fecundidade, ou seja, menos crianças e mais idosos.⁵

No período de 1950 a 2025 segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado 15 vezes, enquanto a população total em 5. O país ocupará, assim, o 6º lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.^{5(p1)}

Estudo recente da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶ estimou que até 2030 o número de pessoas com diabetes será de 366 milhões e que até o final desse século o Brasil terá aproximadamente 11 milhões de pessoas com esta enfermidade.

De acordo com *Internacional Diabetes Federation (IFD)*, o número de pessoas com o tipo 2 de diabetes está aumentando em todos os países. 80% das pessoas com diabetes vive em países de baixa e média renda. 183 milhões de pessoas (50%) com diabetes são diagnosticados. Um dos dados mais alarmantes é que a referida doença causou 4,6 milhões de mortes em 2011.⁷

Considerando o aumento percentual dessa população associada às doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Previdência e Assistência Social⁸ ressalta a importância de implementar programas educativos aos idosos,

favorecendo-lhes o ensino do autocuidado à saúde, prevenindo incapacidades e postergando a morte.

Estudos realizados no Brasil evidenciaram que entre os sujeitos de 30 a 39 anos de idade a prevalência de diabetes mellitus é de 1,7%, aumentando nas outras faixas até atingir 17,3% entre aqueles com 60 a 69 anos de idade.⁹

Em 2008 dados do Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) apontam que a taxa de prevalência de pessoas idosas com essa doença foi de 20,9% entre aqueles com 65 anos ou mais.

O controle eficaz dos índices glicêmicos e consequente prevenção das complicações da diabetes estão diretamente relacionados ao autocuidado. Pois a verificação dos níveis glicêmicos, administração correta dos medicamentos e da insulina e a alimentação saudável são importantes para um autocuidado adequado.

O indivíduo idoso possui normalmente limitações que incluem: visão diminuída, perda da audição, déficit de memória, mobilidade e coordenação motora fina diminuída, tremores aumentados, depressão e solidão, recursos financeiros diminuídos e limitações ligadas a outras doenças clínicas.¹⁰ Por isso, a enfermeira envolve-se no processo de educação do paciente idoso diabético para informar e esclarecer dúvidas sobre a patologia, entender e avaliar as possíveis limitações que o paciente e sua família possam ter.

Relatos do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que a diabetes é a quinta indicação de hospitalização e está entre as 10 causas mortes no Brasil.¹¹

As pessoas idosas são mais suscetíveis a agravos, uma vez que, possuem problemas tanto nos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, decorrentes do processo de senescência. A partir de tal fato acabam sendo os usuários mais assíduos do Sistema de Saúde.

Os idosos são potenciais consumidores de serviços de saúde e de assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários.^{12(p4)}

O aumento da assiduidade desse cliente no sistema de saúde gera alto custo devido ao maior tempo de hospitalização e a necessidade de recursos de alta complexidade, pois a maioria deles busca o atendimento nos estágios mais avançados da doença.

Essas pessoas também necessitam de atendimento diferenciado, levando sempre em consideração a fisiologia do envelhecimento. Entretanto, os profissionais da área da saúde acabam englobando-as na faixa etária do adulto não lhe oferecendo o tratamento diferenciado e sem atender às suas peculiaridades de saúde, e muitas vezes, sem preparar a família e a sociedade para as receberem entendendo suas dificuldades.¹³

Além da dificuldade encontrada por esse cliente para conseguir atendimento ambulatorial, deve-se levar em consideração a falta de profissionais capacitados para atendê-lo, visto que a maioria do atendimento prestado é voltada para o adulto, sem haver diferença na prestação do serviço ao indivíduo idoso. Ressalta-se, que em pesquisa através de depoimentos dos idosos, constatou-se que enfrentar fila é uma barreira no atendimento ambulatorial.¹⁴ Outro problema relatado diz respeito à informação recebida, a qual às vezes é errada, fazendo com que a pessoa que procura atendimento secundário e terciário fique andando de um lado para o outro sem necessidade.

O atendimento oferecido normalmente à população idosa restringe-se ao tratamento clínico de doenças específicas, sem levando em consideração a prevenção da doença, as atividades culturais e de lazer, ou seja, o bem estar psíquico e social. Assim, levanta-se a proposta de promover à saúde, para o que já são idosos por meio da manutenção ou recuperação da autonomia e independência para assim tentar postergar o início das doenças que normalmente são crônicas.¹⁵

Diante do exposto, neste trabalho foi delimitado o objeto de estudo-Convivência da pessoa idosa com diabetes buscando autonomia para o autocuidado.

O objetivo geral deste trabalho é aplicar, no contexto de um Curso de Autocuidado, em Oficina Sociopoética, o Diagrama de Nola Pender como instrumento de produção de dados sobre a construção de ações e apresentação de propostas de comportamentos de autocuidado para a qualidade de vida entre pessoas idosas com diabetes.

Os objetivos específicos são: identificar as necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado apresentadas por pessoas idosas com diabetes, considerando suas dimensões física, mental e espiritual; e analisar a dimensão imaginativa de pessoas idosas sobre a construção de ações e propostas de comportamentos de autocuidado visando à convivência com a diabetes.

Para alcançar os objetivos formulados, utilizou-se a abordagem do conhecimento do homem como ser político e social, denominada sociopoética, criada por Jacques Gauthier¹⁶ como referencial teórico-metodológico, a partir da instituição do Grupo Pesquisador (GP) composto por pessoas idosas com diabetes que são atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) / Universidade Aberta da Terceira Idade (UnaTi) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Este trabalho se insere no projeto de bolsa de produtividade em pesquisa (PQ), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/2011-2014, denominado A perspectiva estética/sociopoética do cuidar em enfermagem: identificando necessidades de autocuidado para promoção da saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) Parecer nº 2775/2010.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica caracterizada pela elevação dos níveis glicêmicos do sangue devido a uma deficiência na produção insulínica ou má interação insulina- receptor.

Trata-se de um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.¹⁷

Tolerância diminuída à glicose (IGT), juntamente com glicemia de jejum alterada (IFG) são reconhecidas como sendo um estágio antes de diabetes quando os níveis de glicose no sangue são mais elevados do que o normal. Assim, as pessoas com IGT estão em alto risco de desenvolver diabetes tipo 2, embora isso nem sempre aconteça. Em mais do que um terço das pessoas com níveis de glicose no sangue IGT vai voltar ao normal durante um período de vários anos.

A IGT aumenta consideravelmente o risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2, e está relacionada com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.¹⁸⁻¹⁹

Atualmente, a OMS e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) usam os critérios para o diagnóstico conforme representado na Tabela 1.

Tabela 1 – Valores de glicemia plasmática (mg/dl) para diagnóstico de diabetes e estágio pré-clínico*

Classificação	Jejum	2h após 75g de glicose	Casual
Glicemia Normal	< 100	<140	
Tolerância à glicose diminuída	>100 e <126	>= 140 e < 200	
Diabetes	>=126	>=200	>=200**(com sintomas clássicos)***

Legenda: ** Glicemia realizada a qualquer hora do dia; ***Os sintomas clássicos de diabetes incluem poliúria, polidipsia e perda inexplicada de peso.

Fonte: *Adaptada Sociedade Brasileira de Diabetes.²⁰

De acordo com a Associação Americana de Diabetes,²¹ as glicemias ideais seriam conforme se apresenta na Tabela1, ressaltando que antes de deitar, os níveis do açúcar devem estar por volta de 140. É primordial que o diagnóstico de DM deva ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

A DM é classificada em dois grandes grupos clínicos, o tipo I e o tipo II. Ambos os tipos podem acarretar complicações metabólicas agudas como cetoacidose diabética e síndrome hiperglicêmica hiperosmolar não-cetótica. E complicações macrovasculares, microvasculares crônicas e complicações neuropáticas em longo prazo, ou seja, acarretam doenças coronarianas, doença vascular cerebral e periférica, doença renal e ocular e doença dos nervos.²¹

A DM tipo I tem maior incidência em crianças, adolescentes e adultos jovens. É uma doença autoimune caracterizada pela destruição das células beta produtoras de insulina, fazendo com que o organismo deixe de produzir insulina ou acaba produzindo pouca quantidade. Tem início abrupto dos sintomas, mas tem maior facilidade de cetose e grandes variações da glicemia. A perda de peso de forma repentina é um dos sintomas mais clássicos da DM tipo I, além de vontade de urinar diversas vezes, fome frequente, sede constante, Perda de peso, fraqueza; fadiga, nervosismo, mudanças de humor, náusea e vômito.²¹

O tratamento medicamentoso consiste em aplicações de insulina (NPH ou Lantus) com ação mais prolongada e de insulina de ações rápidas ou ultrarrápidas antes das refeições ou de acordo com as glicemias capilares realizadas durante o dia. Faz parte do tratamento a realização de atividades físicas frequentes e a

alimentação balanceada e com restrição a açúcar e baixa ingestão de carboidratos.²¹

A DM tipo II tem maior incidência em indivíduos com mais de 35 anos. Possui um fator hereditário maior do que no tipo I, além de ter uma grande relação com a obesidade e o sedentarismo. Estima-se que 60% a 90% dos clientes com essa doença sejam obesos.²² Uma de suas peculiaridades é a contínua produção de insulina pelo pâncreas. O problema está na incapacidade de absorção das células musculares e adiposas, ou seja, há resistência insulínica. Os principais sintomas são: infecções frequentes; alteração visual (visão embaçada); dificuldade na cicatrização de feridas; formigamento nos pés e furunculose.

O tratamento não medicamentoso não se difere da DM tipo I. Ao passo que o medicamentoso é realizado através de hipoglicemiantes orais.

Relata-se que de 50 a 75%¹⁰ das amputações de membros inferiores são efetuadas em pessoas com diabetes. Acredita-se que até 50% dessas amputações são passíveis de prevenção, desde que os pacientes sejam ensinados sobre as medidas de cuidados preventivos com os pés e os pratiquem esses cuidados preventivos de forma adequada e diária.

1.1 Atuação da enfermagem para o autocuidado

O controle eficaz dos índices glicêmicos e consequente prevenção das complicações da diabetes estão diretamente relacionados ao autocuidado. Pois a verificação dos níveis glicêmicos, administração correta dos medicamentos e da insulina e alimentação saudável são de suma importância para um autocuidado adequado. E para o esclarecimento e adesão ao tratamento é necessário que haja a atuação do enfermeiro no processo de educação do cliente com diabetes.

Considerando a fisiologia do envelhecimento e as políticas de saúde, o idoso deve ter atenção integral e integrada à saúde estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais -

infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.²³

Conforme previsão, a enfermagem é hoje desafiada a assumir novos papéis. Um deles é a ênfase nas práticas de cunho preventivo, não somente com relação à prevenção de complicações advindas das doenças crônico-degenerativas, mas em relação à própria prevenção de enfermidades.²⁴

Programas de intervenção que envolve trabalho educacional permanente para adultos com abordagem interdisciplinar e/ou compostos por atividades físicas, culturais e sociais podem melhorar a percepção dos fatores relacionados ao domínio psicológico e ao meio ambiente, bem como a percepção global de qualidade de vida e de saúde em pessoas de meia idade e idosas.²⁵

A orientação do enfermeiro contribui para o fortalecimento do familiar e do cuidador, na educação de idosos diabéticos aumentando a realização de atividades diárias através da consulta de enfermagem e a ação.²⁶

Quando se trata de cuidar de pessoas com doenças crônicas se torna primordial o vínculo entre cliente, família e o enfermeiro. Nesse contexto a enfermagem se responsabiliza, pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, e/ou coordenando outros setores para a prestação do atendimento, ou promovendo a autonomia dos pacientes através da educação à saúde.²⁶

1.2 O autocuidado entre pessoas com diabetes

Realizou-se revisão de literatura em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e no *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), utilizando os descritores: idoso diabetes mellitus e autocuidado. Nessa busca considerou-se o seguinte critério de inclusão: artigos completos; publicações no período compreendido entre o ano de 2000 a 2012 e o idioma português, espanhol e inglês.

Do total de 1358 trabalhos, apenas 232 foram selecionados, pois atenderam aos critérios de seleção já mencionados. Desses, 21 foram encontrados no Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 211 na

Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Segue-se a descrição da síntese dos resultados consultados.

Para promover mudanças de comportamento, as orientações dadas às pessoas com diabetes devem englobar aspectos subjetivos, emocionais, econômicos, sociais e culturais visto que influenciam a prática do autocuidado. Para capacitá-las quanto ao engajamento no autocuidado, torna-se imprescindível a parceria dos profissionais das outras áreas do conhecimento, tais como: direito, sociologia, economia, psicologia e arquitetura. A promoção da saúde desses indivíduos não pode ser feita exclusivamente por profissionais de saúde, pois se acredita que jamais se alcançará o autocuidado sem que se tenha essa participação intersetorial efetiva.²⁷⁻²⁸

A convivência com a diabetes mellitus, por si só, trazem ao cliente inúmeras restrições e alterações no padrão de vida. Somadas às necessidades do tratamento acrescidas do processo de envelhecimento, reduz ainda mais o sentido de liberdade e de bem viver. Por isso é importante reconhecer a pessoa idosa não apenas como objeto de tratamento, mas como um sujeito com direito à decisão, opinião, interessado em buscar o melhor para si, capacitado para realizar ações de cuidado dentro de suas limitações ou dependências impostas pela patologia.²⁹

Existe influência do nível de instrução no entendimento e adesão ao autocuidado por parte do indivíduo idoso com diabetes, além da renda familiar. Trata-se de um dos fatores que figura entre as dificuldades encontradas no controle e tratamento dessa enfermidade, visto que a dieta alimentar e os medicamentos, quando não oferecidos pelo serviço de saúde, poderão significar um acréscimo nas despesas familiares.²⁷ Portanto, a renda desse cliente e/ou da sua família vai influenciar o seu autocuidado.

Foram caracterizados clientes com diabetes segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas, descrevendo-se as condições de saúde, capacidade funcional e utilização dos serviços de saúde. Para todas as atividades de vida diárias (AVDs), foi obtido percentual de dependência, ou seja, os sujeitos não conseguem realizar as AVDs, e, portanto, necessitam da ajuda de terceiros.³⁰

Tavares e Rodrigues³⁰ apontam em outra publicação que o profissional deve ter conhecimento sobre o envelhecimento e as possíveis limitações do idoso para que se possa cuidar, educar e, também, ao seu familiar de forma correta.

Quando não se tem o conhecimento sobre o processo de envelhecimento e as possíveis limitações decorrentes de determinadas doenças, podem ocorrer dificuldades na relação com o idoso e na comunicação, gerando isolamento social, síndromes depressivas e menores produções cognitivas e funcionais.^{6(p14)}

As ações educativas, junto ao cliente, família e comunidade, têm um papel essencial no controle dessa enfermidade, uma vez que suas complicações estão estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequado e ao estilo de vida saudável. O indivíduo idoso, em especial, necessita ser estimulado pelos profissionais de saúde a manter uma vida independente, adaptando-se da melhor maneira possível às modificações exigidas para o controle metabólico. As ações educativas terão muito a contribuir para uma melhor qualidade de vida e maior adesão e estímulo ao autocuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO - A TEORIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER

O autocuidado é o principal princípio a ser seguido quando uma pessoa é acometida por diabetes. Pois este se relaciona diretamente à promoção da saúde e a qualidade de vida, uma vez que transforma os processos individuais e coletivos de tomada de decisão e desenvolvimento da autonomia.³¹ Autonomia esta que estimula as pessoas para melhorar a sua própria condição e preservar a sua saúde.

Afirma Nola Pender³² que o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a cuidar de si mesmas. Assim, a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação e controle deste processo.³³ Nesse sentido, abordamos a Teoria de Nola Pender e suas nuances sobre a promoção da saúde.

Essa Teoria foi desenvolvida na década de 80 por Nola J. Pender, professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan nos Estados Unidos da América (EUA). Ela surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde.³⁴

A autora utilizou como bases teóricas a Teoria da aprendizagem social e o Modelo de avaliar expectativas, ambas procedentes da psicologia.³² A Teoria de aprendizagem social, denominada atualmente de cognitiva social, inclui as seguintes autocrenças: autoatribuição, autoevolução e autoeficácia.

O diagrama de Pender³² caracteriza um modelo conceitual esquemático,³⁵ que foi utilizado como um dos instrumentos de produção e representação de dados sobre a construção de ações de autocuidado, nesta pesquisa. O modelo configura-se em três grandes componentes: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; e o comportamento de promoção da saúde desejável (Figura 1).

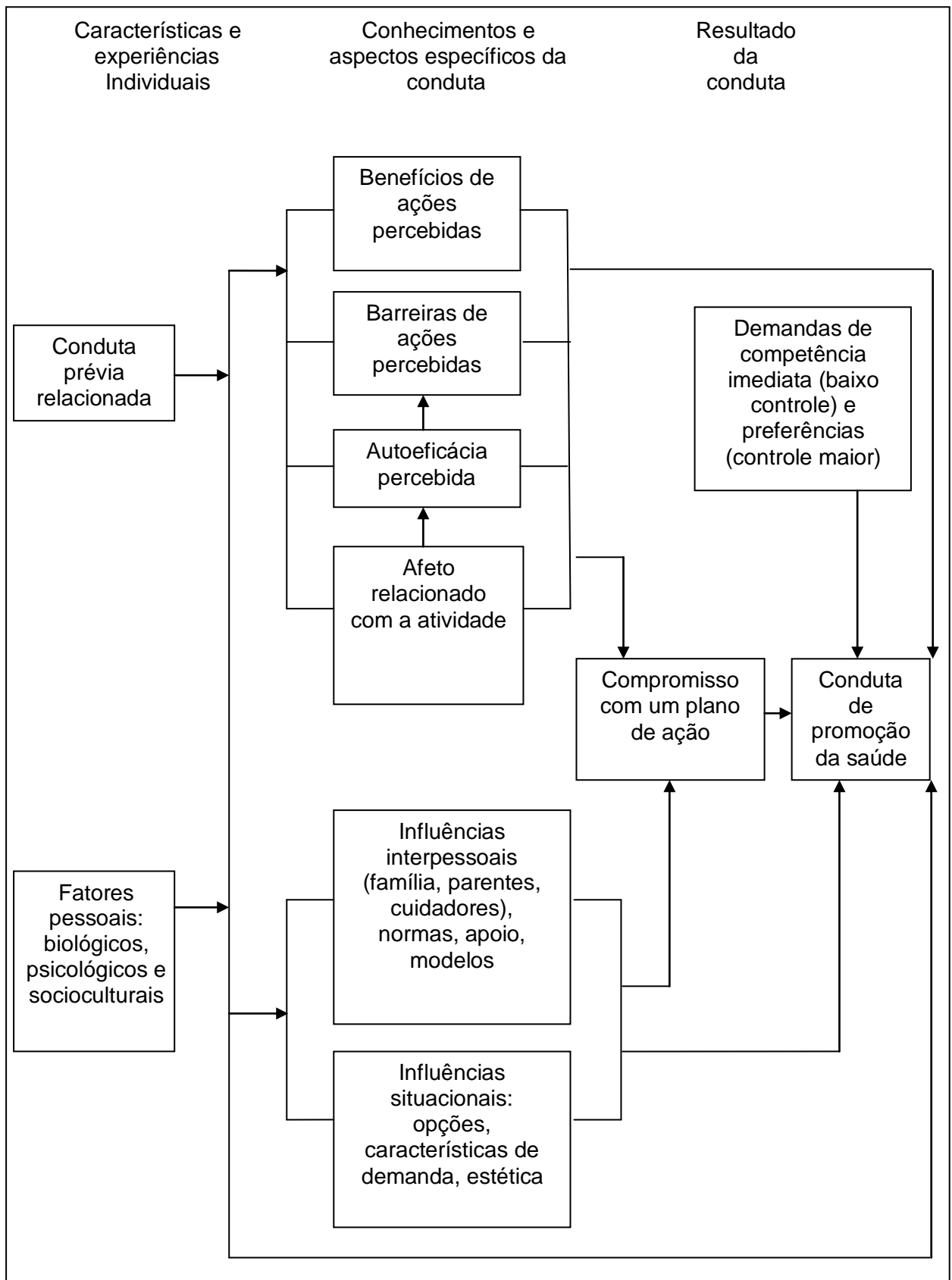


Figura 1 – Modelo de promoção da saúde revisado

Fonte: Pender et al. ^{32(p60)}

Para melhor compreensão dos componentes do diagrama, descreve-se seus principais conceitos e definições:³²

a) Características e experiências individuais

conduta prévia relacionada: compreende o comportamento anterior, que deve ser mudado. produz efeitos diretos e indiretos da probabilidade de comprometer-se com as condutas de promoção da saúde,

fatores pessoais: categorizados como fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. São preditivos de certa conduta e estão marcados pela natureza da consideração da meta da conduta. Fatores pessoais biológicos incluem variáveis como idade, sexo, o índice de massa corporal, o estado de puberdade, o estado de menopausa, a capacidade aeróbica, a força, a agilidade e o equilíbrio. Fatores pessoais psicológicos incluem variáveis como a autoestima, a automotivação, a competência pessoal, o estado de saúde percebido e a definição de saúde. Fatores pessoais socioculturais incluem variáveis como raça, etnia, cultura, a formação e o estado socioeconômico;

b) Conhecimentos e efeitos específicos de conduta: são considerados como de maior importância motivacional; estas variáveis são modificáveis mediante as ações de Enfermagem. São divididos em:³²

benefícios percebidos da ação: os resultados positivos antecipados que se produzirão desde a conduta de saúde,

barreiras percebidas da ação: bloqueios antecipados, imaginados ou reais, e custos pessoais de adoção de uma conduta determinada,

autoeficácia percebida: o juízo da capacidade pessoal de organizar e executar uma conduta promotora de saúde. A autoeficácia percebida influi sobre as barreiras de ação percebidas, de maneira que a maior eficácia leva a umas percepções menores das barreiras para o desempenho desta conduta,

efeito relacionado com a atividade: os sentimentos subjetivos positivos e negativos que se dão antes, durante e depois da

conduta baseada nas propriedades dos estímulos da conduta em si. O afeto relacionado com a atividade influi na autoeficácia percebida, o que significa que, quanto mais positivo o sentimento subjetivo, maior é o sentimento de eficácia. Pouco a pouco, o aumento de sentimentos de eficácia pode gerar um maior afeto positivo, influências interpessoais: os conhecimentos acerca das condutas, crenças e atitudes dos demais. As influências interpessoais incluem: normas (expectativas das pessoas mais importantes), apoio social (instrumental e emocional) e modelação (aprendizagem indireta mediante a observação dos demais comprometidos com uma conduta em particular). As fontes primárias das influências interpessoais são as famílias, o casal (o par) e os cuidadores de saúde, influências situacionais: as percepções e cognições pessoais de qualquer situação, no contexto determinado podem facilitar ou impedir a conduta. Incluem as percepções das opções disponíveis, características da demanda e traços estéticos do entorno em que se propõe que se desenvolvam certas condutas promotoras de saúde. As influências situacionais podem ter influências diretas ou indiretas na conduta de saúde;

- c) Resultado da Conduta³²: o sucesso da conduta se inicia com o compromisso de atuar, a menos que haja uma demanda contraposta que não se pode evitar e uma preferência contraposta que não se pode resistir. O resultado da conduta se subdivide em: compromisso com um plano de ação: o conceito da intenção e da identificação de uma estratégia planejada leva a implantação de uma conduta de saúde, demandas e preferências contrapostas imediatas: as demandas contrapostas são aquelas condutas alternativas mediante as quais, os indivíduos têm um baixo controle porque existem contingentes do entorno, como o trabalho e as responsabilidades do cuidado da família. As preferências contrapostas são as condutas alternativas mediante as quais, os indivíduos possuem um controle relativamente alto, conduta promotora de saúde: o olhar do objetivo no resultado da ação dirigida aos resultados de saúde positivos, como o bem-estar ótimo,

o cumprimento pessoal e a vida produtiva. Os exemplos da conduta de promoção da saúde são: manter uma dieta saudável, realizar exercício físico de forma regular, controlar o estresse, conseguir um descanso adequado e um crescimento espiritual, e construir umas relações positivas.

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) oferece também um paradigma para o desenvolvimento de instrumentos. O perfil do estilo promotor de saúde e a balança de benefícios/barreiras do exercício físico são exemplos destes. O instrumento permite uma valorização dos estilos de vida promotores de saúde dos indivíduos, que resulta na utilidade para as enfermeiras na assistência, tanto em apoio como na educação dos pacientes.

Na terceira edição do livro *Health Promotion in Nursing Practice*,³² Pender apresenta os principais pressupostos do MPS:

- a) as pessoas buscam criar condições de vida mediante as quais podem expressar seu próprio potencial de saúde humana;
- b) as pessoas têm a capacidade de possuir uma autoconsciência reflexiva, incluída a valorização de suas próprias competências;
- c) as pessoas valorizam o crescimento das direções observadas como positivas e o intento de conseguir um equilíbrio pessoalmente aceitável entre a troca e a estabilidade;
- d) os indivíduos buscam regular de forma ativa a própria conduta;
- e) as pessoas interagem com o entorno, tendo em conta toda sua complexidade biopsicossocial, transformando progressivamente o entorno e sendo transformados ao longo do tempo;
- f) os profissionais sanitários formam parte do entorno interpessoal que exerce influência nas pessoas ao longo de sua vida;
- g) a re-configuração iniciada por ele mesmo das pautas interativas da pessoa-entorno é essencial para a troca de conduta.

Para as afirmações teóricas o modelo representa as inter-relações entre os fatores cognitivo-perceptivos e os fatores modificantes que influem na aparição de condutas promotoras de saúde, desenvolvendo estes conhecimentos a partir dos achados de investigação. O modelo é uma tentativa de ilustrar a natureza multifacetária das pessoas que interagem com o entorno tentando alcançar um estado de saúde.

A promoção da saúde está motivada pelo desejo de aumentar o bem-estar e atualizar o potencial humano. Em seu primeiro livro *Health Promotion in Nursing Practice*,³⁴ Pender afirma que existem processos biopsicossociais complexos que motivam os indivíduos para que se comprometam com as condutas destinadas ao fomento da saúde. Na quarta edição de *Health Promotion in Nursing Practice*³² aparece 14 afirmações teóricas derivadas do modelo:

- a) a conduta prévia e as características herdadas e adquiridas influenciam nas crenças, no afeto e a promulgação das condutas de promoção da saúde;
- b) as pessoas se comprometem a adotar condutas a partir das quais antecipam os benefícios derivados, valorizados de forma pessoal;
- c) as barreiras percebidas podem obrigar a adquirir um compromisso com a ação, a mediação da conduta e a conduta real;
- d) a competência percebida da eficácia de um mesmo para executar uma certa conduta aumenta a probabilidade de um compromisso de ação e atuação real da conduta;
- e) a eficácia de um mesmo mais percebido, tem como resultado menos barreira percebidas para uma conduta de saúde específica;
- f) o afeto positivo faz uma conduta chegar a uma eficácia de uma mesmo mais percebida que pode, pouco a pouco, levar a um aumento do afeto positivo;
- g) quando as emoções positivas do afeto se associam a uma conduta, a probabilidade de compromisso e ação aumenta;
- h) é mais provável que as pessoas se comprometam a adotar condutas de promoção de saúde quando os indivíduos importantes para eles/elas modelam sua conduta, esperam que se produza a conduta e oferecem ajuda e apoio para permiti-la;
- i) as famílias, o casal (o par) e os cuidadores de saúde são fontes importantes de influência interpessoal que podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso para adotar uma conduta promotora de saúde;
- j) as influências situacionais no entorno externo podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso da participação na conduta promotora de saúde;

- k) quanto maior o compromisso de um plano específico de ação, mais provável é que se mantenham as condutas promotoras de saúde ao longo do tempo;
- l) o compromisso de um plano de ação é menos provável que acabe em uma conduta desejada quando as exigências contrapostas nas que as pessoas tem menos controle requerem uma atenção imediata;
- m) é menos provável que o compromisso de um plano de ação chegue a ser a conduta desejada quanto umas ações são mais atrativas que outras e, para tanto, são preferidas na meta da conduta;
- n) as pessoas podem modificar os conhecimentos, o afeto e os entorno interpessoal e físicos para criar incentivos para as ações de saúde.

A forma lógica do MPS se há formulado mediante a indução do uso da investigação disponível para formar uma pauta de conhecimentos sobre a conduta sanitária. As teorias intermédias estão originadas normalmente mediante este enfoque. O modelo de promoção da saúde é um modelo conceitual que se formulou com o objetivo de integrar os conhecimentos sobre a conduta promotora de saúde e gerar assim questionamentos para suas comprovações. Este modelo oferece um marco para ver como os resultados da investigação anterior encaixam mais claramente e como os conceitos podem ser manipulados para um estudo adicional.

Em relação quanto sua aceitação na comunidade da Enfermagem para a:³⁴

- a) prática profissional: o bem-estar como especialidade da Enfermagem há aumentado notavelmente durante a última década. A prática clínica atual como arte implica na formação da promoção da saúde. Os profissionais de enfermagem creem que o MPS é de suma importância porque se aplica ao longo de toda vida e é útil em uma ampla variedade de situações. O interesse clínico nas condutas de saúde representa uma troca filosófica que enfatiza a qualidade das vidas ao lado da salvação destas. Além disso, o custo de um modo geral que a sociedade paga pelos indivíduos que não colaboram com a prevenção e promoção é alto e indiscutível. O MPS fornece uma solução de Enfermagem na política sanitária e na reforma do cuidado de saúde oferecendo um meio para

compreender como os consumidores podem ver-se motivados para alcançar a saúde pessoal. Os futuros achados empíricos vão a ir aumentando sua importância para os planejamentos da Enfermagem na contribuição dos cuidados de saúde e para aqueles que oferecem o cuidado;

- b) formação: cada vez mais, o MPS se incorpora no plano de estudos da Enfermagem como um aspecto de valorização da saúde, Enfermagem de saúde comunitária e cursos centrados no bem-estar. Estão produzindo esforços cada vez maiores em um grande número de países para integrar o MPS nos planos de estudos da Enfermagem;
- c) investigação: o MPS é um instrumento para investigação. O instrumento de investigação de Pender e outros investigadores demonstram a precisão empírica do modelo. Uma grande parte da investigação informa acerca do uso do modelo como um marco de referência. O perfil do estilo de vida promotor de saúde, derivado do modelo, serve frequentemente como definição operacional para as condutas promotoras de saúde. O modelo tem implicações para aplicação, remarcando a importância da valorização no indivíduo dos fatores que se crer que influenciam nas trocas de condutas de saúde;
- d) desenvolvimentos posteriores: o modelo continua sendo aperfeiçoado e ampliado em quanto sua capacidade para explicar as relações entre os fatores que se crer que influenciem nas modificações da conduta sanitária. Agora existe um apoio empírico suficiente para as variáveis do modelo, para que algumas condutas garantam e levem a ponta os estudos de intervenção para comprovar as intervenções de Enfermagem baseadas no modelo. Os estudos de intervenção adicionais representam um passo seguinte no uso do modelo para construir a ciência Enfermagem.

As críticas pela teoria se dão pela:

- a) simplicidade: o MPS é fácil de compreender. As definições conceituais oferecem clareza e levam a uma maior compreensão da complexidade dos fenômenos da conduta de saúde;
- b) generalidade: o modelo é intermediado quanto a seu objetivo. É muito generalista nas populações de adultos. A investigação utilizada para obter o modelo se baseou em amostras de homens, mulheres, jovens, idosos, sãos e doentes. O instrumento de investigação inclui a aplicação de uma grande variedade de situações;
- c) precisão empírica: o modelo tem recebido o apoio da demonstração por parte de Pender e outros autores como marco da explicação da promoção da saúde. A investigação empírica continuada, especialmente os estudos de intervenção, se encarregará de melhorar o modelo. O perfil de estilo de vida promotor de saúde surgiu como um instrumento para valorizar as condutas promotoras de saúde;
- d) consequências deduzíveis: pender identificou a promoção da saúde como meta para o século XXI, do mesmo modo que a prevenção da enfermidade foi uma tarefa do século XX. O modelo pode influir de forma potencial na interação entre a Enfermagem e o consumidor. Pender há respondido o entorno político, social e pessoal de seu tempo para definir o papel da Enfermagem na hora de subministrar serviços de promoção da saúde a pessoas de todas as idades.

3 MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

Para desenvolver a pesquisa, escolheu-se o método sociopoético¹⁶ que caracteriza um estudo qualitativo, descritivo. Inserida no paradigma das ciências humanas e sociais, a sociopoética, uma filosofia e prática de pesquisa, institui a construção coletiva de conhecimento, definindo-se como uma abordagem no conhecimento da pessoa como ser político e social.

O caminho do pesquisador, nas etapas desse método, fundamenta-se teoricamente em: Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, que contribui para o desenvolvimento das etapas de pesquisa características do Grupo Pesquisador (GP), destacando-se a aplicação dos princípios da Teoria da ação dialógica que, acompanha o desenvolvimento das seis etapas do método; Análise Institucional, tendência René Lourau, principalmente os conceitos de dispositivo, e de analisador. Assim, considera-se o GP como o dispositivo analítico do método sociopoético; Escuta mitopoética de René Barbier, onde a “escuta” e o silêncio dão o ritmo do processo de criação de cada indivíduo; Teatro do Oprimido de Augusto Boal, considerando as experiências de dramatizações, utilizadas por este autor para expressar saberes gestuais, escondidos, recalcados; e a Esquizo-análise de Gilles Deleuze e Felix Guattari,¹⁶ destacando-se a noção de devir destes autores.

A esquizoanálise faz uma crítica à sociedade em moldar o indivíduo no sentido econômico, social, tecnológico, midiático, corporal, biológico e emiótico. Ela acredita que a subjetividade é produzida socialmente, ou seja, ela dá uma noção de multiplicidade e não individual.¹⁶

A opção pela sociopoética deve-se, também, ao fato de se considerá-la uma prática de cuidar /educar /pesquisar, cuja proposta metodológica utiliza o próprio grupo de pesquisa como coprodutor de conhecimento, junto ao pesquisador institucional. Assim, enfatiza a importância do corpo como fonte do conhecimento, além de promover a criatividade artística na perspectiva estética de aprender, possibilitando experiências com vistas ao cuidado no rigor epistemológico e ético necessários em qualquer método.¹⁶

Ressalta-se, na implementação do método a aplicação simultânea dos fundamentos teóricos citados e dos seguintes princípios filosóficos da sociopoética:¹⁶

a) A importância do corpo como fonte de conhecimento

Esse princípio traduz a ideia de que não devemos pesquisar somente utilizando a forma de pensamento-razão, e sim integrar as outras formas de pensar como o pensar-emoção, o pensar-intuição e o pensar-sensação, ou seja, pesquisar o corpo inteiro em potencial. Assim, pode-se afirmar que o corpo pensa/fala, pois não somos apenas massa encefálica pensante.¹⁶ E a utilização de práticas que considerem a intuição, a emoção e as sensações juntamente com a razão para investigar os saberes oprimidos e recalcados.

Neste contexto é importante destacarmos a escuta sensível de René Barbier,³⁶ que traz na sua proposta mitopoética a capacidade do pesquisador sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para 'compreender do interior' as atitudes e os comportamentos, o sistema de ideias, de valores, de símbolos e de mitos. Assim, enfatiza-nos este autor que só se é pessoa pela existência de um corpo, de uma imaginação, de uma razão, de uma afetividade em permanente interação. Portanto, a audição, o tato, o gosto, a visão, o paladar são desenvolvidos na escuta sensível;³⁶

b) Considerar o papel dos sujeitos pesquisados como coprodutores do conhecimento, copesquisadores

O Grupo Pesquisador (GP) é o centro vivo da sociopoética e foi herdado a partir do amadurecimento da Pedagogia do Oprimido Paulo Freire.¹⁶ Em sua Teoria da ação dialógica, Paulo Freire³⁷ enfatiza que devemos adotar respeito mútuo e troca entre saberes intelectuais e populares, criando cidadãos. Esta Teoria possui quatro princípios: a Co-laboração; União para libertação; Organização e a Síntese cultural.

Os sujeitos se encontram para a transformação do mundo em co-laboração, onde não há um sujeito que domina e outro dominado. E o diálogo funda a co-laboração, diálogo esse que não impõe, não maneja, não domestica e não sloganiza. Os sujeitos se voltam sobre a realidade mediatizadora, que problematizada, os desafia. E

a resposta aos desafios da realidade problematizada é, já, a ação dos sujeitos dialógicos sobre ela, para transformá-la.³⁶

A liderança se obriga ao esforço incansável da união dos oprimidos entre si, e deles com ela, para a libertação. Considerando a Teoria referida,³⁶ a organização jamais será a justaposição de indivíduos que, gregarizados, se relacionem de forma mecanicista, na qual a manipulação cede seu lugar à verdadeira organização. A organização não pode ser autoritária e sim pedagógica, pois a liderança e o povo fazem, juntos, o aprendizado da autoridade e da liberdade verdadeiras. E, então, ambos, como um só corpo, buscam instaurar a transformação da realidade que os mediatiza.

Toda a ação cultural³⁵ é sempre uma forma sistematizada e deliberada de ação que incide sobre a estrutura social, ora no sentido de mantê-la como está e/ou menos como está, ora no sentido de transformá-la;

- c) Favorecer a participação das culturas de resistência e dominadas na leitura dos dados da pesquisa¹⁶

Este princípio salienta que o pesquisador encontra significação no desvelar de saberes recalcados das pessoas do povo, sugerindo-se que as próprias noções de ciência e de cientificidade sejam negociadas entre as culturas, entre os povos, numa troca equânime de experiências, práticas e teorias. Os autores citados sugerem que se constituam grupos pesquisadores, juntamente com facilitadores da pesquisa onde se encontrem pessoas oriundas da academia e indivíduos de várias outras culturas, de modo que os saberes, experiências de vida e marcadores culturais possam miscigenar-se de maneira imprevisível.

No caso deste projeto de pesquisa, considera-se as pessoas idosas, pertencentes de uma classe oprimida, que estão em busca constante de uma inserção sólida dentro da família e/ou da sociedade. Ressaltando-se, ainda o fato de elas terem diabetes, o que lhes traz muitas limitações.

O pesquisar sociopoético caracteriza-se pela transculturalidade e multirreferencialidade. Sendo que, o advento da transculturalidade

almeja alcançar as linhas de fuga, os desejos, as relações de poder, e as singularidades que percorrem o Grupo Pesquisador. Muitas vezes as linhas de fuga são criadas no próprio desenrolar da pesquisa. Já com a multirreferencialidade, deseja-se debater o conhecimento produzido com o GP, o qual por sua vez pode ser incentivado a não esgotar apenas os saberes acadêmicos, mas possivelmente propiciar o debate entre diversos saberes;¹⁶

- d) Valorizar o papel da criatividade de tipo artístico no aprender, no conhecer e no pesquisar

Aplicando-se este princípio, recomenda-se o uso de técnicas variadas e inusitadas de produção de dados que forneçam a emergência de pulsações e saberes inconsciente nas quais o emocional, o sensível e o intuitivo encontrem vazão e ecoem expressando modos de conhecer o mundo, transformando-se assim em energias vitais que compõem aquilo que algumas autoras de enfermagem chamam de “ciência sensível”.¹⁶

Por isso, a pesquisa sociopoética utiliza-se de técnicas / vivências de pesquisa, invariavelmente precedidas de uma dinâmica de sensibilização/relaxamento: o relaxamento permite que se expresse a força que proporciona a criação de imagens, a imaginação,¹⁶

Pretende-se com esse princípio o emprego de técnicas de pesquisa que possibilitem a investigação com os tiranizados/dominados em contato com seu imaginário, pois o caminho sociopoético deve agregar inspirações fecundas transformando-se num revelador e catalisador da heterogeneidade, muitas vezes encoberta por uma aparente homogeneidade;¹⁶

- e) Considerar a importância do sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos no processo de construção dos saberes

Nesse princípio considera-se o processo de investigação como um pesquisar juntos, aprendizagem mútua, eminentemente pautada na filosofia dialógica de Freire que nos baliza salientando que ensinar é pesquisar e, conforme Santos et al.,¹⁶ pesquisar sociopoeticamente é ensinar.

Santos et al.¹⁶ lembram que uma pesquisa incorpora um aspecto político e ético, visto interagir no contexto das relações de poder e saber entre a comunidade envolvida e a sociedade e na própria comunidade. Pois o saber produzido pelo grupo tem significado não só para o pesquisador, mas para todos os sujeitos da pesquisa uma vez que representa as vozes, sentimentos e percepções de pessoa, numa linguagem que pode ser entendida.

E é nesse último princípio que a enfermagem mais se identificou, de modo que representamos a profissão que visa o cuidar como finalidade da arte e ciência, e que pesquisar-cuidando torna-se viável com um advento fértil chamado Grupo Pesquisador.³⁸

3.1 Campo da pesquisa

Escolheu-se para campo de pesquisa a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnaTi) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A UnATI/UERJ é uma instituição em permanente construção. O programa desenvolvido por ela é formado por quatro eixos numa estrutura aberta, ou seja, no sentido de não concluída, de ser dinâmica. Em cada eixo podem ser identificadas ações de ensino, pesquisa e extensão.³⁹

O primeiro eixo é voltado para as pessoas idosas e reúne as seguintes atividades: serviços de saúde; atividades socioculturais e educativas; atividades de integração e inserção social.³⁹

O segundo eixo é voltado para estudantes de graduação, profissionais e público não idoso, e desenvolve as seguintes atividades: formação, capacitação, atualização, especialização de recursos humanos; educação continuada; preparação de cuidadores de idosos.³⁹

O terceiro prioriza a produção de conhecimento e volta-se para pesquisadores e estudantes de cursos de pós-graduação, visando: produção de pesquisas; centro de documentação; publicação e divulgação da produção dos pesquisadores.³⁹

O quarto eixo prioriza a sensibilização da opinião pública e preocupa-se com a visibilidade dos programas da UnATI. É voltado para o público externo e formador de opinião e agrega as atividades de: extensão; programa de voluntariado; comunicação e divulgação; e participação na formulação de políticas voltadas para a população idosa.³⁹

3.2 Sujeitos de pesquisa: características sociodemográficas e clínicas

Para a composição do Grupo Pesquisador, buscou-se no banco de dados da UnaTI/UERJ uma relação de todos os indivíduos idosos, com diabetes, participantes deste campo de pesquisa e/ou que já utilizaram os serviços do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), e/ou participaram de atividades desta instituição. Foi elaborada uma lista composta por 265 indivíduos, da qual foram selecionadas pessoas que residissem próximo à Faculdade de Enfermagem da UERJ, ou seja, em Vila Isabel, Grajaú, Tijuca, Méier, Mangueira, Maracanã, Rio Comprido e Benfica.

Realizou-se contato telefônico com 73 indivíduos selecionados. Deste total, oito foram a óbito conforme informação cedida pela família; nove não andam ou possuem muita dificuldade em andar; um deficiente visual; um não ficou interessado no curso de autocuidado; 23 não atenderam ao telefone ou era um número inexistente e um não tinha quem o acompanhasse ao local da pesquisa. Do total de 50 indivíduos, que confirmaram presença, 10 compareceram e fizeram parte do GP.

Vale destacar, que a construção coletiva de saberes e o seu compartilhamento entre os construtores, proposta no método sociopoético se reveste de cuidados, entre os quais, o conhecimento prévio de suas características pessoais, por parte do pesquisador responsável pela pesquisa e condução/falicitização do trabalho no contexto do grupo. Portanto, na primeira oficina sociopoética foi aplicado um formulário composto por variáveis sociodemográficas e clínicas, a saber: sexo, faixa etária, escolaridade, crença religiosa, etnia/cor autodeclarada, renda familiar, local de residência, modalidade de residência, profissão/ocupação, estado de união, constelação familiar, aposentadoria, ajuda financeira.

Entre as variáveis clínicas foram investigadas: práticas de exercício físico, práticas de lazer, tipo de dieta alimentar, hábitos de alcoolismo e tabagismo, tipo de diabetes, uso de medicamentos, comorbidades e plano de saúde (APÊNDICE A).

3.2.1 Características sociodemográficas

Tabela 2 - Características sociodemográficas do Grupo Pesquisador - Rio de Janeiro - agosto 2012

Características		Total	Características		Total
Sexo	Feminino	8	Local de residência	Zona Norte	8
	Masculino	2		Zona Sul	1
				Zona Oeste	1
Faixa etária	60-69 anos	1	Número de dependentes	1 a 2	6
	70-80 anos	6		3 a 4	3
	> 80 anos	3		5 ou mais	1
Escolaridade	Ensino Fundamental	5	Ajuda financeira	Não recebe, mas oferece	5
	Ensino Médio	2		Não oferece e não recebe	1
	Ensino Superior	2		Recebe, mas não oferece	3
				Recebe e oferece	1
Renda familiar	1 a 2 SM	4	Possui plano de saúde	Sim	4
	3 a 4 SM	4		Não	6
	> 5 SM	2			
Estado civil	Casado	5	Etnia/cor	Branca	7
	Viúvo	3		Parda	2
	Solteiro	1		Negra	1
	Divorciado	1			
Crença religiosa	Católica	7	Moradia	Alugada	1
	Evangélica	1		Própria	9
	Budista	1			
	Judáica	1			

Legenda: salário mínimo (SM).

Nota: n = 10.

Analisando as características sociodemográficas dos membros do GP, observa-se quanto ao sexo e faixa etária, que no total de 10 pessoas idosas

predominam oito do sexo feminino, sendo seis situadas na faixa de 70 a 80 anos. Foram encontrados apenas dois membros do GP do sexo masculino, situados na mesma faixa etária (Tabela 2). Tal fato confirma os achados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),⁴⁰ onde a esperança de vida ao nascer no Brasil era de 73,48 anos (73 anos, 5 meses e 24 dias), um incremento de 0,31 anos (3 meses e 22 dias) em relação a 2009 e de 3,03 anos (3 anos e 10 dias) sobre o indicador de 2000. Além de que a esperança de vida ao nascer para os homens era de 69,73 anos e, para as mulheres, em 77,32 anos, uma diferença de 7,59 anos (7 anos, 7 meses e 2 dias). Tal fato se explica pelo fenômeno mundial que ocorre no qual, mulheres vivem mais que os homens.⁴⁰

A relação entre sexo e envelhecimento baseia-se nas mudanças sociais ocorridas ao longo do tempo e nos acontecimentos ligados ao ciclo de vida. A maior longevidade feminina implica transformações nas várias esferas da vida social, uma vez que o significado social da idade está profundamente vinculado ao gênero.⁴¹

Para maior compreensão, apresenta-se no Quadro 1 um resumo de dados colhidos no site do IBGE, mostrando que estatisticamente a realidade não mudou a partir do ano 2000 até a atualidade.

Quantitativo	%
Quantidade de idoso em relação à população total	10,79
Quantidade de homem dentro da população de homens	9,80
Quantidade de mulher dentro da população de mulheres	11,75
Quantidade de homens dentro da população de idosos	44,47
Quantidade de mulheres dentro da população de idosos	55,53

Quadro 1 - Quantitativo da população idosa por sexo - Rio de Janeiro - 2012

Fonte: IBGE.⁴²

Quanto ao sexo e faixa etária, predominam cinco indivíduos, que referiram possuir o ensino fundamental, enquanto somente dois cursaram o nível superior. Tal resultado, apesar de encontrado em pequena amostra, corrobora a realidade brasileira visto que a média de anos de estudo no Brasil ainda é extremamente baixa, pois segundo Censo IBGE, 30,7% dos idosos brasileiros tem menos de um ano de instrução⁴² (Tabela 2, f. 39).

À medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica, a exemplo da diabetes. Estudos mostram que somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças. Para aqueles de 75 anos ou mais de idade, esta proporção cai para 19,7%.⁴⁰

Em relação ao estado de união, a metade dos sujeitos do GP encontra-se casada, enquanto os demais vivem sem união consensual (Tabela 2, f. 39). Predominam oito pessoas, que moram com o cônjuge ou com os filhos. Todos possuem pelo menos um filho e no máximo 03. Dos 10 indivíduos 09 possuem casa própria. Metade dos indivíduos não recebe ajuda financeira, mas ajudam financeiramente o(s) filho(s) (Tabela 2, f. 39).

Dos 10 indivíduos quatro possuem plano de saúde enquanto seis utilizam a rede pública de saúde. De acordo com o Censo 2010 a cobertura dos planos de saúde entre os idosos é de aproximadamente 5 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, representando 29,4% do total da população nessa faixa etária.⁴²

Referente à crença religiosa, constatou-se a predominância de componentes do GP, professando a religião católica, situando-se os demais na, budista, evangélica e judaica (Tabela 2, f. 39).

Ratifica-se essa predominância do catolicismo nos resultados do Censo Demográfico 2010, mostrando que a proporção de católicos seguiu a tendência de redução observada nas duas décadas anteriores, embora tenha permanecido majoritária. Em paralelo, consolidou-se o crescimento da população evangélica, que passou de 15,4% em 2000 para 22,2% em 2010.⁴²

Em relação à variável etnia/cor, no GP, sete pessoas se consideraram brancas e apenas uma declarou pertencer à etnia negra (Tabela 2, f. 39).

Fato que ratifica os resultados do Censo 2010 do IBGE, apresentando a minoria de 7,6% da população brasileira inserida na etnia negra.⁴²

Segundo a renda familiar quatro idosos recebem de 1 a 2 salários mínimo (SMs), 04 recebem de 2 a 4 SM e 02 recebem mais de 5 SMs. E todos estão aposentados, apesar disso, 02 continuam trabalhando (Tabela 2, f. 39). De acordo com o IBGE pouco menos de 12,0% viviam com renda domiciliar per capita de até ½ salário mínimo e cerca de 66% já se encontravam aposentados.⁴²

Dos 10 indivíduos 08 moram na Zona Sul e 01 na Zona Oeste. O maior contingente da Zona Norte se explica pelo fato do critério de seleção dos indivíduos incluir residentes próximos à UERJ. O indivíduo da Zona Sul morou durante anos em

Vila Isabel e há pouco tempo mudou-se para a Zona Sul. A pessoa que mora na Zona Oeste trabalha na casa de um dos integrantes do GP, e foi convidada a participar do mesmo (Tabela 2, f. 39).

3.2.2 Características clínicas

Com o objetivo de facilitar a visualização das características clínicas do Grupo Pesquisador, criou-se a Tabela 3.

Tabela 3 - Características clínicas do Grupo Pesquisador - Rio de Janeiro - agosto 2012

Características		Total	Características		Total
Prática de exercícios	Sim	6	Tabagismo	Sim	0
	Não	4		Não	10
Tipos de exercícios	Alongamento	2	Tipo de diabetes	Tipo I	1
	Ginástica localizada	1		Tipo II	9
	Yoga	1	Uso de medicamentos	Sim	10
	Caminhada	2		Não	0
Práticas de lazer	Natação	1	Medicações para DM	Metormina	9
	Sim	9		Glibenclamida	4
Não	1	Glimepirida		1	
Tipos de lazer	Cozinhar	1		Gliclazida	1
	Frequentar a UnaTi	1		Insulina NPH	1
	Teatro	2		Comorbidades	Hipertensão
	Cinema	2	Hipotireoidismo		4
	Passeios	2	Artrose		2
	Ir a casa dos filhos	1	Retinopatia diabética		1
	Fazer artesanato	1	Depressão		1
	Leitura	1	Hipercolesteromia		2
Festa	1	Glaucoma	3		
Dançar	1	Diverticulite	1		
Tipo de dieta	Coral	1	Osteoporose	1	
	Restrição a açúcar	10	Hipertrigliceridemia	1	
Alcoolismo	Restrição a sal	3	Fribilação atrioventricular	1	
	Sim	1			
	Não	9			

Nota: n = 10.

Analisando as características clínicas representadas na Tabela 3, observa-se que do total de 10 indivíduos componentes do GP 06 praticam alguma atividade física regularmente. Os 04 que não praticam atualmente, não o fazem atualmente devido a problemas de saúde como artrose ou por terem realizado cirurgia recentemente. Dentre os exercícios praticados estão a caminhada e o alongamento com duas pessoas, ginástica localizada, yoga e natação com uma pessoa cada.

A procura por exercício físico cresce a cada dia, pois promove um estilo de vida ativo para a terceira idade, pois favorece a revalorização, auxiliando no processo do envelhecimento. Além de promover um estilo de vida ativo à pessoa idosa bem como o aumento do convívio social, saúde física e mental, permitindo-lhe a participação na atividade física e recreativa, proporcionando a qualidade de vida, melhorando assim, sua saúde física e mental.⁴³

Do mesmo modo, Pender também enfatiza em sua teoria a importância da atividade física para a qualidade de vida.³³⁻³⁴ Ressalte-se, ainda, que a caminhada promove o fortalecimento e o aumento da massa muscular, auxiliando na recuperação física prevenindo o surgimento de doenças crônicas, melhorando a qualidade de vida.⁴³

Nada se pode afirmar com precisão sobre prescrição do alongamento eficaz para o idoso na atualidade. Contudo, o ideal é associar o treino de flexibilidade a outras atividades, pois o alongamento isolado não demonstrou bons ganhos referentes à melhora no grau de amplitude articular. O treinamento da flexibilidade, associado ao treinamento de força auxiliam na melhora da mobilidade, tornando o músculo mais funcional na amplitude de movimento.⁴⁴

Apenas um dos 10 indivíduos não pratica nenhuma atividade de lazer. Teatro, cinema e passeios em geral são as atividades mais apontadas por pessoas idosas interessadas em lazer. Cozinhar, frequentar a UnaTI/UERJ, artesanato, leitura, festa, dançar, participar do coral e ir à casa dos filhos apareceram em segundo lugar, sendo registrada por um indivíduo em cada uma das que foram citadas (Tabela 3, f. 42).

Atividades de lazer podem ter efeito protetor por mecanismos semelhantes à atividade laboral, exceto por não envolverem necessariamente contato com outras pessoas. Possivelmente, essas e outras atividades, como as que envolvem aprendizagem, tenham efeito protetor por mecanismos que envolvem estímulo cognitivo e mecanismos compensatórios da rede de apoio social, o que ocorre na

maioria das atividades de lazer. Sendo assim, as relações sociais são identificadas como essenciais para a manutenção da capacidade funcional.⁴⁵

Dos 10 indivíduos, 09 possuem diabetes tipo II e um Tipo I, portanto apenas 01 usa insulina como tratamento medicamentoso. Entre os membros do GP, nove usam cloridrato de metformina, quatro glibenclamida, um glimeperida e um gliclazida.

O cloridrato de metformina é um hipoglicemiante oral usado no tratamento da DM tipo 2, onde ocorre resistência insulínica e que produz uma quantidade insuficiente de insulina. A droga age reduzindo a produção de glicose pelo fígado; aumentando a sensibilidade dos tecidos, principalmente dos músculos, à insulina. Ela otimiza a ação da insulina já produzida e reduz a absorção de glicose pelo trato gastrointestinal.⁴⁴ Essa medicação aparece em maior número de tratamento pois a maioria dos indivíduos envolvidos na pesquisa tem diabetes tipo 2.

A Glibenclamida trabalha principalmente por estimular as células do pâncreas que produzem insulina. Essas células são chamadas células beta. Glibenclamida faz com que as células beta para produzir mais insulina. Isto ajuda a diminuir a quantidade de açúcar no sangue de pessoas com diabetes do tipo 2.

Todos os indivíduos do GP possuem alguma comorbidade. A hipertensão é a mais comum entre eles, sendo referida por oito membros do GP. Em segundo lugar encontra-se o hipertireoidismo, com quatro indivíduos acometidos, e em terceiro, situam-se três pessoas com glaucoma. Artrose e hipercolesteromia foram declaradas, respectivamente, por duas pessoas; enquanto retinopatia diabética, depressão, diverticulite, osteoporose, hiperglicéridemia e fibrilação atrioventricular acometem uma pessoa, respectivamente (Tabela 3, f. 42).

Quase metade (48,9%) dos copesquisadores possui mais de uma doença crônica (DC) e, no subgrupo de 75 anos ou mais de idade, a DC atinge a maioria (54,0%). Entre as doenças crônicas, a hipertensão é a que mais se destaca em todos os subgrupos de idosos, atingindo a metade (50%) destes. Doenças como dores de coluna (ou dor nas costas) e artrite ou reumatismo aparecem, também, com bastante frequência entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade, correspondendo, respectivamente, a 35,1% e 24,2%, de dores na coluna e de artrose⁴² (Tabela 3, f. 42).

A prevalência de hipertensão em indivíduos com diabetes é duas vezes maior que numa população que não a possui. Essa proporção é válida para o DM do tipo 2

e, provavelmente, também para o tipo 1. A etnia, a idade, o sexo, a presença de proteinúria maciça, o aumento do índice de massa corpórea e o tempo de evolução do DM são os principais determinantes da elevação da pressão arterial, particularmente a pressão sistólica, nos clientes com a enfermidade citada.⁴⁶⁻⁴⁷

Na DM tipo1 o nível pressórico nesses pacientes mantém-se normal até o desenvolvimento de proteinúria persistente (excreção urinária de albumina maior que 300mg/24 horas); se a nefropatia não se desenvolver, esses clientes manter-se-ão normotensos. Uma vez instalada a nefropatia clínica, observa-se aumento da pressão arterial.⁴⁸

Na DM tipo2 a elevação da pressão arterial ocorre de forma independente do aumento da massa corpórea.⁴⁹⁻⁵⁰ Aproximadamente 28% dos portadores de DM do tipo 2 já são hipertensos quando o diagnóstico de DM é feito. A hipertensão, nesses pacientes, não se correlaciona necessariamente com a presença de nefropatia. Particularmente nesse grupo, outros fatores podem estar presentes, tais como: obesidade, sedentarismo, idade avançada, dislipidemia, tabagismo, história familiar. A obesidade e a inatividade física, quando associadas à resistência insulínica, correlacionam-se com a elevação da pressão arterial. Perda de peso e a prática de atividade física melhoram o controle dos níveis pressóricos.⁵⁰

O DM do tipo 1A (DM1A) é uma doença autoimune resultante de uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais, frequentemente associada à autoimunidade extra pancreática, caracterizando síndromes poliglandulares.⁵¹ O hipotireoidismo primário está presente em 12% a 24% das mulheres e em 6% dos homens com DM1A.

Aproximadamente um terço dos pacientes com DM1A tem anticorpos anti-peroxidase e cerca de 50% deles desenvolvem hipotireoidismo num período de 10 anos. Os pacientes com DM1 A têm maior risco de desenvolver doenças tireoidianas autoimunes e isso pode ser explicado, em parte, pela presença de genes de suscetibilidade compartilhados tanto para o DM como para as tireopatias.⁵¹⁻⁵² O glaucoma trata-se de uma doença silenciosa que provoca lesão no nervo óptico, relacionada ao aumento da pressão intra-ocular. A presença de diabetes mellitus tipo 2 e sua maior duração foram independentemente associadas a um maior risco de desenvolvimento de glaucoma.⁵³

3.3 Etapas/fases do método sociopoético

O método sociopoético é desenvolvido em seis ou mais fases, na dependência do número de técnicas de pesquisa selecionadas, recomendando-se um mínimo de duas para favorecer a triangulação dos dados a serem obtidos. A seguir são descritas as fases: 1) Instituição do Grupo Pesquisador; 2) Delimitação do Grupo/Sujeito da Pesquisa; 3) Investigação temática; 4) Oficinas Sociopoéticas para Produção de Dados, análise / apresentação dos dados produzidos; 5) Contra análise dos dados produzidos pelo GP; 6) Validação dos Conhecimentos Produzidos pelos copesquisadores; 7) Socialização dos dados produzidos e avaliação das oficinas sociopoéticas.¹⁶

Nesta seção, são apresentadas seis fases conforme foram desenvolvidas para a implementação do método sociopoético. A fim de resumir e facilitar o entendimento da descrição apresenta-se o diagrama das seis fases da pesquisa (Figura 2).

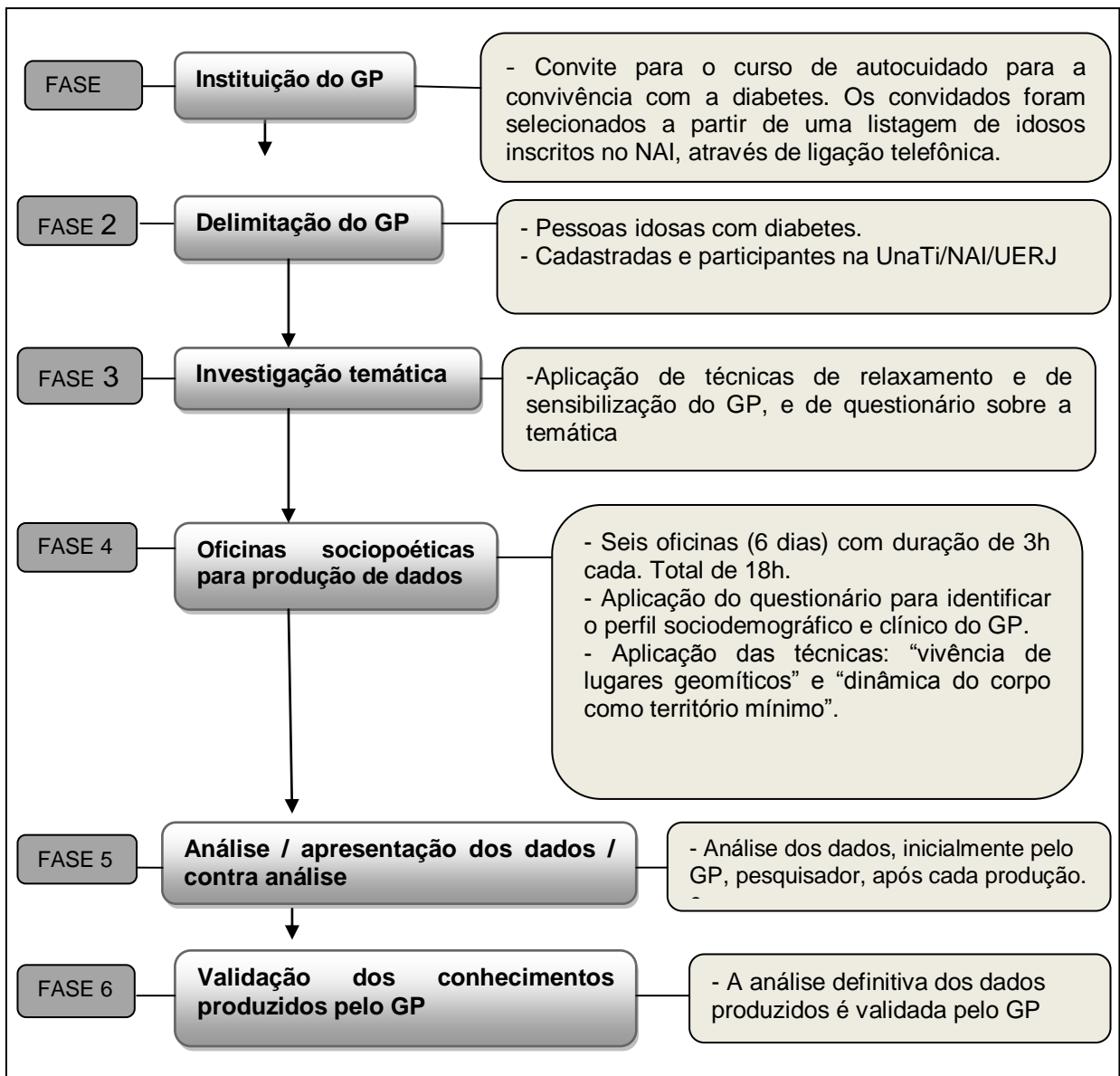


Figura 2 – Diagrama das fases da pesquisa sociopoética

3.3.1 Fase 1 - Instituição do Grupo Pesquisador - dispositivo analítico da sociopoética

Antes de iniciar a instituição do GP foi encaminhada uma solicitação de autorização dos diretores responsáveis pela concordância da realização da pesquisa na Universidade aberta à Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnaTI/UERJ).

O projeto da dissertação de mestrado, após examinado por consultor interno e externo à UERJ, foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da UERJ tendo aprovação, sob protocolo nº 033.3.2012 (ANEXO A), respeitando-se as Normas de Pesquisa em Seres Humanos descritas na Resolução 196/96, que enfatiza o compromisso ético com os sujeitos da pesquisa seja como indivíduo, seja como coletividade. Após passar aos trâmites legais de responsabilidade, assumidos pela pesquisadora, realizou-se o processo de instituição do GP.

Realizou-se o convite para participar do Curso de Autocuidado para a Convivência com Diabetes, por se considerar ser este um atrativo aos nossos futuros copesquisadores.

Optou-se pela realização do curso na Faculdade de Enfermagem da UERJ, situada na Avenida 28 de Setembro nº 157, sala 816, Vila Isabel-Rio de Janeiro, pois a UnaTI/UERJ estava no período de férias e a sala do NAI, encontrava-se indisponível. Tal fato limitou os indivíduos que utilizavam cadeira de rodas e/ou com dificuldade de andar para participarem do curso, pois a Faculdade de Enfermagem não possui rampa de acesso ao elevador, possui dois longos lances de escadas.

As facilitadoras (autora da pesquisa e a orientadora) promoveram a incentivação do imaginário utilizando: relaxamento, dinâmicas de sensibilidade e as técnicas artísticas de produção de dados, respeitando o cronograma estabelecido, junto ao GP, para realização das oficinas sociopoéticas. Ressalta-se, que todas as produções de dados foram analisadas junto ao GP, logo após as aplicações das técnicas de pesquisa. Portanto, as análises do pesquisador em sociopoética são colocadas em diálogo com as análises dos membros do GP.⁵⁴

Os sujeitos de pesquisa foram convidados a participar de uma reunião semanal durante os meses julho e agosto do ano de 2012, nos quais participaram do Curso de Autocuidado para Convivência com Diabetes e da pesquisa a ser realizada sobre os efeitos desse curso.

Foi apresentado aos sujeitos da pesquisa o Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A), emitido pela Instituição, campo da pesquisa, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para apreciação dos sujeitos, quanto aos objetivos, vantagens e desvantagens da pesquisa, de acordo com a resolução 196/96⁵⁵ do Conselho Nacional de Saúde. Todos assinaram o TCLE e concordaram com a divulgação de suas respostas às questões norteadoras da pesquisa, se respeitada a sua privacidade.

3.3.2 Fase 2 - Delimitação do Grupo/Sujeito da Pesquisa

Para a seleção dos sujeitos foram considerados os critérios de inclusão: ter idade superior ou igual a 60 anos, de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03),⁵⁶ estar oficialmente cadastrado e em acompanhamento no ambulatório do NAI; aceitar participar do curso/pesquisa de autocuidado, assinar o TCLE; pertencer a qualquer sexo; pertencer a qualquer etnia; pertencer a qualquer classe social; ter diabetes. São critérios de exclusão: ter deficiência visual; ter deficiência motora que impossibilite o seu autocuidado; impossibilidade de locomoção.

Estimava-se, que um total de 20 pessoas participaria da formação do Grupo Pesquisador (GP). Mas, conforme já mencionado, participaram 10 indivíduos, sendo o Curso de Autocuidado em Oficina Sociopoética realizado em uma sala de aula da Faculdade de Enfermagem da UERJ ampla, arejada e apropriada ao desenvolvimento de dinâmicas de sensibilidade. Ressalte-se, que para promover a compreensão sobre a necessidade de manutenção de dieta adequada à situação de convivência de diabetes, em cada oficina de pesquisa, foi oferecido um lanche com alimentação diet.

3.3.3 Fase 3 - Investigação temática

Durante a reunião para instituição do GP ocorreu uma dinâmica de sensibilidade e relaxamento, visando à sensibilização quanto ao assunto da pesquisa, abordando-se questões, descritas em um formulário (APÊNDICE C).

Tais questões têm a finalidade de obter respostas que possam subsidiar a negociação de um provável assunto/tema a ser discutido na etapa da investigação temática. Portanto, as respostas dos membros do GP foram gravadas de acordo com sua concordância, mantendo-se seu anonimato. Do mesmo modo, as respostas a essas questões subsidiaram a composição do diagrama de Nola Pender, referentes às características e experiências individuais, enfocando: conduta prévia relacionada e fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais.

Conhecer os valores e princípios norteadores dos pensamentos dos membros do GP, em relação à construção do autocuidado (AC) em relação à diabetes é de suma importância para se construir uma prática do autocuidado com a coparticipação do indivíduo.

3.3.4 Fase 4 - Oficinas Sociopoéticas para Produção de Dados

Para o desenvolvimento de cada oficina sociopoética foram realizadas dinâmicas de sensibilidade e de relaxamento, para incentivar o imaginário dos membros do GP. Tais dinâmicas são primordiais em todas as fases do dispositivo analítico Grupo Pesquisador, pois visam propiciar um clima de entrosamento, que favorece o relacionamento interpessoal entre copesquisadores e facilitadores da pesquisa.

Durante a aplicação das dinâmicas e das técnicas de pesquisa durante a produção de dados, os membros do GP devem conseguir abaixar o nível de controle consciente, a fim de expressarem as saberes enterrados e imersos, os ventos raros, as larvas congeladas pela história coletiva e individual.³⁸

Ressalta-se, que os formulários aplicados visando identificar as características sociodemográficas e clínicas, dos membros do GP, conforme já descritas anteriormente atendem a aplicação do diagrama de Nola Pender, quanto: características e experiências individuais; conduta prévia relacionada; fatores biológicos pessoais, psicológicos e socioculturais, cujo conhecimento é indispensável ao educador em saúde, visando à promoção do autocuidado.

Os dados referentes aos conhecimentos e aspectos específicos da conduta foram produzidos utilizando-se práticas artísticas durante a ministração do Curso sobre Diabetes no decorrer das oficinas sociopoéticas, pois este diagrama representa um paradigma multivariado para a explicação e a previsão do componente de promoção de saúde e do estilo de vida.³⁵ Ressalte-se, ainda, que este modelo esquemático funciona como instrumento de pesquisa, sendo útil no esclarecimento dos conceitos e suas associações.⁵⁷

Para a produção de dados, utilizando práticas artísticas, foram escolhidas duas técnicas de pesquisa denominadas: “Vivência dos Lugares Geomíticos” e “O

Corpo como Território Mínimo”, sendo a primeira criada por Santos et al.¹⁶ Para o desenvolvimento de ambas utilizou-se formulários específicos (APÊNDICES D e E), que foram aplicados ao GP a partir da pergunta orientadora relacionada ao objeto de estudo/questões de pesquisa.

Ressalte-se que o GP produziu os dados em sala fechada, com suave e relaxante música ambiente – somente instrumental – sem qualquer interferência e/ou coação do meio exterior. Após a prática artística, ou seja, a expressão de seu imaginário referente às questões norteadoras da pesquisa em desenho livre (todos fizeram desenhos autorrepresentativos) no papel disposto para cada um individualmente.

No segundo momento, foi solicitado aos copesquisadores expressar/comentar/interpretar a produção artística exaltando aspectos que consideraram reveladores. Desse modo, os sujeitos dispuseram de um tempo para discorrer explicações e comentários acerca das respectivas produções.

Com a autorização do GP, as falas foram gravadas na íntegra. A descrição da transcrição dos relatos dos membros (citados pelo codinome) do GP, com as respectivas produções artísticas acerca do tema previamente coestabelecido, são apresentadas na seção de Resultados e Discussão.

Durante o curso foram dadas as orientações quanto aos cuidados com os pés, onde foi dado a cada participante do GP um folder conforme (ANEXO B), obtido na internet. Além disso, foi orientado quanto à dieta a ser utilizada. Foi fornecida a cada um uma dieta para restrição de açúcar cedida pela nutricionista Danille Tolledo, conforme Anexo C.

3.4 Aplicação da técnica de pesquisa - dinâmica do corpo como território mínimo

Esta técnica de pesquisa foi descrita e utilizada para a preparação e desenvolvimento de profissionais na abordagem de pessoas sob os cuidados prestados ao cliente.⁵⁸ Refletem seus autores, que a qualificação profissional para a educação em saúde é fundamental, principalmente, relevando-se o compromisso ético com o objetivo da cidadania para todos. Nesse sentido, eles alertam que se

tratando do cuidar em enfermagem, a relação educativa está sempre presente. Tal compromisso ético é reforçado na seguinte assertiva: “Cuidando de ti, tenho a obrigação moral de te ensinar a cuidar a ti mesmo, a não ser que eu queira te manter na dependência do meu saber, do meu poder, o que seria contrário à própria definição do cuidar.”^{59(p123)}

Referente ao corpo como território mínimo recorda-se, que o cuidar em enfermagem se configura numa prática que tem autorização social para conviver no espaço de privacidade dos indivíduos, principalmente no seu território mais privado, o próprio corpo. Portanto, faz-se mister que os enfermeiros tenham competência, sensibilidade e respeito no trato com o corpo dos seres humanos; algo considerado como sagrado por ser a única propriedade real, exclusiva e inalienável com a qual o ser humano vem ao mundo.⁶⁰

A Dinâmica O Corpo como Território Mínimo (DCTM) consiste no desenho do corpo humano propiciando ao desenhista expressar sua autoimagem corporal, na perspectiva de: “unificar-se como Eu e oportunizar discussões sobre seu autoconceito como descoberta enquanto sujeito singular”.^{59(p128)} Portanto, ela tem a propriedade de promover a oportunidade de expressão da autoimagem e do autoconceito de como cuidar de si mesmo, que são aspectos da autoestima.⁵⁹

Acerca da DCTM, a pesquisadora institucional/facilitadora da pesquisa seguiu os seguintes passos:⁵⁸

- a) discussão com o GP, primeiramente, sobre o entendimento da palavra território para que, posteriormente, houvesse consenso em torno da ideia de que nosso corpo possa ser concebido como nosso território mínimo;
- b) solicitação aos membros do GP, para trabalharem em duplas, onde um deles deita-se sobre uma folha de papel de metro e o outro desenha o contorno do corpo com o lápis cera e reciprocamente.

Para a aplicação dessa técnica foi disponibilizado aos sujeitos da pesquisa: giz de cera de várias cores, lápis de cor e cartolina. A figura desenhada foi identificada com nome, sendo recortada e pregada na parede. Após isso, houve verbalização dos desenhistas/membros do GP sobre o que gostam e o que não gostam e como cuidam deste seu território.⁶⁰

Os sujeitos de pesquisa, nesse momento de expressão, através do desenho, têm a liberdade para fugir um pouco daquilo que tradicionalmente

executam/vivenciam no dia a dia. Isto é, mesmo na ausência de dotes artísticos, o grupo lança mão de algo não habitual – técnica artística de desenho livre – propiciando a eclosão de seu imaginário de maneira singular, sem a preocupação com as práticas e exercícios cotidianos.

Portanto, utilizando prática artística – os participantes dispuseram de materiais de desenho e pintura – e tendo como base a produção autorrepresentativa desenhada, circunstancialmente, o objetivo foi, inicialmente, fazer transparecer a maneira como esses indivíduos se veem, existencialmente, como clientes com diabetes.

Destaca-se, que a oficina sociopoética para desenvolver esta dinâmica teve a duração de duas horas e trinta minutos, considerando que a primeira análise desta produção é feita pelos membros do GP junto às facilitadoras.

3.5 Aplicação da técnica de pesquisa - Vivência de Lugares Geomíticos

No intuito de promover mais uma produção de dados, selecionou-se a técnica de Vivência de Lugares Geomíticos, na qual se utilizou o formulário (APÊNDICE D) contendo a denominação desses lugares e a seguinte questão orientadora da pesquisa: se o autocuidado para a convivência com a diabetes fosse um lugar geomítico... como ele seria?

Acerca da criação da técnica de “Vivência dos Lugares Geomíticos”, salienta-se:

[...] filosoficamente, a projeção sobre as nossas histórias de vida desta lógica é uma lógica inspirada pelas culturas indígenas do Pacífico, as quais pensam em termos de lugares geomíticos, permite, graças a seu caráter estranho, formalizar outros conteúdos além daqueles habitualmente constituídos nas pesquisas... é um revelador.^{16(p83)}

Dos 16 lugares geomíticos, já reconhecidos por pesquisadores sociopoetas, foram selecionados seis seguindo, a intuição do facilitador da pesquisa e também a escolha dos membros do GP. Assim, o formulário foi composto pelos seguintes lugares: terra, poço, ponte, labirinto, cume, túnel, arco-íris e caminho. O GP acrescentou os lugares: céu, mar e casa/lar (APÊNDICE E).

A aplicação da técnica se deu através dos formulários contendo a pergunta orientadora associada aos lugares geomíticos selecionados, após a dinâmica de sensibilização e relaxamento. Os sujeitos de pesquisa foram orientados para responderem, com uma frase completa, a questão formulada, no formulário específico, sendo a oficina sociopoética desenvolvida em três horas.

O interesse em usar esses lugares complexos como referenciais propiciando o devaneio, é incentivar a imaginação e a criatividade, conforme a seguinte descrição:

[...] não se utiliza nenhuma interpretação dos lugares “terra” “ponte” “poço” etc... É só criação de um princípio diferente, inacostumado, para gerar a expressão da energia imaginativa das pessoas e do grupo. Sendo a forma inacostumada, é provável que emirjam conteúdos, expressões, imagens inacostumadas, inesperadas. O objetivo é ver o outro lado da vida, aquele que nossa formação teórica e mais geralmente, nossa cultura nativa não permite enxergar. Estranhar para conhecer (como também transformar para conhecer) é um processo acostumado na sociologia da intervenção.^{16(p55)}

3.5.1 Fase 5 - Análise / Apresentação dos Dados Produzidos / Contra análise

A análise dos dados é realizada pelo pesquisador, inicialmente, junto aos membros do GP em cada oficina de produção de dados, conforme as técnicas de pesquisa utilizadas. Cabe ressaltar que, cada copesquisador explica e analisa sua produção de dados. Em seguida, o pesquisador analisa os dados produzidos, isoladamente, buscando as estruturas de pensamento individual e, em seguida grupal, invisíveis embutidos nos atos e palavras do grupo.

Para facilitar a compreensão dos dados produzidos, foram elaborados quadros demonstrativos do quantitativo e qualitativo dessa produção, incluindo as subcategorias teóricas e empíricas que formaram as categorias temáticas descritas na seção de resultados da pesquisa. Os dados representados nestes quadros são descritos conforme os estudos característicos da sociopoética:¹⁶

- a) estudo classificatório: destacam-se as dicotomias, ou seja, as oposições nos dados produzidos, alternativas e escolhas que existem no conjunto das produções do GP de acordo com a técnica de pesquisa utilizada;

- b) estudo transversal: destaca-se, nos dados produzidos, as ligações, as ambiguidades e as convergências;
- c) estudo filosófico: observa-se e destaca-se na produção de dados o referencial teórico surgido *a posteriori*, que geralmente é compatível com a interpretação dos grandes temas da história filosófica, na cultura ocidental.⁶¹ Tais referenciais podem ser escolhidos pelo facilitador da pesquisa, segundo suas inclinações, e/ou as do GP;
- d) estudo surreal: não se trata de uma análise convencional. Ela subverte a estrutura de pensamento do GP, criando uma outra lógica. Podendo, desta forma, ser realizada após as análises classificatória e transversal;
- e) estudo global: é a análise do processo como um todo, através da utilização da aplicação do diário de itinerância e as avaliações anotadas ou gravadas durante as oficinas.

Após a análise há a fase de contra análise, onde o facilitador volta a se encontrar com o GP para submeter à análise dos dados obtidos ao crivo de sua avaliação.

3.5.2 Fase 6 - Validação dos Conhecimentos Produzidos pelos copesquisadores

Como já descrito, para a validação do conhecimento produzido há o processo de contra análise. Onde o facilitador restitui ao GP a análise, explicando como ela foi realizada, para que ele avalie as interpretações do pesquisador, tudo no processo dialógico. Neste momento é fundamental que o pesquisador institucional retifique, reexamine e torne mais precisas suas reflexões. Nesta fase, pode ser interessante o pesquisador trazer suas análises de forma mais sintética e comunicativa.¹⁶

De forma sintetizada e esquemática, segue o desenho da pesquisa sociopoética (Figura 3, a seguir)⁴¹ para melhor compreensão do desenvolvimento do método sociopoético.

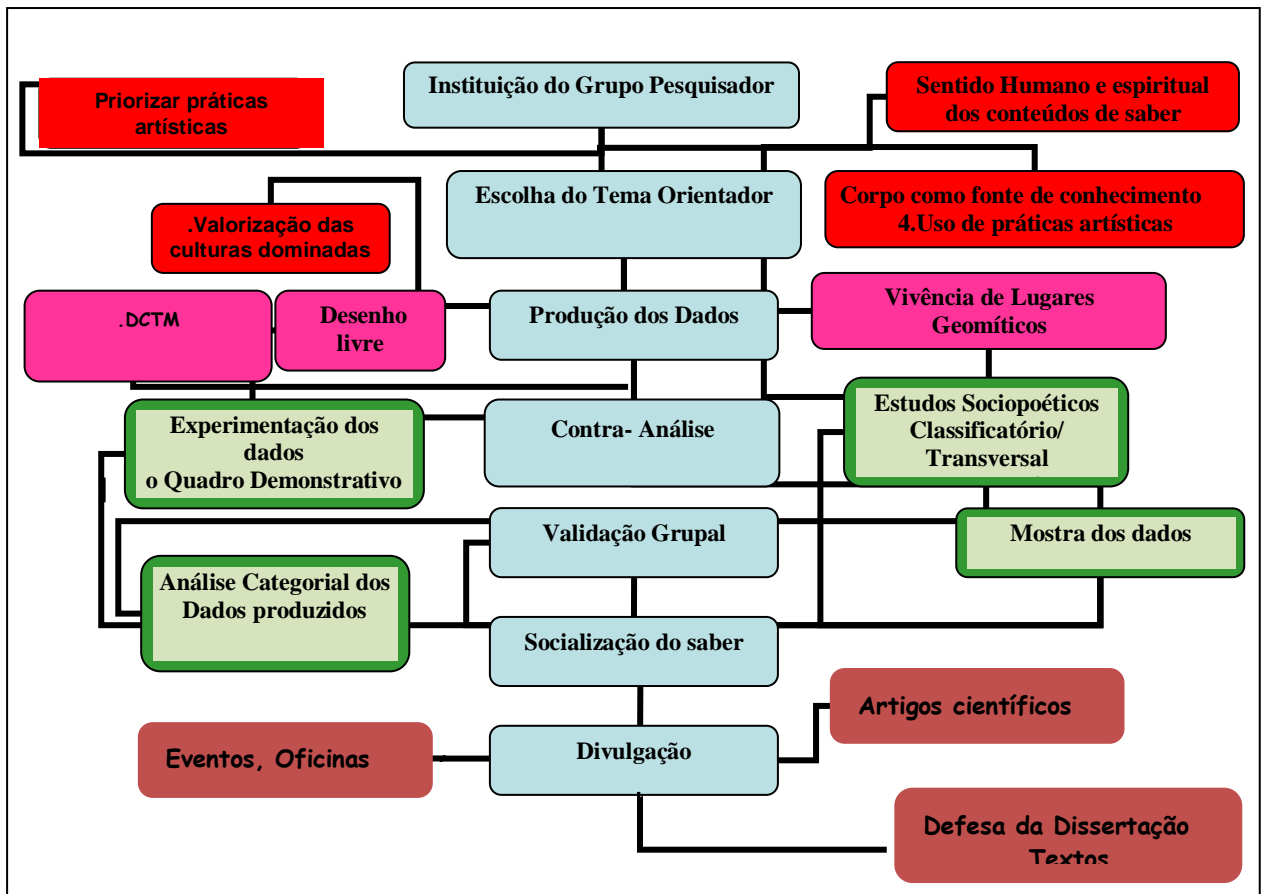


Figura 3 - Desenho da Pesquisa Sociopoética

Legenda: fases do método (azul); princípios sociopoéticos (vermelho); técnicas de pesquisa (rosa); organização dos dados produzidos (verde); divulgação dos resultados (marrom).

Fonte: Santana, Santos.⁴¹

3.6 Organização e análise da produção de dados

3.6.1 Vivência de lugares geomíticos

Na experimentação/interpretação dos dados produzidos, a análise do pesquisador considera a estrutura do pensamento individual e grupal apresentada nas respostas do Grupo Pesquisador, nos lugares geomíticos, correlacionando-as à questão orientadora da pesquisa desenvolvida pelo GP. Neste caso, a pergunta feita

ao grupo foi: se o autocuidado com a diabetes fosse um lugar geomítico como esse lugar seria?

Portanto, a organização dos resultados desta produção de dados foi realizada em quatro fases, a saber: a) Organização dos dados produzidos; b) Delimitação das estruturas do pensamento individual dos sujeitos de pesquisa; c) Delimitação das estruturas do pensamento grupal dos copesquisadores, a partir da análise por categorização sociopoética, correlacionando as categorias teóricas (lugares geomíticos) às categorias empíricas (resultantes das respostas que expressam o imaginário do GP sobre o autocuidado na convivência com a diabetes; d) Delimitação das categorias e subcategorias, utilizando para a sua composição e predominância de registro das respostas do GP; 5) Descrição dos conhecimentos produzidos que compõem as categorias temáticas delimitadas.

Para facilitar a organização e análise dos dados foram construídos quadros demonstrativos para registrar as respostas e consequentes estruturas de pensamento do GP, conforme os lugares geomíticos por este imaginados. Em itálico estão os temas centrais de cada resposta (APÊNDICE F). O Quadro 2, a seguir, apresenta a apuração dos temas representativos da estrutura de pensamento grupal dos copesquisadores de acordo com os lugares geomíticos. Ressalta-se, que toda a análise e contra análise da produção dos dados realizou-se junto ao Grupo Pesquisador.

TEMAS	LUGARES GEOMÉTRICOS											Total
	Terra	Poço	Ponte	Túnel	Labirinto	Caminho	Arco-íris	Cume	Céu	Mar	Casa/Lar	
Sentir-se insuportável	1											1
Curar-se da diabetes		1										1
Uma fortaleza para continuar a viver			1									1
Atravessar para ficar livre				1								1
Conviver com o sofrimento					1							1
Encontro da paz						1			1			2
Impossibilidade de mudanças	1											1
Sem acesso para a diabetes		1										1
Sem relação com o meu viver			1									1
Demonstração do caminho a seguir				1								1
Paciência para continuar vivendo					1							1
Tranquilo em busca de saúde						1						1
Segurança.	1		1	1							1	4
Segurança e acolhimento											1	1
Medo		1										1
Aceitação			1				3		1			5
Aprender para conviver melhor com a diabetes					1							1
Guia para evitar os atropelos. Bem-estar						1						1
Ideal de vida	1											1
Desconhecimento		1										1
Chegada correta			1									1
Lugar de passagem para chegar ao lugar idealizado				1								1

Quadro 2 - Estrutura de pensamento grupal dos copesquisadores - Rio de Janeiro - setembro de 2012 (continua)

TEMAS	LUGARES GEOMÉTICOS											
	Terra	Poço	Ponte	Túnel	Labirinto	Caminho	Arco-íris	Cume	Céu	Mar	Casa/Lar	Total
É o nosso rumo Rumo à convivência						1						1
Inexistência					1							1
Previsão para tranquilidade	1											1
Prevenção de quedas		1										1
Instrumento para cuidar-se			1									1
Difícil, mas guia para a saída				1								1
Esperança. Confuso e com rotas para a saída					1							1
Convivendo com os limites						1						1
Encantamento com a vida	1											1
Saciar a sede. Necessário como água para a vida		1										1
Necessária para conviver com a diabetes			1									1
Encurtamento do caminho. Maravilhoso para diminuir os limites com a diabetes				1								1
Esperança da cura					1							1
Favorece a vontade de conviver com a natureza						1						1
Firmeza para conviver com a diabetes	1											1
Um bom tratamento para conviver com a diabetes. Previne os males do conviver com diabetes		1										1
Insuportável a convivência				1								1
Longo e indeterminável					1	1						2

Quadro 2 - Estrutura de pensamento grupal dos copesquisadores - Rio de Janeiro - setembro de 2012 (continuação)

TEMAS	LUGARES GEOMÉTRICOS											
	Terra	Poço	Ponte	Túnel	Labirinto	Caminho	Arco-íris	Cume	Céu	Mar	Casa/Lar	Total
Manutenção do equilíbrio	2										1	3
Clara percepção da diabetes. Necessário para evitar os efeitos da diabetes		1										1
Angustiante quando tento reverter a hiperglicemia				1								1
Libertação do medo das consequências da diabetes					1							1
Válvula de escape para conviver com a diabetes												1
Dificuldade de renunciar aos doces	1											1
Guia para iluminar a convivência				1								1
Possibilidade de se libertar dos efeitos da diabetes			1		1							2
Ideal se tivesse todos os tipos de fruta						1						1
Limitante, pois restringe a diversidade da alimentação		1										1
Instrumento para evitar os riscos da diabetes mal controlada.			1									1
Clareza para aceitação da diabetes		1		1								1
Tem solução. Saída para conviver com a diabetes					1							1
Força para o bem viver								1				1
Facilidade para o enfrentamento da diabetes						1						1
Instrumento para sentir-se bem e sem medo de passar energia negativa											1	1

Quadro 2 - Estrutura de pensamento grupal dos copesquisadores - Rio de Janeiro - setembro de 2012 (continuação)

TEMAS	LUGARES GEOMÉTRICOS											
	Terra	Poço	Ponte	Túnel	Labirinto	Caminho	Arco-íris	Cume	Céu	Mar	Casa/Lar	Total
Esperança de vida saudável							1					1
Ideal para viver com tranquilidade									1			1
Resolução dos problemas a serem enfrentados									1			1
Fim das reflexões sobre o sofrimento.								1				1
Reflexões sobre a vida para compreender a vivência com diabetes										1		1
Beleza							1	1	1		1	4
Bom controle igual a saúde										1		1
Belo e infinito									1			1
Medo da recaída e das consequências do mau controle da diabetes								1				1
Encontro da paz						1					1	2
A beleza na velhice							1					1
Cuidado idealizado										1		1
Nosso horizonte								1				1
Local de realização na vida											1	1
Perseverança e aprendizado								1				1
Medo do desconhecido										1		1
Infinito									1			1
Maravilhoso e infinito conhecimento										1		1
Confortável											2	2
Satisfação com o bom controle da diabetes							1					1

Quadro 2 - Estrutura de pensamento grupal dos copesquisadores - Rio de Janeiro - setembro de 2012 (continuação)

TEMAS	LUGARES GEOMÉTRICOS											
	Terra	Poço	Ponte	Túnel	Labirinto	Caminho	Arco-íris	Cume	Céu	Mar	Casa/Lar	Total
É bom quando consegue controlar a diabetes									1			1
Firme para manter o equilíbrio			1									1
Aceitação mas pode ser ruim								1				1
Ruim quando não consegue o controle da diabetes								1				1
Tranquilidade quando consegue o equilíbrio da diabetes										1		1
Algo a ser observado										1		1
Precisa de facilidades para o controle da diabetes								1				1
Autocuidado é bom.									1			1
Encontro da riqueza.							1					1
Porto Seguro											1	1
Ideal sem pensar nas limitações da diabetes							1					1
Futuro belo									1			1
Mal-estar para segui-lo										1		1
Possibilidade de bem-estar							1					1
Equilíbrio										1		1
Sem muitos obstáculos										1		1
Dificuldade no controle								1				1
Subtotal	10	10	10	10	10	09	10	10	09	10	10	108

Quadro 2 - Estrutura de pensamento grupal dos copesquisadores - Rio de Janeiro - setembro de 2012 (conclusão)

3.6.2 Dinâmica do corpo como território mínimo

A produção de dados através dessa dinâmica considera ser indispensável à análise inicial feita pelo autor do desenho. Desse modo, cada criação expressa no desenho do corpo foi analisada pelo copesquisador, que em seguida a explicitou por escrito. Tais descrições foram colocadas nos desenhos e/ou a eles anexadas.

Posteriormente, a pesquisadora analisou os desenhos comparando-os às descrições dos copesquisadores, e às respostas destes às seguintes questões formuladas para guiar a elaboração do desenho da DCTM: Como eu me cuido para viver com bem-estar? Quais são as minhas preferências de alimentação, considerando a diabetes e o autocuidado? Quais atividades de autocuidado eu desenvolvo? O que preciso saber para me cuidar convivendo com a diabetes? E a partir daí elaborou sua experimentação/ interpretação dos dados produzidos com a dinâmica referida.

Da análise de cada desenho foram delimitados temas individuais, segundo cada copesquisador. Estes temas foram reunidos para a composição de categorias temáticas.

Para descrever os resultados dessa produção foram elaborados quadros demonstrativos contendo as questões orientadoras da DCTM, na direção horizontal e as respectivas respostas dos copesquisadores, na direção vertical (Quadro 2, f. 58).

No que concerne às práticas artísticas de desenhos do corpo, foram colocadas no capítulo de Resultados e Discussão, ilustrando a produção de dados mediante a aplicação da DCTM. Destaca-se que as ilustrações representam as seguintes categorias: dificuldades de autocontrole na convivência com a diabetes; autocuidado para conviver com a diabetes e elevar a autoestima; otimismo e perseverança no cuidado com a diabetes; convivendo tranquilamente com a diabetes; o peso da diabetes no viver; autocuidado sempre para viver mais e melhor; a importância da convivência com a família; autocuidado com o corpo e com a mente; descuido consciente; vivendo sempre feliz.

Releva-se, que neste trabalho, considerando os dados produzidos mediante as técnicas vivência de lugares geométricos e a dinâmica do corpo como território

mínimo, foram aplicados os estudos classificatório e transversal, característicos da sociopoética.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção são apresentados e discutidos os resultados das produções de dados desenvolvidas com o método sociopoético. Inicialmente são descritos os dados produzidos com a aplicação da técnica de pesquisa desenvolvida com o GP: vivência dos lugares geomíticos e em seguida, a técnica dinâmica do corpo como território mínimo.

Na discussão dos resultados, além dos referenciais temáticos *a priori* e os surgidos *a posteriori*, com a produção do GP, foram utilizadas as concepções de Nola Pender³²⁻³⁴ como proposta de integração da enfermagem à ciência do comportamento, identificando e discutindo os fatores que influenciam comportamentos saudáveis e, sobretudo, explorando o processo biopsicossocial, que motiva os indivíduos para o seu autocuidado levando-os a uma melhor qualidade de vida. Ressalte-se que os resultados obtidos também são representados no diagrama da autora referida.

4.1 Vivência de Lugares Geomíticos - estudo sociopoético classificatório

A análise das respostas considerando a produção de dados realizada mediante a dinâmica Vivência de Lugares Geomíticos, parte do princípio de que, sendo estas representativas do discurso do GP podem então ser consideradas sua ação, seu pensamento em relação à questão norteadora da pesquisa. Contudo, o pesquisador deve encontrar, inicialmente, a estrutura individual desse pensamento e em seguida a grupal, conforme já descrito na metodologia.⁶¹

Destaca-se, que o estudo classificatório ocorre após a caracterização do conteúdo de cada lugar expresso pelas falas dos membros do GP, agrupando-se respostas semelhantes, procurando o que é comum e o que é diferente no conteúdo coletivamente dado a cada lugar, dando uma estrutura ao pensamento global do GP, que se chama “inconsciente”.¹⁶

Com o desenvolvimento de tal estudo foi possível delimitar 88 temas individuais, os quais foram distribuídos em cinco categorias analíticas, a saber:

Medo do desconhecido, composta por 15 temas; Transcendendo a convivência com a diabetes através da aceitação, composta por 17 temas; O autocuidado como resolução dos problemas a serem enfrentados, composta por 32 temas; Busca da cura da diabetes através de uma vida saudável, composta por 05 temas I; e Expectativas para o futuro, composta por 19 temas (Figura 4 e APÊNDICE F).

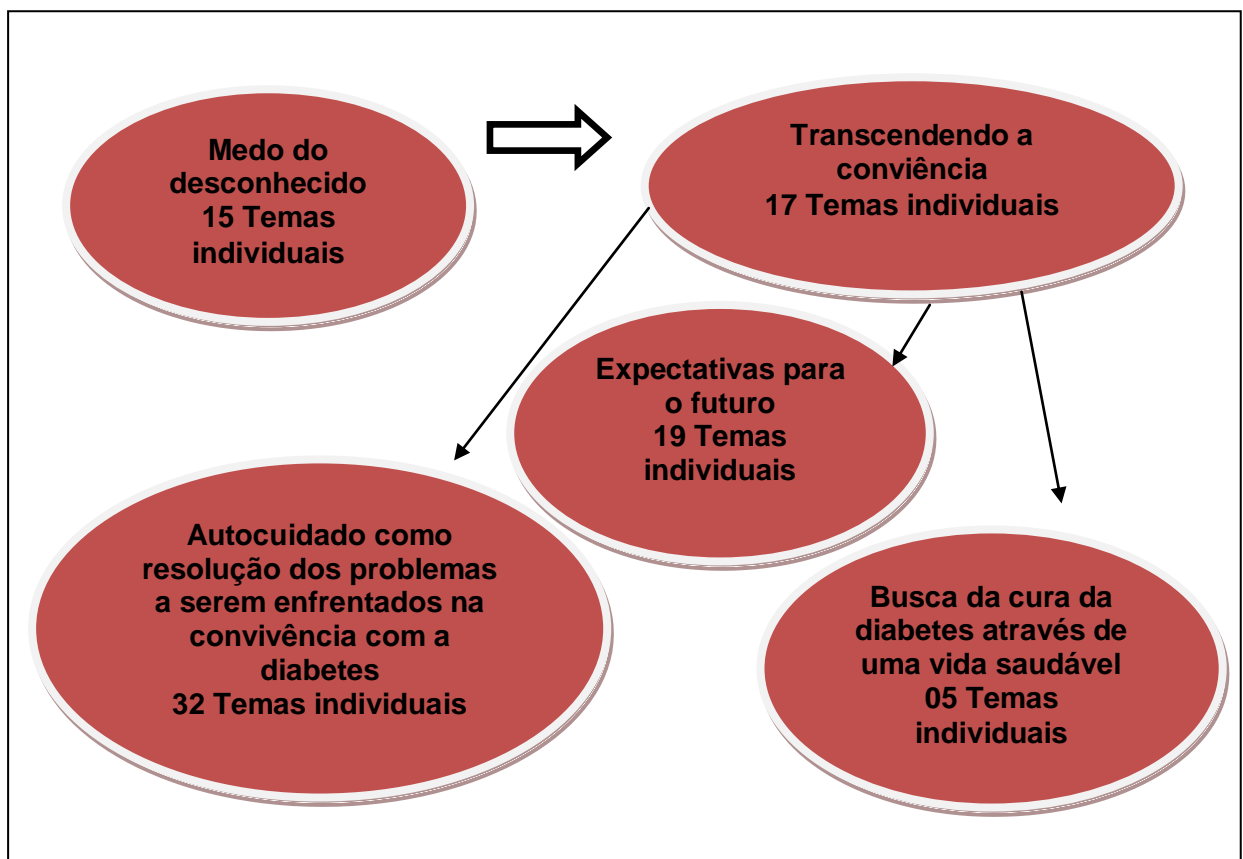


Figura 4 - Diagrama da organização da análise categorial do corpo como território mínimo

A delimitação de categorias permitiu escolher o estudo classificatório. Tal estudo se refere às dicotomias alternativas na produção de dados, mediante a vivência dos lugares geomíticos.

4.1.1 Medo do desconhecido

A categoria medo do desconhecido foi composta pelos seguintes 15 temas da estrutura do pensamento individual do GP: conviver com o sofrimento; impossibilidade de mudanças; sem acesso para a diabetes; sem relação com o meu viver; medo; insuportável a convivência; longo e indeterminável; angustiante quando tento reverter a hiperglicemia; dificuldade de renunciar aos doces; limitante, pois restringe a diversidade da alimentação; medo da recaída e das consequências do mau controle da diabetes; medo do desconhecido; ruim quando não consegue o controle da diabetes; mal-estar para segui-lo e; dificuldade no controle.

Seria insuportável se todos estivessem como me sinto hoje.
 É infelizmente um lugar como estou me sentindo agora depois da queda que sofri.
 O problema da diabetes não é da terra por isso, não será modificada.
 Não há relação do poço com a minha diabetes. Pois não tenho nenhum acesso ao mesmo.
 A ponte seria do mesmo jeito que é, pois não tem nenhuma relação comigo.
 Medo de cair e afundar.
 Não existe.
 É um lugar que passa em baixo e me sufoca, fumaça e barulho.
 Caminho longo que não tem fim.
 É longo e a diabetes também.
 É o medo que tenho das consequências da diabetes.
 Teria que ser cheia de doce.
 Muito fundo porque tira muita coisa da gente (comida).
 Medo de cair e se machuca.
 Onde não me sinto bem.
 É o desconhecido e temeroso. Não sei nadar e a água faz parte da saúde do corpo.
 É a elevação da diabetes.
 Seria difícil porque é muito alto. (Falas do GP)

Destaca-se, que o medo do desconhecido foi encontrado nos seguintes lugares: terra, poço, ponte, labirinto, túnel, caminho, cume e mar. Estruturalmente os lugares são diferentes, mas diante da fala do GP pode-se observar que todos têm a negatividade explícita. O medo do desconhecido e de adoecer devido à complicações da diabetes fazem parte do discurso ao se remeterem ao poço, ao labirinto, ao cume, ao mar e ao túnel. O desânimo aparece ao encarar que a diabetes é incurável, e por isso, o caminho é longo e incurável.

O diabético transporta o emocional (medo de sofrer) para o soma (não permitir a entrada do açúcar, simbolicamente do amor).⁶² Pois a doença interfere na capacidade de amar: dependendo de como esta se manifesta e do seu significado incentiva a fantasia do cliente, podendo atingir o seu “eu”, a sua autoestima. Tal

situação interfere na qualidade de vida, na capacidade de amar, de ter esperanças, nas possibilidades e qualidades de relações pessoais e sociais.

A doença, seja ela sofrida ou implicando em mudanças no estilo de vida, nunca é bem recebida. Mesmo os que parecem mais adaptados têm uma dose de revolta por trás de sua tolerância, porque ninguém quer ficar doente.⁶³

O paciente diabético apresenta sentimento de inferioridade e inadequação em decorrência dos distúrbios no desenvolvimento físico como baixa estatura e desenvolvimento sexual retardado. Joode afirma também que os diabéticos apresentam ansiedade a respeito da saúde, medo da morte e ideias de suicídio.⁶⁴

4.1.2 Transcendendo a convivência com a diabetes através da aceitação

Esta categoria foi composta por 17 temas, referentes à estrutura do pensamento grupal do GP, a saber: uma fortaleza para continuar a viver; atravessar para ficar livre; tranquilo em busca de saúde; aceitação; ideal de vida; guia para iluminar a convivência; clareza para aceitação da diabetes; instrumento para sentir-se bem e sem medo de passar energia negativa; fim das reflexões sobre o sofrimento; reflexões sobre a vida para compreender a vivência com diabetes; beleza; belo e infinito; encontro da paz; a beleza na velhice; nosso horizonte; infinito; e maravilhoso e infinito conhecimento (APÊNDICE G).

Destaca-se, que o autocuidado como transcendência para conviver com a diabetes foi encontrado nos seguintes lugares geomíticos: terra, ponte, túnel, caminho, céu, arco-íris e lar. Refletindo sobre as estruturas desses lugares verifica-se que estes são diferentes em sua composição estrutural, entretanto, têm o sentido de firmeza, segurança, proteção, caminho, guia, possibilidades de saída. Assim, apresentam-se as seguintes falas dos membros do Grupo Pesquisador que caracterizam a categoria A - Transcendendo a convivência com a diabetes através da aceitação, a qual corresponde à resposta do GP à questão norteadora:

Se o autocuidado para conviver com a diabetes fosse lugar geomítico (terra, ponte, túnel, caminho, céu, arco-íris e lar) ... como ele seria...?

Um lugar muito forte, pois me sinto muito fraca.

Um lugar que ao atravessar imaginava como seria bom se ficasse livre.
 Onde pudesse encontrar paz até o fim dos meus dias.
 Diminuição da distância. Facilita a convivência.
 Para que eu possa caminhar tranquila em busca da minha saúde com relação à diabetes (caminho de paz e amor).
 É o local ideal para vivermos.
 Teria que ter muita iluminação.
 Não muito escuro porque o escuro, a pessoa se entrega.
 O túnel claro seria aceitar a diabetes.
 Meu lar é o único lugar que ainda me sinto bem, pois em presença de muitas pessoas fico com medo de passar minha energia negativa.
 Um presente para a nossa mente. É bonito mesmo de olhos fechados.
 Ponto final nas reflexões a fim de evitar sofrimentos profundos.
 Lugar de profundas reflexões a respeito de toda a minha vida, a compreensão com a doença (diabetes) com a idade de 75 anos.
 É o limite. A coisa bela do mundo.
 Aprecio a beleza, o Horizonte.
 Aguardamos sempre o nosso horizonte.
 Seria sem fim. (Falas do GP)

Observa-se, que a transcendência foi claramente expressa nas falas dos indivíduos do GP. O que revela sua tentativa para aceitar a diabetes e prosseguir com a sua vida se cuidando da melhor maneira possível. Entretanto, estas pessoas demonstram a necessidade de se sentirem firmes e seguros para conseguirem se autocuidar e conseqüentemente evitar as possíveis complicações que a diabetes pode causar.

Transcender com a natureza é demonstra a busca dos idosos pela sua integração ao cosmo, seu inconsciente tomado de espiritualidade.⁶⁵

4.1.3 O autocuidado como resolução dos problemas a serem enfrentados na convivência com a diabetes

Mostrar o caminho a seguir.
 Possibilidade de segurança para conviver, evitando a fobia das limitações da vida.
 Ia ser bem tratada para poder sentir a terra nos pés com firmeza.
 É que sempre presentíssimos nosso rumo de chegada.
 Tranquilidade previsão.
 A ponte transporta as pessoas com cuidado.
 O poço fornece água e tem que prevenir de cair.
 Maior maravilha do mundo, pois teria bastante água.
 Seria necessária para chegar ao lugar desejado.
 Paraíso onde penso sentir tranquilidade.
 Seria firme para que o povo pudesse andar como uma pessoa que tem diabetes.
 Tem que ser bem tratado para que as pessoas que vão beber está água não faça mal inclusive eu que sou diabética.
 É como a minha diabetes sempre estável.
 É quando eu estou com a diabetes baixa é como uma água limpa.
 É o medo que tenho das conseqüências da diabetes.
 É o que tenho que percorrer e fazer da diabetes a minha aliada.
 Que tivesse algo para marcar para poder sair.
 De risco porque a diabetes é um caso drástico quando não se cuida.
 Tem saída.

Um lugar alto, bonito possivelmente onde encontraria quem me desse forças para caminhar até o fim.

Seria maravilhoso para encurtar o caminho.

É o nosso maior requinte de nossa vida, pois damos o parecer de nossa vida, educativas e educacionais de nossas vidas, que sempre evidência e obrigação ótima de nossas vidas. Realizado.

Seria limpo e bem cuidado para ter mais saúde.

São as cores lindas dos meus exames quando são satisfatórios com os resultados da diabetes.

Seria bom porque dizem que o céu é bom. (Falas do GP)

Esta categoria, que representa a estrutura do pensamento grupal do GP foi composta pelo maior quantitativo - 32 de temas individuais: demonstração do caminho a seguir; segurança; segurança e acolhimento; guia para evitar os atropelos. Bem-estar; É o nosso rumo. Rumo à convivência; previsão para tranquilidade; prevenção de caídas; instrumento para cuidar-se; saciar a sede. necessário como água para a vida; necessária para conviver com a diabetes; encurtamento do caminho. Maravilhoso para diminuir os limites com a diabetes; Firmeza para conviver com a diabetes; um bom tratamento para conviver com a diabetes. Previne os males do conviver com diabetes; manutenção do equilíbrio; Clara percepção da diabetes. Necessário para evitar os efeitos da diabetes; libertação do medo das consequências da diabetes; válvula de escape para conviver com a diabetes; possibilidade de se libertar dos efeitos da diabetes; instrumento para evitar os riscos da diabetes mal controlada; tem solução; saída para conviver com a diabetes; força para o bem viver; facilidade para o enfrentamento da diabetes; resolução dos problemas a serem enfrentados; bom controle igual a saúde; cuidado idealizado; local de realização na vida; confortável; satisfação com o bom controle da diabetes; firme para manter o equilíbrio; autocuidado é bom; porto seguro e; equilíbrio (APÊNDICE G).

Considerando tal quantitativo, constatou-se que, o autocuidado como resolução dos problemas a serem enfrentados na convivência com a diabetes apareceu em todos os lugares geométicos selecionados para esta investigação. Apesar de serem lugares com estruturas diferentes, eles acabam se voltando para o mesmo objetivo, qual seja o autocuidado.

De acordo com as falas do GP, a ponte, o caminho e o túnel são os lugares a ser seguidos lugares de passagem para se chegar ao objetivo maior, o autocuidado com a diabetes. A terra, o mar e a casa são lugares que necessitam ser seguros para melhor enfrentamento dos obstáculos para o autocuidado.

Já o labirinto representa os obstáculos a serem enfrentados, pois neles pode surgir o medo do desconhecido, as consequências de se perder, e não as recomendações para conviver com a diabetes. Assim, se o arco-íris desejado no sombrio labirinto for visualizado na saída, há esperança de que tudo dará certo.

Os obstáculos a serem enfrentados, para o GP, seriam as possíveis complicações causadas pelo mau controle da diabetes; a restrição alimentar.

4.1.4 Busca da cura da diabetes através de uma vida saudável

Esta categoria foi composta pelos seguintes cinco temas da estrutura do pensamento individual do GP: curar-se da diabetes; convivendo com os limites; esperança da cura; sem muitos obstáculos; desconhecimento.

Um lugar com águas límpidas para que eu pudesse beber da fonte e quem sabe ficar livre da diabetes.
Nunca, jamais vivi num local onde houvesse poço.
Gostaria de descobrir o caminho para curar a diabetes.
O caminho nos leva a viver com cuidado observando os limites.
Sem ondas muito altas. Seria bem calmo. (Falas do GP)

A busca da cura da diabetes, através de uma vida saudável, foi encontrada nos seguintes lugares: poço, labirinto, caminho e mar. Em sua estrutura, os lugares são bem diferentes, mas, levando em consideração as falas do GP todas referenciam a busca da cura. Seja nas águas limpas do poço ou como fonte de conhecimento sobre diabetes. O mar sem obstáculos para conseguir chegar a cura. O caminho para descobrir a cura da diabetes ou que leve a viver com cuidado observando os limites da diabetes.

Curar-se da diabetes significa, para o Grupo Pesquisador, voltar a comer tudo o que quiser, sem restrições, libertar-se do uso de medicações e insulina. Em suma, viver sem grandes limitações para se alimentar. Além disso, diminuir o custo com medicações e alimentação diferenciada.

A terapia nutricional é parte fundamental do plano terapêutico da diabetes. Baseia-se nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável, entretanto há a restrição á açúcares.¹⁷

4.1.5 Expectativas para o futuro

Trará em tempo o caminho a seguir.
 Caminho profundo de esperança de vida saudável até o fina.
 O arco-íris dá alegria das cores e alegra os olhos.
 Teria as cores da vida, pois traria luz, sol e água.
 Seria todo de grama para caminhar à vontade com bastante natureza.
 Aprender para encontrar a saída, enfrentando a convivência com a diabetes.
 É o local, que idealizarmos chegar e correto.
 Maior maravilha do mundo, pois teria bastante água.
 O cume é mais difícil de chegar porque tem que ter calma e conhecimento.
 Seria lindo, mas tem horas que pode ser prejudicial devido à falta de ar.
 É a vitória, a alegria completa.
 É o resultado bom da diabetes.
 É a calma que sinto quando vejo os exames todos normais.
 É a coisa mais linda do planeta.
 Que encontrasse no fim dela um pote de ouro.
 Com escada rolante para poder subir. (Falas do GP)

Esta categoria foi composta pelos seguintes 15 temas da estrutura do pensamento individual do GP: paciência para continuar vivendo; aprender para conviver melhor com a diabetes; chegada correta; lugar de passagem para chegar ao lugar idealizado; difícil, mas guia para a saída; esperança. Confuso e com rotas para a saída; encantamento com a vida; favorece a vontade de conviver com a natureza; ideal se tivesse todos os tipos de fruta; esperança de vida saudável; perseverança e aprendizado; aceitação, mas pode ser ruim; é bom quando consegue controlar a diabetes; tranquilidade quando consegue o equilíbrio da diabetes; algo a ser observado; precisa de facilidades para o controle da diabetes; encontro da riqueza; ideal sem pensar nas limitações da diabetes; futuro belo.

As expectativas para o futuro aparecem nos seguintes lugares geométricos: Labirinto, túnel, poço, caminho, arco-íris, cume, céu e mar. Apesar de serem diferentes em sua estrutura, os lugares citados acima foram mencionados na fala do GP de forma positiva, seja na perseverança e esperança em chegar ao lugar desejado como no caso o labirinto, o túnel e o cume.

Lugares que apesar de terem dificuldades ou obstáculos no caminho, sempre serão superados. E ao final deles ou no topo, no caso do cume, o final sempre será “feliz”. O mar aparece na forma calma quando relacionado ao bom controle da diabetes. O arco-íris veio como forma de esperança, beleza e autoastral. Esperança essa de uma vida mais saudável. E a beleza e autoastral na alegria de se viver a vida.

4.2 O autocuidado no corpo como território mínimo

Após a aplicação da técnica “Vivência de Lugares Geomíticos”, na qual os copesquisadores deixaram fluir do seu imaginário suas expectativas e inquietações sobre o autocuidado com a diabetes, correlacionando-as aos lugares geomíticos propostos, foi trabalhada a técnica que sugere a ideia do Corpo como Território Mínimo.

Recorda-se que nesta técnica, cuja proposta inicial é conseguir a autovalidação conscienciosa do nosso corpo como único e exclusivo espaço mínimo. Foi proposto ao grupo transpor para o papel, em forma de desenho livre, utilizando a criatividade, sua resposta à seguinte questão: “Como é o meu autocuidado em relação às diabetes, tipo 1 e tipo 2? Como eu me sinto?”

Após realizado o desenho, os copesquisadores preencheram um formulário (APÊNDICE D) com as seguintes questões: Como eu me cuido para viver com bem-estar? Quais são as minhas preferências de alimentação considerando a diabetes e o autocuidado? Quais atividades de autocuidado eu desenvolvo? O que preciso saber para me cuidar convivendo com a diabetes? Questões essas que servem para que o GP expresse o que pensa/deseja acerca da temática.

O Quadro 3 apresenta de forma resumida as respostas de cada copesquisador.

COD	COMO EU ME CUIDO PARA VIVER COM BEM-ESTAR	QUAIS SÃO AS MINHAS PREFERÊNCIAS DE ALIMENTAÇÃO CONSIDERANDO A DIABETES E O AUTOCUIDADO?	QUAIS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EU DESENVOLVO?	O QUE PRECISO SABER PARA ME CUIDAR CONVIVENDO COM A DIABETES
A	Procuro fazer dieta e exercício em casa todos os dias (alongamento).	Feijão. Nem provo doce para comer muito.	Exercício e dieta	Se é verdade se a diabetes pode causar a fraqueza que sinto nos pés.
B	Procuro fazer dieta, ioga podologia.	Dieta balanceada e sem doces. Gosto muito de massas.	Ioga, não como doce e vou a podóloga.	Cuidados com os pés.
C	Procuro evitar comer de mais como eu comi a; não deixo de comer feijão com arroz. Faço ginástica no IMMA. Encontro toda semana com as amigas para tomar café à tarde.	Se eu pudesse comeria massa todos os dias. Gosto de comer de tudo.	Ginástica no IMMA. Não gosto de caminhar, pois tenho problema no joelho.	O que posso e como comer.
D	Acordo pela manhã sempre calmo e tranquilo dando atenção ao necessário. Não admito erros. Mentalizo a ideia diária e vivo em prol da minha esposa e dos meus filhos. Fico esperando o retorno do filho que sempre está viajando.	Adoro massa porque sou filho de Italianos. Gosto de comer besteira a noite. Gosto de doce, mas hoje em dia como menos doce que antes.	Vivo a vida normal com tranquilidade. Tomo os remédios nos horários certos e faço dieta.	Na verdade é a minha esposa que faz tudo por mim. Mas faço tudo que ela pede.
E	Procuro fazer bem a alimentação. Comer com disciplina e não com os olhos.	Verduras, legumes, carnes magras, peixe, frango.	Antes da cirurgia fazia alongamento 3x por semana. Mas agora estou parada.	Fazer dieta, isto é, fazer alimentação correta, tipo "diet", seguindo conselho médico.

Quadro 3 - O cuidado com o corpo como território mínimo - Rio de Janeiro - setembro de 2012 (continua)

Nota: n = 10.

COD	COMO EU ME CUIDO PARA VIVER COM BEM-ESTAR	QUAIS SÃO AS MINHAS PREFERÊNCIAS DE ALIMENTAÇÃO CONSIDERANDO A DIABETES E O AUTOCUIDADO?	QUAIS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EU DESENVOLVO?	O QUE PRECISO SABER PARA ME CUIDAR CONVIVENDO COM A DIABETES
F	Trabalho para manter a família sempre procurando respeitar as pessoas e ter um bom convívio com os vizinhos. Trabalho para aumentar a renda familiar para viver melhor.	Gosto de comer de tudo. Prefiro salgado.	Faço dieta, cuido do meu corpo todo e se tive algo errado procuro logo o médico e remédios. Tenho muita higiene com o meu corpo todo.	Que inventem um remédio para curar a diabetes.
G	Limpeza da casa. Faço a minha própria unha para me sentir bem; pinto o cabelo para não aparecer o branco; uso maquiagem e filtro solar.	Soja, arroz integral, filé de frango, peixe, feijão e legumes. Não gosto muito de carne, mas como 1x por semana. Gosto de farofa, mas não como muito por causa da prisão de ventre. Como linhaça para o colesterol, banana com aveia; frutas em geral. Não gosto muito de frutas.	Fazia hidroginástica e caminhada, mas agora estou parada.	Evito comer bolo. O açúcar demora a sair do sangue, 3 meses para ele sair.
H	Como o médico me ensinou. Alimentação natural balanceada com frutas, legumes e sem carne vermelha. Macarrão integral.	Café com leite desnatado. Sigo a dieta da nutricionista.	Devido à dor da artrose tive que parar de fazer natação.	Convivo bem com a diabetes. Não tenho ela como um fantasma. Cuido para não subir a glicose. Faço muitas atividades em casa.

Quadro 3 - O cuidado com o corpo como território mínimo - Rio de Janeiro - setembro de 2012 (continua)

Nota: n = 10.

COD	COMO EU ME CUIDO PARA VIVER COM BEM-ESTAR	QUAIS SÃO AS MINHAS PREFERÊNCIAS DE ALIMENTAÇÃO CONSIDERANDO A DIABETES E O AUTOCUIDADO?	QUAIS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EU DESENVOLVO?	O QUE PRECISO SABER PARA ME CUIDAR CONVIVENDO COM A DIABETES
I	Como o médico me ensinou. Alimentação natural balanceada com frutas, legumes e sem carne vermelha. Macarrão integral.	Tudo que eu não posso comer: doce, fritura e gordura.	Ultimamente nenhuma. Estou preguiçosa para andar. Fico muito cansada.	Sei de tudo. Como doce mas a glicemia não aumenta. É bem fajuta.
J	Evito comer doce. Faço o máximo para me cuidar. No início foi difícil não comer doce, mas agora está melhor. Prefiro tomar água. Evito comer o que não posso. Tomo os remédios sempre (não esqueço de tomar). Faço sempre exames.	Gosto de comer de tudo principalmente 5doce.	Cuido da alimentação. Fazia exercícios, Tomo os remédios.	Dieta.

Quadro 3 - O cuidado com o corpo como território mínimo - Rio de Janeiro - setembro de 2012 (conclusão)

Nota: n = 10.

4.3 Desenho livre sobre o corpo como território mínimo

Apresentam-se os relatos dos membros do Grupo Pesquisador e as respectivas produções artísticas acerca do tema orientador previamente coestabelecido.

4.3.1 Produção A - Dificuldades de autocontrole na convivência com a diabetes



Figura 5 - Dificuldades de autocontrole na convivência com a diabetes

Me sentia bem para minha idade. Era muito dinâmica. Mas depois da queda que tive me sinto fraca, sem força para andar. Estou deprimida. Agora estou muito magra e ninguém me diz o porque estou emagrecendo tanto. Estou pele e osso, até meu peito sumiu, murchou. Continuo comendo bem. Essa fraqueza que sinto nas pernas é por causa da diabetes. Não posso nem andar sozinha mais como eu fazia. Se descobrir a cura da diabetes eu quero saber ontem, para entrar na fila logo. (Copesquisadora A 27-07-2012)

Na produção A foi possível delimitar os temas insegurança, fragilidade e dificuldade no controle, pois se revela na fala da copesquisadora A a questão a fragilidade que se encontra em relação à vida, a sua saúde. De como se sentia bem antes da queda que sofreu, conforme relatou durante as oficinas sociopoéticas, junto aos demais membros do GP (Figura 5).

Releva-se, que a síndrome da fragilidade refere-se a uma síndrome biológica caracterizada por diminuição da reserva homeostática e redução da capacidade de o organismo resistir ao estresse, resultando em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e efeitos adversos.⁶⁶

Ficou nítida a tristeza com a aparência do corpo e a diminuição da independência. O relato transcrito transmite um sentimento de total incerteza, insegurança e incapacidade de exercer de forma autônoma e convicta a coordenação da própria vida.

Acredita-se, que a fragilidade da pessoa pode ter sido consequente do contexto domiciliar, da realização das atividades da vida diária (AVD), das alterações fisiológicas do envelhecimento e das dificuldades com as quais se deparam a pessoa idosa e seus familiares. Pois é através desses atributos que esse termo, inicialmente, considerado estranho, para os idosos, torna-se algo familiar. Ao mesmo tempo, fragilidade e “ser frágil” são objetivados como adoecimento, fraqueza e risco de sofrer quedas.⁶⁷

A fragilidade, portanto, está interferindo na independência da copesquisadora A, uma vez que esta não consegue realizar as AVDs como antes da queda que sofreu. Sobre sua dieta para conviver com a diabetes, ela relatou que: “procuro nem provar o doce porque senão como tudo, o bolo todo e não só um pedaço.” Tal relato demonstra a dificuldade em controlar a “gula”.

À medida que o indivíduo identifica o problema e/ou dificuldades e planeja estratégias a fim de executar uma conduta de saúde, ele coloca em prática a autoeficácia percebida, conforme o modelo de promoção da saúde teorizado por Nola Pender.⁶⁸ Tal modelo enfatiza que o indivíduo tem o juízo da capacidade pessoal de organizar e executar uma conduta promotora de saúde.^{32,34}

4.3.2 Produção B - Autocuidado para conviver com a diabetes e elevar a autoestima



Figura 6 - Autocuidado para conviver com a diabetes

Procuro me cuidar. Não consigo mais fazer as coisas como eu fazia antes. Adoro comer de tudo, mas tento seguir dieta sem comer muito. Consigo me controlar para não comer muito. Consigo assim manter meu peso e cuidar da minha diabetes. Não quero ter outros problemas. Me cuido para me sentir bem e bonita. (Copesquisadora B -27-07-12)

O desenho livre e a interpretação deste pela copesquisadora B permitiu destacar os temas controle, autocuidado e autoimagem, conforme se observa na Figura 6.

Nesta fala, pode-se observar a tranquilidade no cuidado e no controle da diabetes. Aponta a preocupação com as consequências do mau controle da diabetes. Demonstra controlar a vontade de comer. A copesquisadora, em sua fala, aponta a preocupação de manter o seu peso e estar sempre bem e bonita, refere assim ao autocuidado e a autoimagem.

A autoimagem é entendida como a representação de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós mesmos.⁶⁹ A imagem corporal, segundo Aila,³¹ é o retrato que cada um faz de si. Podendo sofrer interferências como doenças, limitações e até o próprio envelhecimento.

4.3.3 Produção C - Otimismo e perseverança no cuidado com a diabetes



Figura 7 - Otimismo e perseverança no cuidado com a diabetes

Sou diabética há pouco tempo mas me sinto bem e confiante que vou conseguir me cuidar. O desenho que fiz sou eu hoje em dia, feliz e bem. A casa que desenhei é casa que onde passei por algum tempo minha infância com meus primos. A bananeira me lembra a infância no interior de Campos. A maçã representa a macieira que nunca subi no pé. (Copesquisadora C -27-07-12)

O copesquisador C demonstra no desenho (Figura 7) e na fala o otimismo, a perseverança que tudo dará certo. Mas faz também uma volta ao passado, à infância. Quando perguntei por que desenhou o passado, a resposta foi: “porque foi uma época muito boa em minha vida e sinto saudades de comer as frutas no pé. Tenho dificuldade hoje em dia de comer uma fruta só, porque comia várias de uma vez, mas hoje sei que não posso”.

O plano alimentar deve prover a recomendação para o consumo diário de duas a quatro porções de frutas, sendo pelo menos uma rica em vitamina C (frutas cítricas) e de três a cinco porções de hortaliças cruas e cozidas.²⁰

O autor da produção C enfatiza que ainda desconhece o cuidado que tem que ter com a diabetes, porém está em busca desse conhecimento para se autocuidar. O autocuidado com o corpo exige do indivíduo um aprendizado especial de forma a atender não só a promoção da saúde, mas também às mudanças produzidas pela doença e à prevenção de complicações.⁷⁰

Igualmente a copesquisadora A, ela também apresenta dificuldade no controle da alimentação. Todavia reconhece tal dificuldade, deseja planejar e mudar o hábito alimentar em prol de uma vida mais saudável.³²⁻³⁴

4.3.4 Produção D – Convivendo tranquilamente com a diabetes



Figura 8 - Convivendo tranquilamente com a diabetes

Me sinto bem. Procuo cuidar do meu corpo da minha vida da melhor maneira possível. Sigo tudo que a minha esposa fala, tomo os remédios que ela me dá, ela que sabe dos horários, ela que cuida de mim. Esse desenho sou eu pensando no dia de amanhã com todo orgulho e brio. Me orgulho de ter criado a minha família. Procuo viver minha vida com tranquilidade. (Copesquisadora D - 27-07-12)

Na produção D foi possível delimitar os temas perseverança, cuidado, tranquilidade e dependência.

Segundo a fala e o desenho (Figura 8) produzidos pelo copesquisador D, ele tem uma vida tranquila e convive bem com a diabetes. Mas foi possível observar a dependência em relação à esposa, uma vez que ela que cuida dele sempre. Se sente bem, é perseverante e tranquilo.

A dependência pode ocorrer em todas as idades, mas aumenta a prevalência quando a idade aumenta pelo aparecimento e desenvolvimento de doenças crônicas que podem conduzir a diferentes tipos e níveis de dependência.⁶⁸

Considerando os relatos do copesquisador D pode-se identificar mesmo sendo capaz de realizar determinadas AVDs, necessitando que a esposa o ajude em algumas tarefas como tomar os remédios no horário certo e na preparação da comida. Demonstrou-se ligeiramente dependente da sua companheira, sendo necessária supervisão e vigilância da mesma.⁷¹

4.3.5 Produção E – O peso da diabetes no viver

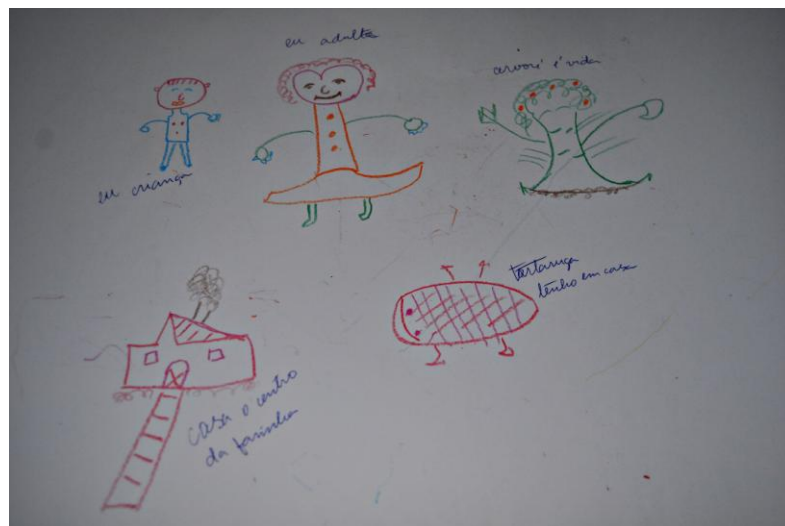


Figura 9 - O peso da diabetes no viver

Diabetes é coisa do diabo. Por que existe essa doença? É um saco ser diabética. Não tem jeito temos que conviver, mas não queria não. Deixo de ir a festas porque não posso comer. Quando como quero comer de tudo, salgado e doce. Desenhei eu quando criança e eu agora, adulta. Tenho a tartaruga há muito tempo. Ela veio pequeninha e agora é grande. Hoje me sinto melhor depois que emagreci. Não gosto de ser diabética, mas me cuido porque sei das consequências. (Copesquisadora E -27-07-12)

Na produção E foi possível delimitar os temas revolta, conformação, dificuldade no controle da alimentação e cuidado.

Segundo a fala e o desenho (Figura 9) exposto pode-se perceber que o copesquisador é um pouco revoltado por ser diabético, todavia ele se cuida, pois sabe das complicações que a diabetes pode causar.

Mais uma vez a dificuldade do controle alimentar aparece na fala do GP. A proibição de certos alimentos acaba gerando certo desânimo no autor para ir a

festas, podendo levá-lo ao isolamento social e conseqüentemente acaba evitando práticas de lazer.

O lazer tem alto significado perante a sociedade, pois é fonte de criação cultural, de resgate do ser humano e de favorecimento de uma nova socialização.⁷²

4.3.6 Produção F - Autocuidado sempre para viver mais e melhor



Figura 10 - Autocuidado sempre para viver mais e melhor

Me sinto uma árvore porque gosto da natureza e gosto de mim e de me cuidar. Procuo sempre fazer a dieta. Prefiro nem provar o doce. Espero que achem a cura da diabetes enquanto isso vou me cuidando para viver cada vez mais. Cuido sempre do meu corpo, da minha higiene além disso, faço sempre os exames necessários e sempre quando tem algo errado na minha saúde, procuro logo o médico.”
(Copesquisadora F -27-07-12)

Na produção F foi possível delimitar os temas equilíbrio, otimismo e autocuidado (Figura 10).

O copesquisador F demonstra o tempo todo em sua fala o cuidado que tem com o seu corpo e faz alusão ao equilíbrio da natureza. Ele se cuida para manter a vida em equilíbrio e com tranquilidade. Tenta viver com qualidade de vida.

Nas afirmações teóricas de Pender,³²⁻³⁴ as pessoas se comprometem a adotar condutas a partir das quais antecipam os benefícios derivados, valorizados de forma pessoal. Portanto, o exemplo desse benefício fica explícito na fala do

indivíduo. O cuidado e higiene com o corpo, associado a um bom hábito alimentar e ao lazer tornam as AVDs mais tranquilas e equilibradas, melhorando consequentemente a qualidade de vida.

4.3.7 Produção G - A importância da convivência com a família



Figura 11- A importância da convivência com a família

Queria ir à festa junina com a minha filha e minha neta, que são a minha família. Adoro festa junina para comer as coisas gostosas. Gosto da música também. Procuro me cuidar, faço dieta apesar de gostar de comer de tudo. Só estou sem ânimo para fazer exercício físico. Tenho que me controlar para não comer doce. Seria muito bom se achassem a cura para a diabetes. (Copesquisadora G -27-07-12)

Na fala e no desenho (Figura 11) deste copesquisador pode-se observar que gosta muito de comer e sente falta de comer o que quiser e o quanto quiser. Sabe da importância do exercício para o controle melhor da diabetes, mas está desanimada para a realização do mesmo.

No desenho, fica evidente a importância da família. A família, juntamente com a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.⁷³ O apoio familiar é de suma importância no processo de envelhecimento visto que a uma relação de afeto e segurança. Em alguns casos

essa relação também poderá ser financeira, de ajuda ou até mesmo, de dependência.

Ao perguntar sobre o desânimo para a realização de atividades físicas a autora justifica pelo fato de realizar as tarefas sozinhas em casa, por morar só. Por outro lado consegue controlar a alimentação.

Na produção G, foi possível delimitar os temas desânimo, difícil controle da alimentação, autocuidado.

4.3.8 Produção H – Autocuidado com o corpo e com a mente



Figura 12 - Autocuidado com o corpo e com a mente

Procuro e gosto de me cuidar sempre. Saio sempre maquiada e arrumada com alto astral. Sou muito vaidosa, só não consigo usar salto alto muito alto para não doer o joelho. Quando fiquei diabética até fiquei chateada, mas não adianta por isso procurei logo me cuidar para não piorar. Faço tudo que posso para me cuidar e sempre de bem com a vida. Adoro sair, conhecer pessoas trocar informações. É sempre bom aprender coisas novas. Adoro comer, mas me controlo bem. (Copesquisador H 27-07-12)

Analisando em conjunto o relato e a produção do copesquisador H, observa-se que ela ressalta o sucesso e a felicidade em seu cuidado. A autoestima e a autoimagem são fortes traços no cuidado com o corpo, destacando-se principalmente no vestuário, acessórios e maquiagem., como se observa na Figura 12.

Destaca-se que as condutas promotoras de saúde através da alimentação, da atividade física e da ocupação do tempo em atividades variadas enfatizam a condição desejável para a harmonia do corpo.³¹

O estilo de vida ativo é fundamental na promoção da saúde. Para Pender,³²⁻³⁴ a adoção de condutas promotoras de saúde está relacionada à conduta prévia relacionada, que, assumindo efeitos diretos e/ou indiretos, constitui uma probabilidade para o alcance de resultados.

Assim como os demais copesquisadores, valoriza-se a busca de novos conhecimentos para um melhor cuidar do corpo/saúde, procurando conhecer outras pessoas para trocar informações e aprender coisas novas.

Na produção H foi possível delimitar os temas autoestima, autocuidado e autoimagem.

4.3.9 Produção I – Descuidado consciente

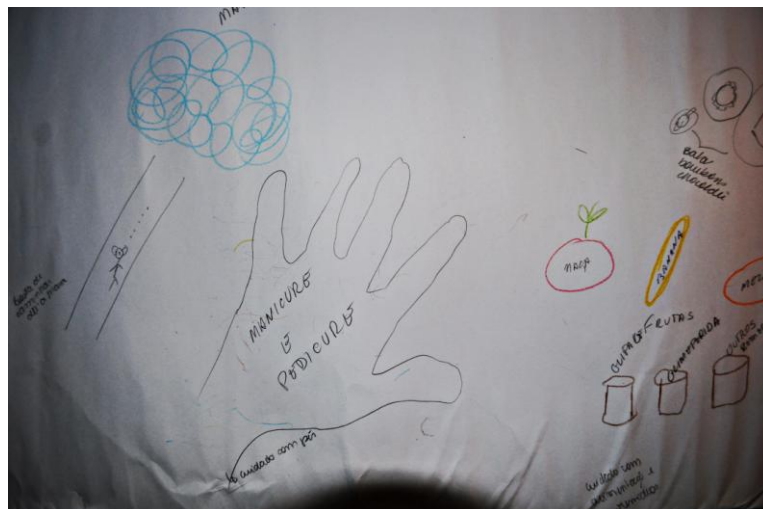


Figura 13 - Descuidado consciente

Minha diabetes é muito fajuta. Acabo comendo muito. Só gosto de coisas que não posso: chocolate, doce, fritura, nada saudável. Estou engordando, aí sinto muita dor nos joelhos que já tenho problemas. Queria muito que descobrissem a cura da diabetes. É muito ruim não poder comer as coisas. Não faço exercício, ando muito desanimada para andar, me sinto pesada. (Copesquisador I 27-07-12)

O copesquisador não procura se cuidar, pois relatou comer de tudo, sem muitas restrições além, de não praticar exercício. Por outro lado, o desenho realizado por ela não demonstra a total falta de cuidado. Desenhou o caminho até a praia, mas em sua fala demonstra que não consegue mais realizar exercício por causa do excesso de peso (Figura 13).

Demonstra ter prazer em comer. Por mais que saiba que não pode comer doces, ela desenhou balas, bombons e barra de chocolate. E diz que consegue controlar bem a diabetes por ela ser “fajuta”. Segundo ela, diabética tipo 2, sua glicemia está sempre dentro da normalidade mesmo após comer doces.

Fica explícita a insatisfação com o corpo, com o ganho de peso e com as dores nos joelhos. O que acaba a desmotivando mais ainda para o autocuidado.

Face às insatisfações com a autoimagem, o corpo pode acabar interferindo no próprio cuidado. Devido ao excesso de peso o autor aponta a intensificação das dores articulares e conseqüentemente acaba não realizando atividade física.

Frente ao quadro apresentado esta copesquisadora apresenta sérios riscos de desenvolver mais comorbidades decorrência do descontrole da diabetes.

Na produção F foi possível delimitar os temas dificuldade no controle na alimentação e descuido.

A síndrome metabólica é responsável pela promoção de aterosclerose prematura e por riscos precoces da doença cardiovascular.⁷⁴ Dentre as principais comorbidades, 30% dos pacientes diabéticos apresentaram obesidade ou sobrepeso. Além disso, 13% dos pacientes apresentam retinopatia diabética, 10% apresentam pé diabético e 11,5% sofrem algum grau de nefropatia diabética, evoluindo com doença renal crônica.⁷⁵

4.3.10 Produção J – Vivendo sempre feliz

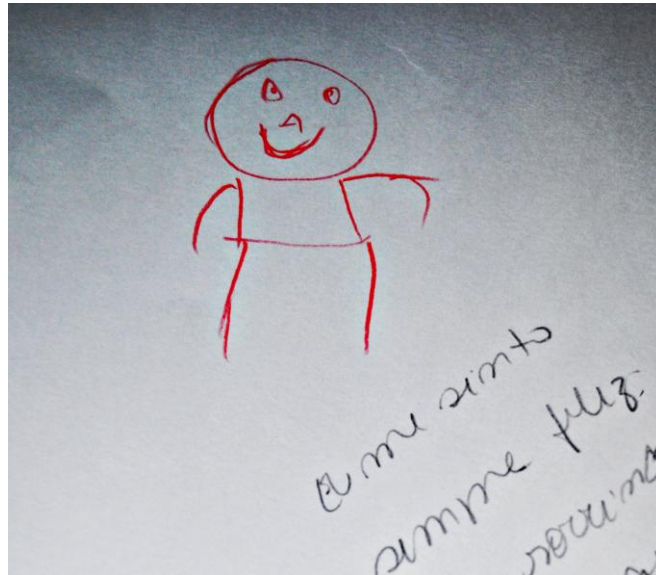


Figura 14 - Vivendo sempre feliz

Essa sou eu sempre feliz! Me sinto realizada e agradeço a Deus todos os dias por tudo que Ele me dá. Consigo controlar a minha diabetes. Me cuido, faço sempre os exames e vou ao médico regularmente. Não queria ser diabética, acho que na verdade ninguém gosta, mas como sou, tenho que me cuidar para viver mais. A minha maior dificuldade é controlar a boca. Mas agora tento seguir a dieta. (Copesquisadora J -27-07-12)

Apesar do desenho não mostrar muitos detalhes, as falas evidenciam autoestima e autocuidado.

Fazendo uma reflexão da fala e do desenho (Figura 14) exposto pode-se observar o otimismo do copesquisador e o autocuidado que procura ter uma vida melhor e mais saudável.

Quando o cuidar se encontra nas perspectivas da autoestima, pressupõe que se utiliza o corpo físico para um cuidar sutil, ou seja, uma espécie de alimento para o espírito, que favorece a promoção do autoconhecimento e do autocrescimento, buscando organizar forças subjetivas e/ou sociais que podem transformar o Ser, e conseqüentemente o seu destino.⁵⁸

Conforme praticamente todo o GP, a copesquisadora J também apresenta dificuldades no controle alimentar.

Na produção J foi possível delimitar os temas otimismo, dificuldade no controle da alimentação e autocuidado.

A partir da apuração dos temas representativos da produção de dados do Grupo Pesquisador na técnica do “Corpo como Território Mínimo”, elaborou-se o Quadro 4 para melhor visualização dos temas de acordo com cada copesquisador.

Temas	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Insegurança	X										1
Dragilidade	X										1
Dificuldade no controle da glicemia	X										1
Controle		X									1
Autocuidado		X		X	X	X	X	X		X	7
Otimismo			X							X	2
Perseverança			X	X							2
Dificuldade no controle da alimentação			X		X		X		X	X	5
Tranquilidade				X							1
Dependência				X							1
Conformação					X						1
Revolta					X						1
Equilíbrio						X					1
Desânimo							X				1
Autoestima		X						X			2
Autoimagem		X						X			2
Descuido									X		1
Subtotal	3	4	3	4	4	2	3	3	2	3	31

Quadro 4 – Temas delimitados na técnica do “Corpo como Território Mínimo” - Rio de Janeiro - 2012

4.4 Aplicando o Diagrama de Nola Pender

Refletindo sobre a Teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Pender, constatou-se quanto às características e experiências pessoais do indivíduo ou do GP relacionadas à Conduta Prévia, que estas revelam preocupação com o cuidado para mudar os hábitos de alimentação; e consciência sobre a necessidade da

prática de exercício. Tal prática existe entre alguns indivíduos, enquanto outros não praticam exercícios devido aos problemas de saúde, e outros por estarem desanimados.

Entretanto, os sujeitos de pesquisa se mostraram conscientes para a necessidade de algumas mudanças nos hábitos alimentares, pois seu cuidado com a alimentação estava sendo realizado de forma inadequada.

Em relação aos benefícios de ações percebidas, concluiu-se que o GP revelou preocupar-se com o controle da glicemia, seja através do uso contínuo das medicações, pela dieta alimentar ou pela prática de exercícios físicos. Portanto, houve a aceitação dos limites que a diabetes impõe durante sua convivência.

Porém, como barreiras de ações percebidas destacaram-se a dificuldade em conseguir manter a dieta com restrição ao açúcar; e a dificuldade em realizar atividades físicas.

Apesar de o GP ter consciência da importância de uma alimentação saudável com restrição ao açúcar, eles possuem muita dificuldade de deixar de comer o que, quando e quanto quiser. Tal fato ficou expresso tanto nas suas falas quanto nos desenhos por ele realizados.

A variável autoeficácia percebida representa julgamentos das capacidades pessoais de organizar e executar ações, segundo a Teoria de Nola Pender. Ambas as técnicas de sensibilização utilizadas reforçam a autoconsciência reflexiva. Ao final do curso ficou nítida a aceitação da diabetes fazendo parte do processo de envelhecimento; o enfrentamento do controle da alimentação e o uso contínuo de medicações.

Constatou-se quanto ao Afeto relacionado com a atividade revelado na dimensão imaginativa do GP, que este pode ser positivo ou negativo, assim como agradável ou desagradável.

Importa ressaltar, ainda a ligação das categorias “medo do desconhecido” e “transcendendo a convivência com a diabetes”. Pois estas caracterizam o estudo classificatório mostrando a dimensão imaginativa do GP referente à sua consciência das complicações que a diabetes pode vir a causar. Entretanto, ele se mostrou motivado a enfrentar os obstáculos, melhorar seus hábitos de vida e ter qualidade de vida. Conseqüentemente, o conjunto de ações, emoções e atitudes vão levar a um maior controle e convivência com a diabetes, livre de riscos, inclusive, para outras comorbidades.

No que se referem às Influências interpessoais, elas se encontram presentes nas duas técnicas artísticas de pesquisa e de sensibilidade, sendo marcantes as relações interpessoais para o grupo e sua família; vida social; satisfação em se autocuidar, o sentimento de importância dentro da família; Sentimento de utilidade.

Para o grupo, estas influências constituem e permitem o encorajamento e apoio para o autocuidado para a convivência com a diabetes e com o processo de envelhecimento de forma geral.

As Influências situacionais são uma variável em que o ambiente, pode facilitar ou impedir, um determinado contexto, comportamentos de saúde. O ambiente neste caso inclui percepções, cognições pessoais, opiniões, exigências, estética, acesso ou não aos serviços de saúde, alimentação, moradia, qualidade de vida, políticas públicas.

Foram consideradas pelo GP influências facilitadoras para o autocuidado: a busca de conhecimentos em saúde; participação em grupos da UnaTi e em igreja; encontro com as amigas para um chá ou um lanche; liberdade e autonomia. É de suma importância que essas influências sejam cada vez mais estimuladas pela família, pela sociedade e pelo profissional da saúde, pois a enfermagem tem papel fundamental, através de intervenções, que facilitem aos idosos ampliar os recursos e possibilitar o autocuidado, dentro de um Compromisso com um plano de ação.

Para o GP a execução desse plano depende da perseverança e firmeza no que diz respeito ao controle da diabetes, e cabe ao enfermeiro planejar essas ações de forma que o idoso consiga atingir o seu objetivo final: se autocuidar.

De acordo com as Demandas de competência imediata, o autocuidado é construído intrinsecamente às necessidades de saúde, na condição de “ter que mudar”. Mudança essa que dentro do perfil do GP, seria a mudança do padrão alimentar, com restrições. Havendo assim a necessidade de resistir aos desejos, a gula. Sendo assim, a implementação do cuidar depende da maneira de ser e suas experiências.

Desse modo, a Conduta de promoção de saúde é a variável que conduz a um olhar através de ações dirigidas que tenham resultados positivos para o bem-estar satisfatório e o equilíbrio. Dentro das condutas de promoção da saúde adotadas pelo GP estão: ter compromisso na realização de atividades físicas; alimentação saudável; uso de medicação diariamente e regularmente. Além do autocuidado com o corpo e mente, através de práticas de atividade física e de lazer.

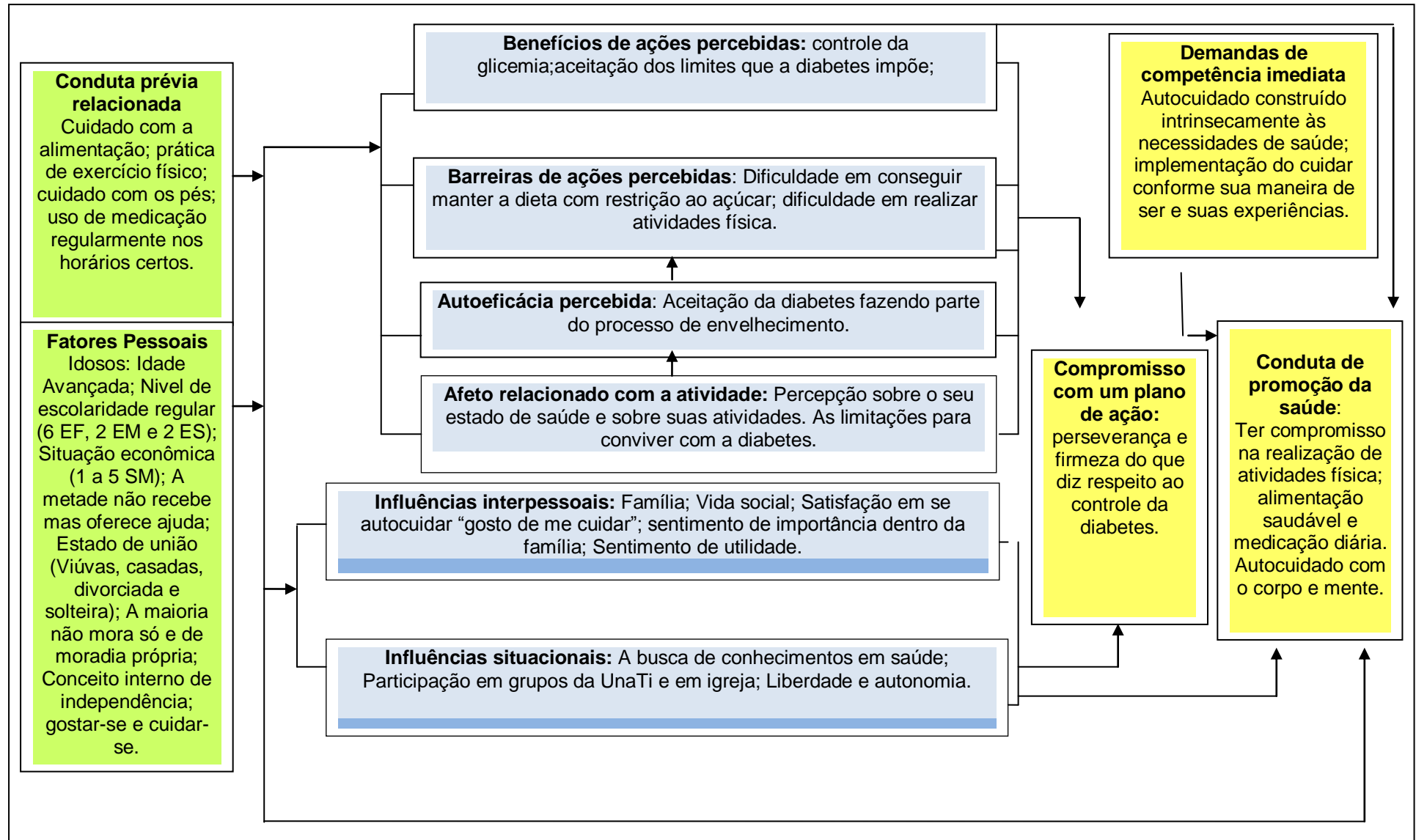


Figura 15 – Diagrama de Pender, a partir da dimensão imaginativa do GP na construção das ações de autocuidado com a diabetes - UERJ - Rio de Janeiro – 2012

Legenda: cor verde = características e experiências individuais; cor azul = conhecimentos e aspectos específicos da conduta; cor amarela = resultado da conduta.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a crescente contribuição da industrialização para o viver dos seres humanos, bem como os avanços tecnológicos na medicina moderna, e o acesso às informações sobre saúde, possibilitada pela mídia televisiva e principalmente pela internet; a expectativa de vida vem aumentando muito, no âmbito mundial, tendo como consequência o aumento do número de pessoas idosas, a exemplo do Brasil, onde residem 20.590.599 idosos, o que representa 10,79% da população total brasileira.

Apesar do investimento das políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa, principalmente, referentes à prevenção de doenças; ainda são poucos os resultados que demonstram o envelhecimento saudável da população citada. Pois grande parte dessa população apresenta um elenco de comorbidades, entre as quais doenças crônicas e degenerativas, tal qual a diabetes.

Nesta pesquisa, acredita-se que anteriormente à prevenção e reabilitação de doenças, o investimento das políticas de saúde pode voltar-se para a promoção da saúde, aqui entendida como autocuidado, desde a faixa etária infantil e da adolescência. Tal investimento pode ser feito a partir da capacitação de profissionais de saúde e de equipe interdisciplinares, para atuarem junto às pessoas, com o objetivo de ensinar e aprender o autocuidado, com vistas ao viver com bem-estar, mesmo em situações limitantes devido ao adoecimento.

Assim, foram obtidas respostas às questões norteadoras desta investigação, alcançando-se os objetivos propostos, através do desenvolvimento das técnicas de pesquisa “Dinâmica Corpo como Território Mínimo”, “Vivência de Lugares Geomíticos” e a aplicação dos questionários sociodemográfico e clínico, utilizando a estratégia de pesquisar/educar/cuidar. Para tanto, implementou-se um curso dinâmico e presencial junto a um Grupo Pesquisador, considerado dispositivo analítico do método sociopoético.

Delineando o perfil sociodemográfico das pessoas idosas inseridas no Grupo Pesquisador, temos: a maioria do sexo feminino, de etnia branca e com idade avançada de 75 anos. Estas pessoas são casadas, e tem de 1 a 2 dependentes, ensino fundamental completo, renda salarial de 1 a 5 salários mínimos; não

recebem, mas oferecem ajuda financeira aos filhos. Residem em casa própria e com algum familiar, na Zona Norte, tendo o catolicismo como crença religiosa.

Quanto ao perfil clínico os membros do Grupo Pesquisador (GP) são praticantes de exercícios físicos regulares, tais como a caminhada e o alongamento. Ir ao teatro, cinema e realizar passeios são as principais práticas de lazer; realizam dieta com restrição à açúcares; não fazem uso de bebidas alcoólicas e não tem o hábito do tabagismo. A maioria é diabética do tipo II e faz uso, principalmente, do Cloridrato de Metformina; possui hipertensão e hipotireoidismo como principais comorbidades.

Referente ao método sociopoético e a aplicação do diagrama de Pender, concluiu-se serem estes adequados ao objeto de estudo, problema e objetivos formulados, visto que durante as reuniões com o GP, no curso de autocuidado, ficou nítida a evolução, no sentido positivo, de alguns participantes, ressaltando-se a moral coesão entre todos. Como exemplo, descreve-se que uma copesquisadora, inicialmente “revoltada” com a diabetes, devido à dificuldade em seguir o tratamento e as limitações recomendadas, ao longo do curso foi mudando seu discurso.

Essa pessoa começou a aceitar mais a diabetes e suas restrições em relação à alimentação. Além de incentivar outros participantes, para enfrentarem a diabetes como “uma deficiência que pode ser controlada e que existem enfermidades piores, para as quais, ainda não foram encontrados remédios adequados” (fala do GP E).

Outras copesquisadoras conseguiram entender melhor o funcionamento do aparelho de glicemia, deixando de ter medo de utilizá-lo. Conforme foram surgindo dúvidas quanto à dieta, estas foram sanadas.

Analisando a dimensão imaginativa dos membros do GP concluiu-se, que eles têm medo das complicações da diabetes. Mas acreditam e torcem pela cura desta enfermidade, e, portanto, na sua dimensão imaginativa a esperança sempre esteve presente.

Entre os temas delimitados na produção de dados, a dificuldade no controle da alimentação e o autocuidado foram os que mais apareceram nas falas dos copesquisadores. Fato revelador de que apesar de se autocuidarem em relação à diabetes, essas pessoas ainda têm muita dificuldade de mudar o hábito alimentar, restringindo a ingestão de açúcares e carboidratos.

Frente a tudo que foi vivenciado com o Grupo Pesquisador pode-se perceber a importância do papel da enfermagem dentro do processo da orientação para o autocuidado, através do curso realizado durante esta investigação.

Assim, a promoção do autocuidado por profissionais capacitados, seja na construção coletiva de conhecimentos como no planejamento de ações voltadas para essa meta, pode ser considerada uma prioridade das políticas públicas de saúde às pessoas idosas. Tal prioridade, também, pode estender-se aos demais grupos populacionais, visando o bem-estar e o bem viver de todos, independente das situações de adoecimento e o envelhecimento natural e comum a todos os seres vivos. Portanto, alerta-se sobre a importância da manutenção e/ou criação de grupos de cidadãos e cidadãs, que discutam e pesquisem temas tais como autocuidado para todos que tenham e/ou não uma convivência saudável.

Desta forma, será possível construir a consciência necessária para se autocuidar em prol do bem-estar/ qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril de 1998. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. [acesso em 10 set 2012]. Disponível em: http://www.esslei.ipleiria.pt/files/_104-98_43590f45e0cc3.pdf?swp_esslei_portal=fbbb066d64d5ef09277f141bb6cbe420
2. Brum AKR, Tocantins FR, Silva TJES. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. Rev Latino-am enferm. 2005; 13(6).
3. Santos I dos, Guerra RGM. Os cenários de atenção à pessoa idosa dependente de cuidados: transcendendo à integralidade do ser. Rio de Janeiro: ABEn; 2011. (Palestra apresentada na I Jornada Nacional de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia)
4. Kalache A. Envelhecimento no contexto internacional, a perspectiva da Organização Mundial de Saúde. In: Seminário Internacional: Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século 1, 1996. Anais. Brasília(DF): Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretária da Assistência Social; 1996.
5. Brasil. Política de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999. Brasília(DF): 1999. [acesso em 15 out 2012]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf.
6. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalences of diabetes. Estimates for the years 2000 and projections for 2030. Diabetes care. 2004; 27: 1047-53.
7. International Diabetes Federation. The global burden. [acesso em 10 set 2012]. Disponível em : <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>.

8. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental. Brasília(DF); 1996. [acesso em 10 set 2012]. Disponível em: <http://www.sdee.aer.mil.br/Legislacao/lei8842.pdf>.
9. Zagury L, Naliato ECO, Meirelles RMR. Diabetes mellitus em idosos de classe média brasileira: estudo retrospectivo de 416 pacientes. J bras med. 2002; 82(6):59-61.
10. Brunner L, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2009.
11. SIH-SUS. [acesso em 10 maio 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>.
12. Caldas CP. Envelhecimento com dependência. Cad saúde pública. 2003; 19(3): 700-1.
13. Diogo MJDE. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (GRASI) no hospital de clínicas da universidade estadual de Campinas (SP): Relato de Experiência. Rev Latino-am enferm. 2000; 8(5): 85-90.
14. Pinto IC. Caracterização da população idosa, atendida em uma unidade básica de saúde. [mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2003.
15. Veras R, Caldas C. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciênc saúde coletiva. 2004; 9(2): 423-32.
16. Santos I dos, Gauthier J, Figueiredo NMA, Petit SH. Prática da pesquisa em ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética. São Paulo: Atheneu; 2005.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2006. (Série A: Cadernos de Atenção Básica; nº 16).

18. Perry RC, Baron AD. Impaired glucose tolerance. Why is it not a disease? *Diabetes Care*. 1999; 22(6): 883-5.
19. Tominaga M, Eguchi H, Manaka H, Igarashi K, Kato T, Sekikawa. Impaired glucose tolerance is a risk factor for cardiovascular disease, but not impaired fasting glucose: the Funagata diabetes study. *Diabetes Care*. 1999; 22(6): 920-4.
20. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento da diabetes mellitus, 2007. [acesso em 23 maio 2011]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Diretrizes_SBD_2007.pdf.
21. Associação Brasileira de Diabetes. Manual de enfermagem. [acesso em 10 maio 2011]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf. Acesso em: 17 nov. 2012.
22. Du Gas BW. Enfermagem prática. Rio de Janeiro: Guanabara; 1984.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528,19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. Brasília(DF); 2006. [acesso em 20 jul 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.
24. A prevenção da diabetes tipo 2. *Jornal da SBD*; 2002; (34): 7. [acesso em 10 set 2012]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/247_sbd_34.pdf.
25. Castro PC, Tahara N, Rebelatto JR, Driusso P, Aveiro MC, Oishi J. Influência da Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI) e do programa de revitalização (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos. *Rev bras fisioter*. 2007; 11(6): 461-7.
26. Castro MR, Figueiredo NMA. O estado da arte sobre cuidado ao idoso: diagnóstico da produção científica em enfermagem. *Physis*. 2009; 19(3): 743-59.

27. Peres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):310-17.
28. Rabelo SL, Padilha MICS. Compreensão dos déficits de auto-cuidado a partir da prática assistencial. *Texto contexto enferm*. 2000; 9(2): 312-23.
29. Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Borghi ACS, Vaccari Élide, Seima MD. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. *Texto contexto enferm*. 2008; 17(2): 313-20.
30. Tavares DMS, Rodrigues RA. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. *Rev esc enferm USP*. 2002; 36(1): 88-96.
31. Alves ACS. Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender [mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
32. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Health Inc; 2002.
33. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador(BA): Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia; 2000.
34. Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Stamford: Appleton-Lange; 1996.
35. Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR, Frank-Stromborg M. Predicting health promotion lifestyles in the workplace. *Nursing Research* 1990; 39:326-332.
36. Barbier R. *A pesquisa-ação*. Brasília(DF): UnB; 1997.
37. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
38. Gauthier J. *Sóciopoética: encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais, enfermagem e educação*. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 1999.

39. Universidade Aberta da Terceira Idade. A história da instituição. [acesso em 30 nov 2011]. Disponível em: www.unati.uerj.br.
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Socioeconômica. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. [acesso em 06 set 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>.
41. Santana RF, Santos I dos. Como tornar-se idoso: um modelo de cuidar em enfermagem gerontológica. *Texto contexto enferm.* 2005; 14(2): 202-12.
42. Instituto Brasileiro de Geografia e Socioeconômica. Censo 2010. [acesso em 06 ab 2012]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
43. Costa DL, Rosa RS. A caminhada na Terceira Idade [trabalho de conclusão]. São Paulo: Faculdade do Clube Náutico Mogiano; 2009.
44. Ribeiro RG, Domingues DO, Silva VA. Treinamento de flexibilidade e sua relação com as atividades da vida diária no envelhecimento: um estudo de revisão. *Rev bras ciênc saúde.* 2008; 17.
45. D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev saúde pública.* 2011; 45(4): 685-92.
46. Kamnnel WB, Schwartz MJ, McNamara PM. Blood pressure and risk of coronary heart disease: the framingham study. *Dis Chest.* 1969; 56: 43-52.
47. Koivisto V, DeFronzo RA. Physical training and insulin sensitivity. *Diabetes Metab Rev* 1986;1:445-81.
48. DeFronzo RA, Ferrannini E. Insulin resistance: a multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. *Diabetes Care.* 1991; 14: 173-94.

49. DeFronzo RA. Insulin resistance, hyperinsulinemia and coronary artery disease: a complex metabolic web. *Coronary Art Dis* 1992;3:11-25
50. Reaven GM, Banting Lecture. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988; 37: 1595-607.
51. Silva RC, Sallorenzo C, Kater CE, Dib SA, Falorni A. Autoantibodies against glutamic acid decarboxylase and 21-hydroxylase in Brazilian patients with type 1 diabetes or autoimmune thyroid diseases. *Diab nutr metab.* 2003; 16: 160-8.
52. Silva RC. Importância da avaliação da função tireoidiana em pacientes com diabetes mellitus. *Arq Bras Endocrinol Metab*; 2005; 49(2): 180-2.
53. Chopra V, Varma R, Francis BA, Wu J, Torres M, Azen SP et al. Type 2 diabetes mellitus and the risk of open-angle glaucoma the Los Angeles Latino Eye Study. *Ophthalmology.* 2008; 115(2): 227-32.
54. Gauthier J. Trilhando a vertente da montanha sociopoética. In: Gauthier, J. *Prática de pesquisa em ciências humanas e sociais.* Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p. 30-45.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 10 de outubro de 1996, Brasília(DF); 1996. [acesso em 20 jan 2011]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm
56. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília(DF); 2003. [acesso em 20 jan 2010]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.
57. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.* 5 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
58. Gauthier J, Hirata M. A enfermeira como educadora. In: Santos I dos, Figueiredo NMA, Duarte MJRS, Sobral VRS, Marinho AM. *Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções.* São Paulo: Atheneu; 2001.

59. Santos I dos, Santana RF, Caldas CP. Conversando com idosos: o cuidar / pesquisar dialógico e sóciopoético. *Rev Enferm UERJ*. 2003; 11(3): 308-16.
60. Santos I dos. Por um pesquisar sob a perspectiva estética. In: Santos I dos, Gauthier J, Figueiredo NMA, Petit SH. São Paulo: Atheneu; 2005. p 83-96.
61. Santos I dos, Gauthier J. Enfermagem: análise institucional e sociopoética. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 1999.
62. Marcelino DB, Carvalho MDB. Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicol reflex crit*. 2005; 18(1).
63. Grupo de Estudos em Endocrinologia & Diabetes. Proposta de um estudo multicêntrico com diabéticos em uso de insulina. *Endocrinologia & Diabetes Clínica e Experimental*. 2001; 1(5): 15-18.
64. Joode MS. Influência dos fatores emocionais no diabetes mellitus. In: Marcelino DB, Carvalho MDB. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicol reflex crit*. 2005; 18(1).
65. Santana RF, Santos I dos. Transcender com a natureza: a espiritualidade para os idosos. *Rev Eletr Enferm*. 2005; 7(2): 148-8.
66. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazard WR, Blass J, Ettinger WH, Halter JB. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 5th ed. Nova York: MacGraw-hill; 2003. p.1487-502.
67. Oliveira LPBA, Menezes RMP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto contexto enferm*. 2011; 20(2): 301-9.
68. Martins MM. Uma crise acidental na família. In: Araujo I, Paul C, Martins M. *Living older in the family context: dependency in self-care*. *Rev esc enferm USP*. 2011; 45(4): 869-75.
69. Schilder P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. In: Meure ST, Benedetti TRB, Mazo GS. *Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos*. Motriz. 2009; 15(4): 788-96.

70. Silva MJ, Duarte MJRS. O autocuidado do idoso: intervenção de enfermagem e melhor qualidade de vida. *Rev Enferm UERJ*. 2001; 9(3): 248-53.
71. Paul MC, Fonseca AF. Envelhecer em Portugal. In: Araujo I, Paul C, Martins M. Living older in the family context: dependency in self-care. *Rev esc enferm USP*. 2011; 45(4): 869-75.
72. Ferrari MAC. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 98-100.
73. Brasil. Lei nº 8842 de 04 de janeiro de 1994. Brasília (D)F; 1994. [acesso em 12 maio 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm.
74. Lima CT, Kanno DT, Gonsalles MCR, Assis DMB, Giancesella EMF. Diabetes e suas comorbidades no Programa de Saúde da Família em Bragança Paulista. *Rev bras clin med*. 2010; 8(4): 316-9.
75. Santos CRB, Portella ES, Avila SS, Soares EA. Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica. *Rev nutr*. 2006; 19(3): 389-401.
76. Professor Robson. Os cuidados com os pés para quem tem diabetes. [homepage na Internet]. Natal: Blog Professor Robson. [acesso em 2012 set 12]. Disponível em: <http://professorrobsoncosta.blogspot.com.br/2008/08/os-cuidados-com-os-ps-para-quem-tem.html>.

APÊNDICE A – Formulário de entrevista: caracterização do grupo

Nome/Código/Matrícula na Unati:

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade:_____ 2. Sexo:() Fem () Masc

3. Cor/Etnia (autodeclarada):_____

4. Local (zona) de Residência :_____ Tel: _____

5. Tipo de moradia:() Própria () Alugada

6. Constelação

familiar:_____

7. Crença

religiosa:_____

8. Estado de União : () Casado () Divorciado () Solteiro () Viúvo.

9. Nível de escolaridade: () Analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () Superior incompleto () Superior completo

10. Renda Aproximada: () 1 a 2 Salários Mínimos () 3 a 4 Salários Mínimos () 5 ou mais

11. Profissão / Ocupação:_____

12. Aposentado: () Sim () Não

13. Recebe ajuda financeira: () Sim () Não. De quem?_____

14. Oferece ajuda financeira: () Sim () Não. Para quem?_____

Qual:_____

15. Há quanto tempo frequenta a UnaTi?_____

16. Participa de quais cursos: _____

PERFIL CLÍNICO

1. Prática de exercício físico: () Sim () Não

Qual(ais)_____

2. Prática de lazer: () Sim Não (). Quais:_____

3. Tipo de dieta alimentar:_____

Descreva situações e quantidade da ingestão:_____

4. Alcoolismo: () Sim () Não

Descreva situações e quantidade da ingestão:_____

5. Tabagismo: () Sim () Não

Descreva situações e quantidade de cigarro/fumo:_____

6. Tipo de Diabetes: Tipo I ____ Tipo II_____.

7. Uso de medicamentos: () Sim () Não.

Qual(ais)_____

10. Tem outras doenças além da Diabetes? () Sim () Não.

Quais:_____

11. Tem plano de saúde? () Sim () Não.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apresentação:

Esta pesquisa tem por objetivo “Identificar as necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado apresentadas por pessoas idosas com diabetes, considerando suas dimensões física, mental e espiritual”

Riscos e Benefícios aos Participantes

Riscos

Estou esclarecido de que sou livre para desistir da pesquisa em qualquer momento sem correr o risco de sofrer qualquer dano moral e/ou material.

Benefícios

Estou esclarecido de que minha participação nesta pesquisa não me trará benefícios diretos e imediatos. Participando da pesquisa, poderei esclarecer dúvidas sobre a diabetes, suas complicações e fornecer orientações sobre o tratamento.

Alternativa

Sou livre para optar não participar deste estudo.

Custos e Reembolso

Não está previsto despesas para mim, considerando que não me será solicitado nenhum tipo de gasto.

Esclarecimento de Dúvidas

Eu já conversei com o Enf^a Renata Guerra sobre a pesquisa e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Caso eu, futuramente, tenha outras dúvidas poderei solicitar esclarecimentos com a própria Enf^a Renata Guerra

Divulgação dos Dados

Minha identidade será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo podem ser publicados, porém minha identidade não será revelada sem meu consentimento por escrito. Os registros poderão ser consultados pelo pesquisador, pelo Comitê de Ética ou pelas autoridades de saúde.

7) Consentimento

Eu consinto voluntariamente participar dessa pesquisa. Uma cópia deste Consentimento se encontra sob a minha guarda. A segunda cópia está sob guarda do pesquisador responsável. MINHA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA É VOLUNTÁRIA.

Eu sou livre para recusar a participar desta pesquisa ou para desistir dela a qualquer momento. A minha decisão em participar ou não neste estudo não influirá na minha vida particular e/ou profissional.

Data: __/__/__

Assinatura do participante

Contato com os pesquisadores:

Mestranda Renata Gomes

Tels: (21) 99224549 / 24897266 e-mail: renatagomesmv@gmail.com

Orientadora da Pesquisa: Prof.^a Dra. Iraci dos Santos

Tels: (21) 22640540/ 93156020

Endereço da Faculdade de Enfermagem: Boulevard 28 de Setembro, 157, 7 andar-Vila Isabel-Rio de Janeiro.

APÊNDICE C - Dinâmicas de sensibilidade para desenvolver as oficinas sociopoéticas

A Dinâmica de sensibilidade foi desenvolvido seguindo os seguintes passos:

- a) realizada em todos os encontros do grupo e antes de começar as oficinas sociopoéticas;
- b) colocar música ambiente (de acordo com o que o grupo acordar);
- c) diminuir a iluminação da sala;
- d) pedir para o grupo se sentar no chão sobre cangas ou toalhas e/ou colchonetes;
- e) pedir para o grupo fechar os olhos, respirar 10 vezes (inspirar pelo nariz e expirar pela boca) fundo, lenta e profundamente. solicitar que o grupo caminhe em volta da sala cinco vezes, lentamente, sentindo os pés em contato com o chão, ouvindo a música e continuando a respiração lenta e profunda.
- f) solicitar que imaginem um lugar de sua preferência bonito e tranquilo;

APÊNDICE D - Formulário “Dinâmica do Corpo como Território Mínimo”

Tendo respaldo teórico no princípio da Ação Dialógica de Paulo Freire (1987), esta técnica consiste no desenho e reflexões sobre o corpo humano. Seu objetivo maior é levá-los a expressar o que gostam e o que não gostam em seu corpo, como cuidam do próprio corpo e como gostariam de ser cuidados pela enfermagem. A unificação do EU, a demitificação da realidade e a descoberta de si como sujeito singular funcionam como salutares reveladores e libertadores.

Sobre a dinâmica, inicialmente será discutido com os membros do Grupo Pesquisador o entendimento da palavra território para que, posteriormente, seja consensual a ideia de que nosso corpo possa ser concebido como território mínimo. Utilizando prática artística, com materiais de desenho à disposição, os participantes deverão fazer desenhos autorrepresentativos, cujo objetivo, *a priori*, é fazê-los interpretar os desenhos, transparecendo a maneira como “se vêem”, circunstancialmente, clientes com diabetes.

Num segundo momento, serão apresentadas algumas questões para que o GP expresse o que pensa/deseja acerca da temática:

- a) Como eu me cuido para viver com bem-estar
- b) Quais são as minhas preferências de alimentação considerando a diabetes e o autocuidado?
- c) Quais atividades de autocuidado eu desenvolvo?
- d) O que preciso saber para me cuidar convivendo com a diabetes?

APÊNDICE E - Formulário “Vivência de Lugares Geomíticos”

Nesta técnica de vivência, após a realização de uma dinâmica de relaxamento e sensibilidade, será entregue à cada membro co-pesquisador um formulário contendo os lugares geomíticos previamente selecionados. Posteriormente, os componentes do grupo terão disponibilidade de tempo para registrar, com uma frase completa, em formulário específico, a seguir, a associação/correlação do seu imaginário com os lugares propostos, pensando eminentemente na pergunta orientadora:

... se o Autocuidado com a diabetes fosse um “lugar geomítico” como você responderia O QUE É com uma frase completa:

- a) a TERRA...
- b) o POÇO...
- c) a PONTE...
- d) o TÚNEL...
- e) o LABIRINTO...
- f) o CAMINHO...
- g) o ARCO-ÍRIS...
- h) o CUME...

APÊNDICE F – Categorias teóricas e empíricas sobre o autocuidado à convivência com diabetes - Rio de Janeiro - setembro 2012

COD	TERRA	POÇO	PONTE	TÚNEL	LABIRINTO	CAMINHO
A	Seria insuportável se todos estivessem como me sinto hoje. <i>Sentir-se insuportável.</i>	Um lugar com águas límpidas para que eu pudesse beber a fonte e quem sabe ficar livre da diabetes. <i>Curar-se da diabetes.</i>	Um lugar muito forte, pois me sinto muito fraca. <i>Uma fortaleza para continuar a viver.</i>	Um lugar que ao atravessar imaginava como seria bom se ficasse livre. <i>Atravessar para ficar livre.</i>	É infelizmente um lugar como estou me sentindo agora depois da queda que sofri. <i>Conviver com o sofrimento.</i>	Onde pudesse encontrar paz até o fim dos meus dias. <i>Encontro da paz.</i>
B	O problema da diabetes não é da terra por isso, não será modificada. <i>Impossibilidade de mudanças.</i>	Não há relação do poço com a minha diabetes. Pois não tenho nenhum acesso ao mesmo. <i>Sem acesso para a diabetes.</i>	A ponte seria do mesmo jeito que é, pois não tem nenhuma relação comigo. <i>Sem relação com o meu viver.</i>	Túnel do tempo deve mostrar o caminho a seguir. Demonstração do caminho a seguir.	Trará em tempo o caminho a seguir. <i>Paciência para continuar vivendo.</i>	Para que eu possa caminhar tranquila em busca da minha saúde com relação à diabetes (caminho de paz e amor). <i>Tranquilo em busca de saúde.</i>
C	la ser bem tratada para poder sentir a terra nos pés com firmeza. <i>Segurança.</i>	Medo de cair e afundar. <i>Medo.</i>	Diminuição da distância. Facilita a convivência. <i>Aceitação.</i>	Possibilidade de segurança para conviver, evitando a fobia das limitações da vida. <i>Segurança.</i>	Aprender para encontrar a saída, enfrentando a convivência com a diabetes. <i>Aprender para conviver melhor</i>	Limpo, sem atropelos. <i>Bem-estar.</i>
D	É o local ideal para vivermos. <i>Ideal de vida .</i>	Nunca, jamais vivi num local onde houvesse poço. <i>Desconhecimento.</i>	É o local, que idealizarmos chegar e correto. <i>Chegada correta.</i>	Aguardamos a nossa entrada e saída para concretizarmos o local onde idealizamos chegar. <i>Lugar de passagem para chegar ao lugar idealizado.</i>	Não existe...	É o que sempre presentíssimos nosso rumo de chegada. <i>É o nosso rumo. Rumo à convivência.</i>

Quadro 5 - Categorias teóricas e empíricas – parte 1 (continua)

Legenda: Normal = categorias empíricas; Itálico = *Tema / Estrutura de pensamento individual*

COD	TERRA	POÇO	PONTE	TÚNEL	LABIRINTO	CAMINHO
E	Tranquilidade previsão. <i>Previsão para tranquilidade.</i>	O poço fornece água e tem que prevenir de cair. <i>Prevenção de caídas.</i>	A ponte transporta as pessoas com cuidado. <i>Instrumento para cuidar- se</i>	O túnel embora escuro a agente avista a luz e a saída. <i>Difícil, mas guia para a saída.</i>	O labirinto confunde um pouco mas tem saída. <i>Esperança. Confuso e com rotas para a saída.</i>	O caminho nos leva a viver com cuidado observando os limites. <i>Convivendo com os limites.</i>
F	Seria maravilhoso tendo tudo de bom: plantas, rios e bichos. <i>Encantamento com a vida.</i>	Maior maravilha do mundo, pois teria bastante água. <i>Saciar a sede. Necessário como água para a vida.</i>	Seria necessária para chegar ao lugar desejado. <i>Necessária para conviver com a diabetes.</i>	Seria maravilhoso para encurtar o caminho. <i>Encurtamento do caminho. Maravilhoso para diminuir os limites com a diabetes.</i>	Gostaria de descobrir o caminho para curar a diabetes. <i>Esperança da cura.</i>	Seria todo de grama para caminhar à vontade com bastante natureza. Favorece a vontade de conviver com a natureza.
G	Seria firme para que o povo pudesse andar como uma pessoa que tem diabetes. <i>Firmeza para conviver com a diabetes.</i>	Tem que ser bem tratado para que as pessoas que vão beber está água não faça mal inclusive eu que sou diabética. <i>Um bom tratamento para conviver com a diabetes. Previne os males do conviver com diabetes.</i>	Tem que ser segura para que as pessoas que passarem nela não caírem. <i>Segurança. Confiável para evitar os efeitos da diabetes.</i>	É um lugar que passa em baixo e me sufoca, fumaça e barulho. <i>Insuportável a convivência.</i>	Caminho longo que não tem fim. <i>Longo e indeterminável.</i>	É longo e a diabetes também. <i>Longo e indeterminável.</i>
I	Teria que ser cheia de doce. <i>Dificuldade de renunciar aos doces.</i>	Teria água límpida. <i>Clara percepção da diabetes.</i>	Que pudesse atravessar com segurança. <i>Segurança.</i>	Teria que ter muita iluminação. <i>Guia para iluminar a convivência.</i>	Que tivesse algo para marcar para poder sair. <i>Possibilidade de se libertar dos efeitos da diabetes.</i>	Com bastante alamedas com todos os tipos de fruta. <i>Ideal se tivesse todos os tipos de fruta.</i>

Quadro 5 - Categorias teóricas e empíricas – parte 1 (continuação)

Legenda: Normal = categorias empíricas; Itálico = *Tema / Estrutura de pensamento individual*

COD	TERRA	POÇO	PONTE	TÚNEL	LABIRINTO	CAMINHO
J	Bem cuidado. <i>Manutenção do equilíbrio</i>	Muito fundo porque tira muita coisa da gente (comida). <i>Limitante, pois restringe a diversidade da alimentação.</i>	De risco porque a diabetes é um caso drástico quando não se cuida. <i>Instrumento para evitar os riscos da diabetes mal controlada.</i>	Não muito escuro porque o escuro a pessoa se entrega. O túnel claro seria aceitar a diabetes. <i>Clareza para aceitação da diabetes.</i>	Tem saída <i>Tem solução. A saída para conviver com a diabetes.</i>	Seria fácil passar pois enfrento com facilidade a diabetes. <i>Facilidade para o enfrentamento da diabetes.</i>

Quadro 5 - Categorias teóricas e empíricas – parte 1 (conclusão)

Legenda: Normal = categorias empíricas; Itálico = *Tema / Estrutura de pensamento individual*

COD	ARCO-ÍRIS	CUME	CÉU	MAR	CASA/LAR
A	Um lugar lindo que imaginando ninguém seria diabético. <i>Ideal sem pensar nas limitações da diabetes</i>	Um lugar alto, bonito possivelmente onde encontraria quem me desse forças para caminhar até o fim. <i>Força para o bem viver.</i>	Paraíso onde penso sentir tranquilidade. <i>Ideal para viver com tranquilidade .</i>	Onde não me sinto bem. <i>Mal-estar para segui-lo.</i>	Meu lar é o único lugar que ainda me sinto bem, pois em presença de muitas pessoas fico com medo de passar minha energia negativa. <i>Instrumento para sentir-se bem e sem medo de passar energia negativa.</i>
B	Caminho profundo de esperança de vida saudável até o final. <i>Esperança de vida saudável.</i>	Ponto final nas reflexões a fim de evitar sofrimentos profundos. <i>Fim das reflexões sobre o sofrimento.</i>	Será o lugar onde os problemas são solucionados e com fé um dia lá chegarei. <i>Resolução dos problemas a serem enfrentados.</i>	Lugar de profundas reflexões a respeito de toa a minha vida, a compreensão com a doença (diabetes) com a idade de 75 anos. <i>Reflexões sobre a vida para compreender a vivência com diabetes.</i>	Lugar onde encontro paz para aceitar e cuidar da diabetes que está sob controle emocional e medicinal. <i>Encontro da paz.</i>
C	Um presente para a nossa mente. É bonito mesmo de olhos fechados. <i>Beleza.</i>	Medo de cair e se machucar. <i>Medo da recaída e das consequências do mau controle da diabetes.</i>	É o limite. A coisa bela do mundo. <i>Belo e infinito</i>	Impõe respeito. É gostoso e saudável, sem a exposição do que é perigoso. <i>Bom controle igual a saúde.</i>	É tudo, pois lhe dá segurança, proteção junto à família, que também tem autocuidado conosco. <i>Segurança.</i>
D	Aprecio a beleza Horizonte. <i>A beleza na velhice.</i>	Aguardamos sempre o nosso horizonte. <i>Nosso horizonte.</i>	É lindo onde apreciamos o nosso futuro. <i>Futuro belo</i>	Idealizamos sempre a nossa vivência. <i>Cuidado idealizado.</i>	É o nosso maior requinte de nossa vida, pois damos o parecer de nossa vida, educativas e educacionais de nossas vidas, que sempre evidência e obrigação ótima de nossas vidas. Realizado. <i>Local de realização na vida.</i>

Quadro 6 - Categorias teóricas e empíricas – parte 2 (continua)

Legenda: Normal = categorias empíricas; Itálico = Tema / Estrutura de pensamento individual

COD	ARCO-ÍRIS	CUME	CÉU	MAR	CASA/LAR
E	O arco-íris dá alegria das cores e alegra os olhos. <i>Aceitação</i>	O cume é mais difícil de chegar porque tem que ter calma e conhecimento. <i>Perseverança e aprendizado.</i>	<i>É a vitória, a alegria completa.</i> <i>Aceitação.</i>	É o desconhecido e temeroso. Não sei nadar e a água faz parte da saúde do corpo. <i>Medo do desconhecido.</i>	O aconchego do lar favorece mais a saúde e a vitória. <i>Segurança, acolhimento.</i>
F	Teria as cores da vida, pois traria luz, sol e água. <i>Aceitação.</i>	Seria lindo, mas tem horas que pode ser prejudicial devido à falta de ar. <i>Aceitação mas pode ser ruim.</i>	Seria sem fim. <i>Infinito.</i>	É a maravilha da vida, pois tem sal, alimentos, algas. É o infinito de alimentos para o mundo. <i>Maravilhoso e infinito conhecimento.</i>	Seria limpo e bem cuidado para ter mais saúde. <i>Confortável.</i>
G	É a coisa mais linda do planeta. <i>Aceitação.</i>	É muito lindo para gente andar. <i>Beleza</i>	Bem bonito, cheio de estrelas. <i>Beleza</i>	Sem ondas muito altas. Seria bem calmo. <i>Sem muitos obstáculos.</i>	Seria linda com tudo que pudesse ter dentro dela. <i>Beleza</i>
H	São as cores lindas dos meus exames quando são satisfatórios com os resultados da diabetes. <i>Satisfação com o bom controle da diabetes.</i>	É a elevação da da diabetes. <i>Ruim quando não consegue controlar a diabetes.</i>	É o resultado bom da diabetes. <i>É bom quando consegue o controle da diabetes</i>	É a calma que sinto quando vejo os exames todos normais. <i>Tranquilidade quando consegue o equilíbrio da diabetes.</i>	É o meu porto seguro para me sentir segura e tranquila. <i>Porto seguro.</i>

Quadro 6 - Categorias teóricas e empíricas – parte 2 (continuação)

Legenda: Normal = categorias empíricas; Itálico = *Tema / Estrutura de pensamento individual*

COD	ARCO-ÍRIS	CUME	CÉU	MAR	CASA/LAR
I	Que encontrasse no fim dela um pote de ouro. <i>Encontro da riqueza.</i>	Com escada rolante para poder subir. <i>Precisa de facilidades para o controle da diabetes.</i>	Queria que houvesse muitos anjinhos. <i>Paz</i>	Que fosse o mar de Copacabana por que eu amo olhar o mar de Copacabana. <i>Observação. Algo a ser observado</i>	Com conforto porque estou com preguiça. <i>Confortável.</i>
J	Seria colorido. <i>Possibilidade de bem-estar.</i>	Seria difícil porque é muito alto. <i>Dificuldade no controle.</i>	Seria bom porque dizem que o céu é bom. <i>O autocuidado é bom.</i>	Não seria muito perigoso, mas não seria muito ruim, mas também não seria muito bom. <i>Equilíbrio</i>	Bem cuidado. <i>Manutenção do equilíbrio.</i>

Quadro 6 - Categorias teóricas e empíricas – parte 2 (conclusão)

Legenda: Normal = categorias empíricas; Itálico = *Tema / Estrutura de pensamento individual*

APÊNDICE G - Distribuição dos temas de acordo com as categorias

CATEGORIAS	TEMAS	LUGARES GEOMÉTICOS											TOTAL
		TERRA	POÇO	PONTE	TÚNEL	LABIRINTO	CAMINHO	ARCO-ÍRIS	CUME	CÉU	MAR	CASA/LAR	
A	Uma fortaleza para continuar a viver.			1									1
	Atravessar para ficar livre				1								1
	Tranquilo em busca de saúde						1						1
	Aceitação.			1				3		1			5
	Ideal de vida	1											1
	Guia para iluminar a convivência				1								1
	Clareza para aceitação da diabetes		1		1								1
	Instrumento para sentir-se bem e sem medo de passar energia negativa.											1	1
	Fim das reflexões sobre o sofrimento.								1				1
	Reflexões sobre a vida para compreender a vivência com diabetes.										1		1
	Beleza.							1	1	1		1	4
	Belo e infinito									1			1
	Encontro da paz						1					1	2
	A beleza na velhice.							1					1
Nosso horizonte								1				1	

Quadro 7 - Distribuição dos temas de acordo com as categorias (continua)

CATEGORIAS	TEMAS	LUGARES GEOMÍDICOS											TOTAL
		TERRA	POÇO	PONTE	TÚNEL	LABIRINTO	CAMINHO	ARCO-ÍRIS	CUME	CÉU	MAR	CASA/LAR	
A	Infinito.									1			1
	Maravilhoso e infinito conhecimento										1		1
	Demonstração do caminho a seguir				1								1
	Segurança.	1		1	1							1	4
	Segurança e acolhimento.											1	1
	Guia para evitar os atropelos. Bem-estar						1						1
	É o nosso rumo. Rumo à convivência						1						1
	Previsão para tranquilidade	1											1
	Prevenção de quedas.		1										1
	Instrumento para cuidar-se			1									1
B	Saciar a sede. Necessário como água para a vida		1										1
	Necessária para conviver com a diabetes			1									1
	Encurtamento do caminho. Maravilhoso para diminuir os limites com a diabetes				1								1
	Firmeza para conviver com a diabetes	1											1
	Um bom tratamento para conviver com a diabetes. Previne os males do conviver com diabetes		1										1

Quadro 7 - Distribuição dos temas de acordo com as categorias (continuação)

CATEGORIAS	TEMAS	LUGARES GEOMÍDICOS											TOTAL
		TERRA	POÇO	PONTE	TÚNEL	LABIRINTO	CAMINHO	ARCO-ÍRIS	CUME	CÉU	MAR	CASA/LAR	
B	Manutenção do equilíbrio	2										1	3
	Clara percepção da diabetes. Necessário para evitar os efeitos da diabetes		1										1
	Libertação do medo das consequências da diabetes					1							1
	Válvula de escape para conviver com a diabetes												1
	Possibilidade de se libertar dos efeitos da diabetes.			1		1							2
	Instrumento para evitar os riscos da diabetes mal controlada.			1									1
	Tem solução. Saída para conviver com a diabetes.					1							1
	Força para o bem viver.								1				1
	Facilidade para o enfrentamento da diabetes						1						1
	Resolução dos problemas a serem enfrentados.									1			1
	Bom controle igual a saúde.										1		1
	Cuidado idealizado										1		1
	Local de realização na vida.											1	1

Quadro 7 - Distribuição dos temas de acordo com as categorias (continuação)

CATEGORIAS	TEMAS	LUGARES GEOMÍDICOS											TOTAL
		TERRA	POÇO	PONTE	TÚNEL	LABIRINTO	CAMINHO	ARCO-ÍRIS	CUME	CÉU	MAR	CASA/LAR	
B	Confortável											2	2
	Satisfação com o bom controle da diabetes							1					1
	Firme para manter o equilíbrio			1									1
	Autocuidado é bom.									1			1
	Porto Seguro											1	1
	Equilíbrio.										1		1
C	Curar-se da diabetes.		1										1
	Desconhecimento		1										1
	Convivendo com os limites						1						1
	Esperança da cura					1							1
	Sem muitos obstáculos.										1		1
D	Conviver com o sofrimento.					1							1
	Impossibilidade de mudanças	1											1
	Sem acesso para a diabetes		1										1
	Sem relação com o meu viver.			1									1
	Medo.		1										1
	Insuportável a convivência				1								1
	Longo e indeterminável.					1	1						2
	Angustiante quando tento reverter a hiperglicemia				1								1
	Dificuldade de renunciar aos doces	1											1

Quadro 7 - Distribuição dos temas de acordo com as categorias (continuação)

CATEGORIAS	TEMAS	LUGARES GEOMÍTICOS											TOTAL
		TERRA	POÇO	PONTE	TÚNEL	LABIRINTO	CAMINHO	ARCO-ÍRIS	CUME	CÉU	MAR	CASA/LAR	
D	Limitante, pois restringe a diversidade da alimentação		1										1
	Medo da recaída e das consequências do mau controle da diabetes								1				1
	Medo do desconhecido										1		1
	Ruim quando não consegue o controle da diabetes								1				1
	Mal-estar para segui-lo.										1		1
	Dificuldade no controle								1				1
E	Paciência para continuar vivendo					1							1
	Aprender para conviver melhor com a diabetes					1							1
	Chegada correta.			1									1
	Lugar de passagem para chegar ao lugar idealizado				1								1
	Difícil, mas guia para a saída				1								1
	Esperança. Confuso e com rotas para a saída.					1							1
	Encantamento com a vida.	1											1
	Favorece a vontade de conviver com a natureza.						1						1
	Ideal se tivesse todos os tipos de fruta.						1						1
	Esperança de vida saudável.								1				1

Quadro 7 - Distribuição dos temas de acordo com as categorias (continuação)

CATEGORIAS	TEMAS	LUGARES GEOMÍTICOS											TOTAL
		TERRA	POÇO	PONTE	TÚNEL	LABIRINTO	CAMINHO	ARCO-ÍRIS	CUME	CÉU	MAR	CASA/LAR	
E	Perseverança e aprendizado								1				1
	Aceitação mas pode ser ruim								1				1
	É bom quando consegue controlar a diabetes.									1			1
	Tranquilidade quando consegue o equilíbrio da diabetes										1		1
	Algo a ser observado.										1		1
	Precisa de facilidades para o controle da diabetes								1				1
	Encontro da riqueza.							1					1
	Ideal sem pensar nas limitações da diabetes							1					1
	Futuro belo.									1			1
	Sub-total		9	10	10	10	9	9	9	10	8	10	10

Quadro 7 - Distribuição dos temas de acordo com as categorias (conclusão)

APÊNDICE H - Orçamento financeiro para o desenvolvimento da dissertação - período 2011 - 2012

Itens	Quantidade	Valor em R\$
Papel A-4	2 Resmas	20,00
Cartucho de tinta para Impressora	5	50,00
Clips	1 caixa	3,00
Grampos	1 caixa	3,00
Encadernação de exemplares do projeto da dissertação	8	16,00
Encadernação de exemplares do relatório de qualificação da dissertação	7	14,00
Encadernação do relatório final da dissertação	5	10,00
Encadernação em capa dura do relatório final da dissertação	4	140,00
CDs do projeto, relatório de qualificação e defesa final da dissertação	8	8,00
Serviços de terceiros: revisão de idioma (português, inglês)		
Taxa de publicação de artigos		
Assinatura de periódicos científicos		
Inscrição em eventos científicos		500,00
Aquisição de Livros		200,00

Quadro 8 – Orçamento das despesas com dissertação

APÊNDICE I - Curso de autocuidado para convivência com a diabetes

OBJETIVO:

Promover o melhor autocuidado em clientes idosos que convivam com diabetes.

1- EMENTA: Orienta sobre a diabetes mellitus (DM), apresentando noções de como esta patologia se desenvolve considerando a anatomia e fisiologia humana; Expõe as principais complicações do DM, discutindo as formas de prevenção das complicações; desenvolver Oficinas sobre os cuidados diários para conviver com o DM, demonstrando estes cuidados junto a cada membro do Grupo Pesquisador; Explica os cuidados referentes à terapêutica medicamentosa; Explicar sobre os testes para a detecção da diabetes; Descrever preparo de alimentação compatíveis com a dieta específica; Explica sobre as principais restrições alimentares, apresentando alternativas para o cumprimento do regime dietético; Incentivar a prática de atividade física apresentando alternativas, inclusive sobre seu desenvolvimento em domicílio; Incentivar práticas de lazer e exercícios físicos. Alertar sobre a importância dos cuidados com a higiene corporal: pele, cabelos, unhas e pés; orientar para exames médicos regulares, relacionamento interpessoal, convivência com as limitações e as dificuldades; cuidados com a administração de medicação e com a automedicação; controle com as atividades diárias.

2. ESTRATÉGIA DE ENSINO

- Explicar como o Curso será desenvolvido em cada fase da pesquisa.
- Aplicar o formulário para identificação do perfil sociodemográfico e clínico dos membros do GP.
- Promover o diálogo entre os participantes, facilitando a colocação de perguntas e esclarecimento de dúvidas entre os participantes.
- Avaliar o conhecimento do grupo sobre todos os conteúdos descritos na Ementa do Curso e outros sobre a diabetes.
- Aplicar o formulário de Vivência dos Lugares Geomíticos.
- Desenvolver a Dinâmica do Corpo como Território Mínimo entre os Participantes.

3. AVALIAÇÃO DO GRUPO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO CURSO

Será aplicado um questionário de avaliação antes e após a realização do curso para cada participante, conforme apêndice G.

4. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Manual oficial de contagem de carboidratos regional / Sociedade Brasileira de Diabetes, Departamento de Nutrição. – Rio de Janeiro : Dois C: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.
- http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1457

APÊNDICE J – Formulário para pré e pós-avaliação do curso de autocuidado para convivência com a diabetes

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

1) O que o (a) senhor (a) entende sobre a anatomia e fisiologia da diabetes mellitus?

2) Descreva como toma as medicações para a diabetes, especialmente, a insulina:

3) Como é a sua alimentação diária?

4) Pratica algum exercício físico?
Qual?

5) Quais cuidados você tem com seus pés?

6) Quais são suas atividades de lazer?

7) O que gostaria de aprender durante o Curso de Autocuidado?

APÊNDICE K – Resultados da avaliação antes e após o curso de autocuidado para a convivência com a diabetes

Após a aplicação do questionário do curso do autocuidado para a convivência com a diabetes pode-se observar que apenas duas pessoas não souberam definir diabetes. Os outros oito participantes do grupo sabiam definir como “aumento do açúcar no sangue” e sabiam que poderia provocar várias complicações como a amputação de membros.

Apenas um indivíduo não sabia como cuidar dos pés. Em relação à alimentação, a maioria relatou realizar dieta com restrição a açúcar. Apenas um informou que a dieta era livre.

Em relação a atividade física a maioria do GP pratica com frequência, sendo que apenas dois deles praticam raramente.

Quanto ao que o GP gostaria de aprender durante o curso do autocuidado foram destacados: aprender a ser otimista; cuidados com os pés; alimentação adequada e; como se cuidar melhor. Duas pessoas gostariam de saber tudo. Uma delas pelo fato de ter ficado diabética a pouco tempo.

Após o curso de autocuidado, o questionário foi aplicado novamente. O GP soube definir melhor a Diabetes, diferenciando os dois tipos (I e II). Conseguiram sanar suas dúvidas em relação à alimentação, cuidado com pés e até mesmo sobre a utilização do aparelho de glicemia.

A pessoa que se sentia deprimida e que gostaria de aprender a ser otimista, ao fim do curso estava mais comunicativa e integrada ao GP e aparentemente mais feliz. Foi nítida a sua evolução. Uma outra pessoa do GP que se sentia revoltada por ser diabética conseguiu entender que é possível ter uma vida normal mesmo tendo diabetes, deixando de ser tão “revoltada” e no fim do curso estava com um discurso bem mais otimista e acabou incentivando positivamente outros integrantes do grupo.

Portanto, ao fim do curso ficou nítido a evolução dos participantes do GP em relação ao seu comportamento frente à convivência com a diabetes, provando assim, que é de suma importância o acesso à informação.

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética**Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Sr2****Comissão de Ética em Pesquisa – COEP**

Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3º. andar, sala 3018 - Maracanã.

CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ.

E - mail: etica@uerj.br - Telefone: (21) 2334 2180**PARECER COEP 040/2012**

A Comissão de Ética em Pesquisa – COEP, em sua 6ª Reunião Ordinária em 12 de julho de 2012, analisou o protocolo de pesquisa nº 033.3.2012 segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos e emite seu parecer.

Projeto de pesquisa: *“Convivência da pessoa idosa com diabetes buscando autonomia para o autocuidado”*

Pesquisadora responsável: Iraci dos Santos

Mestranda: Renata Gomes machado Guerra

Instituição Responsável : Faculdade de Enfermagem – UERJ

Área do Conhecimento: 4.00 –Ciências da Saúde – 4.04 Enfermagem

Sumário: Trata-se de um projeto de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UERJ. O objetivo geral é aplicar no contexto de um curso de autocuidado para diabéticos, em oficina sociopoética, um instrumento de produção de dados sobre a construção de ações e propostas de comportamentos de saúde, visando o bem-estar de pessoas idosas com diabetes. Trata-se de um estudo qualitativo, que se configura como uma oficina de trabalho com base em princípios filosóficos e educativos para a construção coletiva de conhecimento. O método inclui a instituição do grupo pesquisador, a investigação temática, oficinas para produção de dados, análise e apresentação dos dados produzidos para o grupo, contra análise dos dados, validação dos dados pelo grupo, socialização dos dados e avaliação das oficinas.

Objetivo Aplicar no contexto de um curso de autocuidado para diabéticos, em oficina sociopoética, um instrumento de produção de dados sobre a construção de ações e propostas de comportamentos de saúde, visando o bem-estar de pessoas idosas com diabetes.

Considerações Finais: Após debate entre os membros, a COEP considerou que o projeto apresenta clareza, objetividade, concisão e consistente fundamentação teórica. Os instrumentos de coleta de dados que são apresentados não apresentam qualquer questão que pudesse atentar contra aspectos éticos. As despesas serão arcadas pelas pesquisadoras. O estudo é pertinente e tem valor científico, apresenta consistência teórica e metodológica e atende a todas as recomendações e requisitos da resolução 196/96 do CNS. A orientadora é professora da Universidade com uma trajetória de produção científica coerente com o projeto. Quanto ao TCLE, tenho a observar que além de estar concisa, a redação está clara, atende a todos os requisitos necessários e a linguagem está adequada aos sujeitos.

Ante o exposto, a COEP deliberou pela **aprovação** do projeto, visto que não há implicações éticas.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - **previsto para julho de 2013**, para cumprir o disposto no item *VII. 13.d da RES. 196/96/CNS*. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Situação: Projeto Aprovado

Rio de Janeiro, 24 de julho de 2012

Profa. Dra. Célia Caldas

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa/UERJ

Mat 32.359-2

ANEXO B – Folder cuidado com os pés



Figura 16 – Cuidado com os pés
Fonte: Professor Robson.⁷⁶

ANEXO C – Dieta para pessoas com diabetes

ORIENTAÇÕES GERAIS

O MAIOR OBJETIVO DA TERAPIA NUTRICIONAL É ALCANÇAR O CONTROLE GLICÊMICO;

- * Iniciar a refeição pela salada; além de saudáveis, verduras e legumes dão volume ao conteúdo do estômago, e fornecem boa quantidade de fibras;
- * Usar preparações como assado, cozido, grelhado ou refogado, que em comparação com outras formas de preparo, possuem menos calorias;
- * Evite alimentos ricos em gordura saturada e colesterol que podem contribuir para complicações, tais como frituras em geral, alimentos gordurosos (maionese, creme de leite, azeitonas, carnes gordas, salaminho, manteiga);
- * O consumo de fibras é fundamental; dê preferência para os alimentos integrais, como arroz integral, pão integral, aveia, massas integrais ao invés de arroz branco, pão de leite, entre outros; utilize os vegetais e frutas na sua forma integral, ou seja, com casca (bem lavadas), sucos não coados, vegetais crus, etc.
- * Procure ingerir diariamente leguminosas, como feijão, lentilha, grão de bico, ervilhas; esses alimentos são ricos em fibras e ferro, além de outros nutrientes.
- * Observar o porcionamento das frutas;
- * Ingerir peixe no mínimo 2 vezes por semana em preparos simples
- * As fibras são encontradas nos vegetais, principalmente em folhas, talos, raízes, sementes, bagaços e cascas. As principais fontes são frutas, verduras, legumes, farelos de aveia e de cevada, além das leguminosas. As fibras são importantes pois diminuem a absorção dos carboidratos
- * Tomar líquidos de preferência nos intervalos das refeições; a ingestão mínima de líquidos deve ser de 6 a 8 copos por dia (1,5 – 2 litros).
- * Leia os rótulos dos alimentos; evite alimentos cuja composição inclua açúcar, glicose ou sacarose, ou que sejam ricos em dextrose;
- * Quando fizer refeições "fora de casa", procure substituir seu plano de refeições por alimentos e porções adequadas;
- * Procure fazer exercícios físicos e esportes com regularidade, frequência e orientação profissional; a atividade física deve fazer parte do tratamento;

ALGUMAS VANTAGENS DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS

1. Facilitam a queima de glicose pelos músculos, melhorando o controle diário da diabetes;
2. Aumentam a ação da insulina e de hipoglicemiantes orais;
3. Permitem aos pacientes controlados, e com peso normal, a ingestão de mais calorias correspondente a este gasto;
4. Colaboram na redução dos fatores de risco cardiovasculares;
5. Aumentam o fluxo de sangue muscular e a circulação de membros inferiores, principalmente nos pés, prevenindo assim os efeitos da aterosclerose;
6. Contribuem na redução de colesterol e triglicérides no sangue;
7. Melhoram a disposição geral e a sensação de bem estar

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA DIABETES

CAFÉ DA MANHÃ

- 2 fatias de pão integral ou 1 pão francês sem miolo
- 1 colher de chá cheia de manteiga ou 1 colher de sopa de azeite
- 1 fatia de queijo minas ou queijo minas padrão light ou 2 colheres de sopa de cottage ou 1 fatia de ricota ou 1 colher de sopa de cream cheese light ou 1 mini mussarela de búfala
- 2 fatias de peito de peru ou chester ou mortadela de chester ou 1 fatia de presunto magro ou 3 fatias de blanquet de peru
- 1 xícara de café com leite desnatado (Adoçando com adoçante Línea OU Stevita)

LANCHE DA MANHÃ (10:00)

- 1 Fruta

ALMOÇO (12:30)

- Vegetais tipo 1 (A Vontade)
- Vegetais tipo 2– 4 colheres de sopa
- 1 concha cheia de feijão (branco, preto, mulatinho, azuki) ou 4 colheres de sopa de lentilha ou 3 colheres de sopa de grão de bico ou 3 colheres de sopa de ervilha seca
- 3 colheres de sopa cheias de Cereal
- 150 gramas de Carne ou frango ou peixe

LANCHE DA TARDE 1 (16:00)

- 2 fatias de pão integral ou 1 pão francês sem miolo
- 1 colher de chá cheia de manteiga ou 1 colher de sopa de azeite
- 1 fatia de queijo minas ou queijo minas padrão light ou 2 colheres de sopa de cottage ou 1 fatia de ricota ou 1 colher de sopa de cream cheese light ou 1 mini mussarela de búfala
- 2 fatias de peito de peru ou chester ou mortadela de chester ou 1 fatia de presunto magro ou 3 fatias de blanquet de peru
- 1 xícara de café com leite desnatado (Adoçando com adoçante Línea OU Stevita)

JANTAR (21:00)

- Vegetais tipo 1 (A Vontade)
- Vegetais tipo 2– 4 colheres de sopa
- 1 concha cheia de feijão (branco, preto, mulatinho, azuki) ou 4 colheres de sopa de lentilha ou 3 colheres de sopa de grão de bico ou 3 colheres de sopa de ervilha seca
- 3 colheres de sopa cheias de Cereal
- 150 gramas de Carne ou frango ou peixe

OU

2 fatias de pão integral ou 1 pão francês sem miolo ou 1 pão Árabe

1 colher de chá cheia de manteiga

1 fatia de queijo minas ou queijo minas padrão light ou 2 colheres de sopa de cottage ou 1 fatia de ricota ou 1 colher de sopa de cream cheese light ou 1 mini mussarela de búfala

2 fatias de peito de peru ou chester ou mortadela de chester ou 1 fatia de presunto magro ou 3 fatias de blanquet de peru ou 2 fatias de salaminho

TABELA DE EQUIVALENTES

VEGETAIS TIPO 1 (CRUS, COZIDOS OU REFOGADOS)

Acelga	Bertalha	Espinafre	<i>Repolho</i>
Agrião	Brócolis	Jiló cozido	<i>Rúcula</i>
Aipo	Cebola	Rabanete	<i>Escarola</i>
Alface	Chicória	Mostarda	<i>Tomate</i>
Alho-Poró	Couve de Bruxelas	Palmito	<i>Pimentão</i>
Aspargos	Couve manteiga	Pepino	<i>Couve-Flor</i>
<i>Berinjela</i>			

VEGETAIS TIPO 2

Abóbora	Abobrinha	Chuchu	Beterraba
Alcachofra	Vagem	Nabo	Cenoura
			Quiabo

FRUTA

1 colher de sopa cheia de abacate	1 Banana da terra	1 laranja	10 Morangos
6 Acerolas	1 fatia de Abacaxi	1 Maçã pequena	1 Pêra pequena
4 Ameixas secas	6 damascos secos	½ Papaia	2 Pêssegos
1 Banana prata	1 figo médio	1 fatia de Melão	1 Água de coco
1 Tangerina			

CEREAL

Arroz integral	Inhame	Milho
Macarrão integral	Farofa	Batata baroa
Couscous	Polenta	Aipim

Fonte: Danielle Toledo Resende Nutrição Personalizada

ANEXO D - Receitas

PURÊ DE COUVE-FLOR LIGHT

- 4 xícaras de chá de couve-flor (somente as flores) – pode refogar a couve flor após tê-la cozido, com cebola e alho
- 01 colher de sopa de manteiga light
- 30 ml de leite desnatado
- 1 pitada de sal
- pimenta a gosto

Modo de Preparo:

Cozinhe a couve-flor no microondas ou no vapor até ficar macia. Leve ao processador ou liquidificador até formar um purê, acrescentando a manteiga e o leite. Tempere com o sal e a pimenta.

MOUSSE DE GELATINA

- 02 caixas de gelatina
- 500 ml de água
- 02 caixas de creme de leite light

Modo de preparo:

Dissolva a gelatina em 250 ml de água fervente e acrescente 250ml de água gelada. Bata no liquidificador a gelatina com o creme de leite e coloque para gelar.