

VILMA BELTRAME

**O CUIDADO CULTURAL COMPARTILHADO EM GRUPO
COM PESSOAS NA CONDIÇÃO CRÔNICA DE DIABETES
MELLITUS**

**Florianópolis (SC)
Agosto 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL UFSC/UnC/URI/CAPES-FUNCITEC**

**O CUIDADO CULTURAL COMPARTILHADO EM GRUPO
COM PESSOAS NA CONDIÇÃO CRÔNICA DE DIABETES
MELLITUS**

Vilma Beltrame

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração em Assistência de Enfermagem.

ORIENTADORA: Dra. Mercedes Trentini

**Florianópolis (SC)
Agosto 2000**

30 de agosto de 2000

**O CUIDADO CULTURAL COMPARTILHADO EM GRUPO COM PESSOAS NA
CONDIÇÃO CRÔNICA DE DIABETES MELLITUS**

Vilma Beltrame

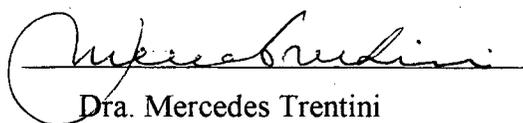
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

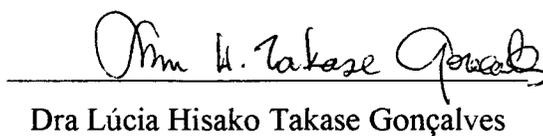
E aprovada na sua versão final em 30 de agosto de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.


Prof.^a En.^a Dra. Denise Elvira Pires de Pires – Coordenadora do Programa

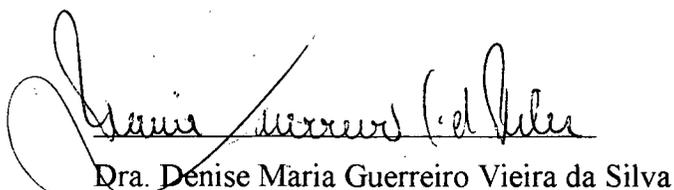
BANCA EXAMINADORA


Dra. Mercedes Trentini

Presidente / Orientadora


Dra Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Membro


Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Membro


Dra. Cleusa Rios Martins

Membro

Agradecimentos

À Dra. Mercedes, verdadeira mestra, que me guiou nesta caminhada. Meu agradecimento especial, pelo entusiasmo que demonstrava com as minhas potencialidades e com a delicadeza que mostrava as minhas limitações, dando-me a coragem de superá-las.

À minha família, que mesmo distante, acompanhou-me com entusiasmo e encorajamento. A vocês o meu amor.

À Vânia, amiga de tantas jornadas, pelo carinho, paciência e incentivo.

Aos clientes diabéticos, o meu reconhecimento de que sem vocês isso não seria possível.

À Stela, colega e amiga, que sempre incansável ouvia as minhas queixas e as transformava em encorajamento e incentivo. Obrigada pelas horas de recreio tão saudáveis.

Aos colegas do mestrado, agradeço a oportunidade de compartilhar os momentos de alegria e angústia que tivemos durante esta caminhada.

Aos amigos, as minhas desculpas pelos momentos de ausência e meus agradecimentos por me aceitarem como sou. À vocês o meu carinho.

A Valéria Madureira, por ajudar a tornar o sonho realidade, o meu reconhecimento.

À Universidade do Contestado, pela oportunidade de aprimorar meus conhecimentos e de tornar-me um Ser Humano melhor.

À colega Cristina, pelas opiniões e disponibilidade de ajudar-me durante esta jornada.

À Secretaria Municipal de Saúde, especialmente ao Dr. José Alberto Dantas, pelo apoio incondicional, minha gratidão.

À Silvana, pela colaboração e paciência de ensinar-me a usar o computador.

À Tânia Húngaro, companheira de luta na Associação dos Diabéticos, pela ajuda durante os encontros do grupo.

À professora Neusa Machado, pela disponibilidade em fazer a revisão final deste trabalho.

À todas as pessoas que direta ou indiretamente possibilitaram a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho intitulado *O Cuidado Cultural Compartilhado em Grupo com Pessoas na Condição Crônica de Diabetes Mellitus*, trata-se de uma pesquisa convergente assistencial que teve como objetivo conduzir um processo de reflexão sobre o cuidado com um grupo de pessoas com *Diabetes mellitus* baseado na Teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado cultural de LEININGER e no Processo dos Quatro Erres – 4Rs – de TRENTINI E DIAS. O mesmo se deu em uma Associação de Diabéticos, com um grupo de doze clientes e dois profissionais durante o período de setembro de 1999 a março de 2000. Ao todo foram dezoito encontros, totalizando 36 horas de convivência. O marco conceptual fundamentou-se em minhas crenças e em alguns pressupostos de Leininger e também em seus conceitos de cultura, cuidado, ser humano, saúde, enfermagem e ambiente. O processo de formação do grupo – 4Rs- com suas fases de reconhecimento, revelação, repartir e repensar permitiu a coleta de dados para conhecer a realidade de vida do grupo, facilitou a assistência de enfermagem, de uma forma coerente, sem imposição cultural, fazendo com que o grupo planejasse, executasse e avaliasse a prática do cuidado. Os dados obtidos foram analisados seguindo o modelo do sol nascente. Seu uso é coerente e proporciona uma visão completa do mundo do cliente. O conhecimento das dimensões da estrutura social e cultural deu-se através do conhecimento das várias estruturas que compõem essas dimensões. Durante a caminhada, o grupo falou sobre os fatores tecnológico, educacional, político e legal, religioso e filosófico, familiar e social, expressou seus valores culturais e estilo de vida, proporcionando condições para se compreender os padrões e expressões de cuidados e ao mesmo tempo identificar quais as práticas que poderiam ser mantidas, negociadas e repadronizadas, para que se efetivasse o cuidado de enfermagem culturalmente coerente. A aplicação dessa metodologia é possível, efetiva e gratificante, mas o profissional que deseja implementá-la terá que inicialmente repadronizar seus valores, reconhecer o grupo como um instrumento de cuidado, dentro de uma nova perspectiva, onde não há quem só cuide ou quem só é cuidado.

ABSTRACT

In this research project the provision of care to a group of people with *diabetes mellitus* was provided and evaluated using the Convergent Assistencial model in which research and care are conducted simultaneously. The method was developed using LEININGER's Theory Culture Care Diversity and Universality and the four R's model put forward by TRENTINI and DIAS. The target group was drawn from the Diabetic Association of Concórdia and consisted of ten clients with two health professionals. The research was carried out between September 1999 and March 2000. A total of eighteen group meetings were held involving thirty six hours of contact time. The research framework was based on personal beliefs and some ideas of Leininger regarding culture, the nature of the care process, the human condition, health, nursing, and the environment. The process of forming a group based on the 4R's and its phases of recognition, revelation, release (sharing) and revaluation allowed the collection of data which facilitates an understanding of the reality of the lives of the group members. The group itself undertook the planning, running and evaluation of the care process thus facilitating the provision of cohesive care free of the cultural. The data obtained was analysed using the Sunrise Model of Leininger, which is intrinsically orientated towards a holistic vision of the life of the client. It was possible to identify the social and cultural factors underlying the structures and care practices identified in this model. During the process the group spoke of issues concerning medical processes, education, politics and the law, religion and philosophy, and family and society, thereby expressing their cultural values and lifestyle issues, making it possible to understand the patterns and expressions of care practices. At the same time it was possible to identify which practices could be maintained, and which to be negotiated or redesigned to allow effective and culturally appropriate nursing care. The application of methodology used in this project was feasible, effective and gratifying. However, the professional who desires to implement this model has to first redefine his values and recognise the group as an instrument of care within a new perspective where there is no defined carer nor person being cared for.

SUMÁRIO

I- INTRODUÇÃO	13
II- OBJETIVOS	19
2.1- OBJETIVO GERAL	19
2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
III- REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1- DIABETES MELLITUS	20
3.2- CULTURA.....	36
3.3- ESTUDOS DESENVOLVIDOS UTILIZANDO A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADALEINE LEININGER	44
IV- MARCO CONCEITUAL	52
4.1- INTRODUÇÃO À TEORIA DE MADALEINE LEINIGER	52
4.2- PRESSUPOSTOS	59
4.3- CONCEITOS.....	60
a) CUIDADO	64
b) CULTURA	65
c) SER HUMANO.....	67
d) SAÚDE.....	68

e) ENFERMAGEM	68
f) AMBIENTE.....	69
V- METODOLOGIA.....	71
5.1- DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	71
5.2- CONTEXTO DA PESQUISA.....	76
5.3- TÉCNICA DE PEQUENOS GRUPOS	78
5.4- ENTRADA NO CAMPO	83
a) PERMISSÃO.....	83
b) OS PARTICIPANTES	83
5.5- O PROCESSO	89
a) FASE DO RECONHECIMENTO	90
b) FASE DA REVELAÇÃO.....	91
c) FASE DO REPARTIR	92
d) FASE DO REPENSAR	93
5.6- REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS	94
5.7- SAÍDA DO CAMPO	96
VI- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	98
5.1- DIMENSÕES DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL	98
1- ESTILO DE VIDA E VALORES CULTURAIS	99
a) SENTIMENTO DO GRUPO EM RELAÇÃO A SER DIABÉTICO.....	99
b) CAUSAS DE DIABETES	103
c) COMPLICAÇÕES CRÔNICAS QUE MAIS NOS PREOCUPAM.....	109
2- ESTRUTURA FAMILIAR.....	113
3- FATORES ECONÔMICOS	117
4- FATORES RELIGIOSOS E FILOSÓFICOS.....	118
5- FATORES POLÍTICOS E LEGAIS	120
6- FATORES TECNOLÓGICOS.....	122

7- FATORES EDUCACIONAIS	125
5.2- SISTEMAS DE SAÚDE	127
1- SISTEMA PROFISSIONAL	127
a) ASSISTÊNCIA LABORATORIAL	130
b) ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	133
c) ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	135
- DIETA	137
- MEDICAMENTOS	139
- EXERCÍCIOS FÍSICOS	143
2- SISTEMA POPULAR.....	144
3- CUIDADO DE ENFERMAGEM	148
VII- CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
VIII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	161
IX- ANEXOS	171
9.1- ANEXO I	172
9.2- ANEXO II	173

LISTA DE FIGURAS

FIGURA I- MODELO DO SOL NASCENTE	63
---	-----------

LISTA DE TABELAS

TABELA I- CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO.....	88
---	-----------

I - INTRODUÇÃO

Segundo BRASIL (1993a), *diabetes mellitus* é uma condição crônica degenerativa caracterizada por anormalidades endócrino metabólicas, cujo elemento fundamental é uma deficiência absoluta ou relativa da função secretora de insulina pelo pâncreas e/ou por uma condição deficiente nos tecidos alvos. A mortalidade por *diabetes mellitus* no Brasil figura entre as principais causas de óbito, tendo seu índice ficado em torno de 16% do total de óbitos em 1996, fazendo que seja um dos principais problemas de Saúde Pública da atualidade (LIGA DE DIABETES, 1999).

Acredita-se que nas Américas, atualmente, existam quarenta e cinco milhões de pessoas com *diabetes mellitus* (GROSSI, 1998). Já faz algum tempo que as autoridades sanitárias alertam os governantes para as proporções que esta doença vem tendo, e há muito tempo vem se falando que a mesma é um problema de saúde pública e que está se tornando uma pandemia. A OMS estima que nos países em desenvolvimento sua incidência crescerá 170% até o ano 2025, e que o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo com onze milhões de adultos diabéticos (SILVEIRA, 1999).

Por ser uma condição crônica degenerativa as chamadas complicações crônicas tardias são motivos de repetidas hospitalizações, desemprego, aposentadoria precoce por invalidez, diminuindo a qualidade de vida das pessoas com esta condição e conseqüentemente de seus familiares.

Em relação a *diabetes mellitus*, dados do BRASIL (1993a), nos mostram que a doença vascular periférica atinge 10% dos diabéticos; que *diabetes mellitus* é a principal causa de cegueira adquirida, sendo que a probabilidade dos diabéticos se tornarem cegos é

de seis vezes mais que os não diabéticos; os diabéticos tem dezesseis vezes mais probabilidade de virem a sofrer uma amputação de membro inferior do que os não diabéticos da mesma idade; metade dos diabéticos apresentam hipertensão arterial, sendo acometidos mais freqüentemente por infecções renais e do trato geniturinário e que os diabéticos apresentam dezessete vezes mais probabilidade de desenvolverem doença renal terminal do que os não diabéticos de um mesmo grupo etário. Isso nos mostra claramente a magnitude do *diabetes mellitus* como um problema de saúde pública e o impacto que a doença causa e causará na qualidade de vida dos indivíduos com essa doença.

Tudo isso gera um custo social elevadíssimo, seja pelo gasto em hospitalização e principalmente pela diminuição da qualidade de vida, atingindo a sociedade como um todo, mas sem sombra de dúvida o maior ônus fica para os diabéticos e seus familiares, que terão de adaptar-se a nova realidade, ajustar-se a um novo estilo de vida e, principalmente encontrar alternativas para suprir as exigências do tratamento contínuo que essa condição exige, visto que o mesmo está alicerçado em uso de medicação contínua, dieta, exercício e educação, fazendo que essa parcela da população, que na sua maioria, sobrevive com um salário reduzido, tenham suas necessidades cada vez mais negligenciadas.

Os resultados do estudo multicêntrico sobre a Prevalência do *diabetes mellitus* no Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde em nove Capitais Brasileiras, demonstram que sua prevalência é de 7,6% na população acima de trinta anos de idade. Vários fatores tem contribuído para esta taxa, a industrialização, urbanização, a longevidade, o estresse cotidiano, como também a maior facilidade de diagnóstico, seja pelo acesso mais fácil ou de métodos mais simples. Embora de diagnóstico fácil e relativamente barato, no Brasil ainda encontramos cerca de dois milhões de indivíduos que desconhecem sua condição de diabéticos, e que provavelmente, muitos serão diagnosticados quando alguma complicação irreparável acontece (BRASIL, 1989). Esses dados nos mostram a fragilidade do Sistema Único de Saúde –SUS, que não consegue efetivar seu princípio de Equidade, garantindo a todo o cidadão Brasileiro o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Outro aspecto que preocupa as autoridades sanitárias e a mim como profissional de saúde é o abandono do tratamento por parte dos clientes que já tenham seu diagnóstico confirmado. Acredito que isso possa ocorrer devido a vários fatores a saber:

- Falta de habilidade dos profissionais que lidam com esses clientes, ora de forma autoritária ditando condutas e tratamento sem levar em conta as diferenças e dificuldades individuais, ora sendo displicentes a ponto de deixar transparecer para o cliente que sua taxa de glicose elevada é normal e que pode continuar assim;
- Dificuldade por parte dos clientes em adquirirem medicamentos, que na maioria é de uso contínuo e, como mencionado anteriormente, não encontram espaço em seu orçamento mensal, uma vez que a grande maioria desses são aposentados, recebendo um salário mínimo por mês, e que as Secretarias Municipais de Saúde não conseguem, porque não é prioridade ou por terem seus orçamentos limitados, suprir as unidades de saúde com esses medicamentos;
- A esperança por parte do cliente por curar-se seguida da frustração quando informado de que diabetes é uma condição crônica e que ele devera conviver com essa condição para sempre.
- A falta de apoio por parte de familiares e amigos que muitas vezes por ignorância ou sentimento de compaixão incentivam o diabético a não aderir a novas condutas, porque não entendem a razão de se deixar hábitos a tanto tempo adquiridos e na crença de que pequenos deslizes não farão mal algum;
- A dificuldade de adaptar o tratamento à sua ocupação, horários diversificados, profissões que dificultam, o medo de serem marginalizados e de perderem o emprego faz com que muitos escondam sua condição, afirmando que farão o tratamento após se aposentarem.

Faço essas afirmações baseada na minha experiência de quatorze anos junto a Associação dos Diabéticos de Concórdia. Durante todo esse tempo venho me questionando no que fazer para mudar esse quadro.

Constato no meu dia a dia as dificuldades dos clientes, e a minha frustração aumenta quando percebo que apesar dos meus esforços em ajudá-los no sentido de uma mudança de hábitos para adquirirem uma melhor qualidade de vida, isso não acontece.

Percebo também que quando questionados sobre os cuidados necessários em relação ao diabetes, a grande maioria sabe responder corretamente, todavia isso não significa que os façam.

O que fazer para mostrar ao cliente, que o melhor controle reduz nitidamente a incidência e a gravidade das complicações tardias?

Talvez minha atuação tenha sido um dos fatores contribuintes para que isso ocorra. Em todos esses anos tenho feito consultas de enfermagem repassando o meu conhecimento unilateralmente sem considerar o conhecimento, as experiências de cada cliente e, principalmente sem levar em conta a cultura dos mesmos.

Outro aspecto a ser considerado é a forma de abordagem que nós, profissionais da saúde temos em relação aos diabéticos, pois tivemos a nossa educação centrada na importância das curas das doenças, e quando nos deparamos com doentes crônicos, muitas vezes jogamos a responsabilidade do sucesso do tratamento para os mesmos, e sentimo-nos frustrados ao constatar que isso não acontece. Chegamos até mesmo, muitas vezes, a nos irritar ao perceber que apesar de todas as nossas orientações os clientes retornam sempre com os mesmos problemas e que aspectos importantes de seu tratamento são negligenciados.

Percebi que o cliente diabético tem dificuldades em aderir ao tratamento, pois isso implica em mudança de comportamento, mudança de hábitos que a muito tempo os acompanham, e que somente “jogar” a responsabilidade do êxito para eles é desumano, pois os mesmos necessitam do apoio e envolvimento dos profissionais e também de seus familiares e amigos.

Esses aspectos acima mencionados há muito vinham me inquietando, e agora como aluna do mestrado, tive a oportunidade de refletir sobre esta problemática e sobre o modo com que eu vinha praticando o cuidado com as pessoas diabéticas. Estas reflexões me levaram a acreditar que deveria mudar radicalmente a minha prática. O mestrado deu oportunidade de desenvolver um projeto de prática assistencial que para tal, optei por um referencial baseado na Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Leininger, por compactuar com suas crenças de que para que o cuidado de enfermagem seja coerente e se concretize é fundamental a valorização da cultura e crenças do grupo,

onde a enfermeira atue como facilitadora, para juntos construírem maneiras efetivas de cuidar-se (LEININGER, 1991).

Com o estudo da teoria de Leininger entendi que a assistência de enfermagem não deverá mais ser feita de forma rígida, mas levar em conta o contexto cultural do cliente, avaliando-se continuamente os objetivos com a participação da enfermeira e do cliente, para que esses objetivos sejam constantemente reavaliados e replanejados. Toda pessoa vive dentro de um contexto cultural e suas crenças, valores, percepções sobre doença, saúde, cuidado são influenciados por essa cultura, no entanto o significado que cada pessoa dá ao seu diabetes é pessoal. As experiências que o mesmo teve em relação a essa doença influenciam a sua atual conduta.

Acredito que a técnica de pequenos grupos favoreça oportunidades para a mudança de comportamento e que sirva de suporte para as manutenções ou as adaptações a novas situações (MUNARI e RODRIGUES, 1997). Esse processo é facilitado quando suas crenças e valores são compartilhados no grupo, e sendo gregário, o homem desde que nasce compartilha sua vida com outros seres humanos e no seu processo de viver sempre está em busca de melhores condições que o leve a uma vida mais saudável. Por isso optei por utilizar a técnica de pequenos grupos que leve ao cuidado cultural coerente.

A influência que o grupo tem no comportamento humano é fato aceito pelos cientistas sociais e vários estudos já foram realizados para se entender como esse processo se desenvolve, e como o mesmo pode ser utilizado para beneficiar o homem na sua vida diária (MAILHIOT, 1970. SILVERMAN, 1980. HARTFORD, 1983. FONSECA, 1988. RUDIO, 1991. BRYANT e GULITZ, 1993).

A primeira experiência de trabalho com grupos registrada na literatura especializada é a atividade feita pelo fisiologista americano Pratt, que fazia essa atividade a partir de 1905. Realizou sua atividade grupal em uma enfermaria com cinquenta indivíduos tuberculosos. Seu método mostrou excelentes resultados na recuperação dos doentes e está baseado na identificação dos doentes com o médico, compondo uma estrutura familiar-fraternal e exercendo o que se chama hoje de função contingente do grupo. Serviu de modelo para outras organizações similares que até hoje continuam com grande sucesso, como é o caso dos alcoólicos anônimos, e em grupos de auto-ajuda na área da saúde em geral (BARROS, 1997).

Apesar da prática de assistência a grupos ser antiga, somente a partir da década de oitenta é que a enfermagem brasileira a inicia de forma sistematizada. Uma das finalidades da assistência de enfermagem prestada através do grupo, é a de desenvolver o aprendizado do cuidado de si, fator de extrema importância para indivíduos com condições crônicas de saúde, mais especificamente para pessoas com *diabetes mellitus*, pois essa condição os acompanhará para o resto de suas vidas e a qualidade de vida dependerá muito de suas atitudes cotidianas.

Acredito que este estudo será de grande valia para os profissionais enfermeiros que praticam o cuidado com clientes diabéticos, pois este trabalho poderá servir de guia para que se crie outros grupos, atingindo assim um maior número de clientes. Outro aspecto relevante que espero alcançar com este trabalho é a mudança de metodologia de assistência de enfermagem que será desenvolvida na Associação dos diabéticos, pois as mudanças que certamente ocorreram em mim e nos outros profissionais envolvidos, atingiram todos os clientes, apesar de não fazerem parte do grupo.

Espero que este trabalho também propicie condições para a reflexão entre os docentes e profissionais de enfermagem que assistem pessoas em condições crônicas de saúde, fomentando o interesse pela pesquisa, e que seus resultados sirvam de suporte para que se melhore o conhecimento de enfermagem e, que também leve a uma nova abordagem no ensino onde os aspectos culturais, valores e crenças desses clientes, sejam levados em conta quando do planejamento do cuidado de enfermagem.

Acredito também que os clientes que participam desse tipo de atividade poderão ser multiplicadores de novos grupos e ajudar seus parceiros a conviverem de forma mais saudável.

II – OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GERAL

Conduzir um processo de reflexão sobre o cuidado com um grupo de pessoas com *diabetes mellitus* baseado na Teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado cultural de LEININGER.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ↳ Formar um grupo com pessoas diabéticas para o cuidado.
- ↳ Incentivar um processo de troca entre os participantes pelo dar-se a conhecer, pela revelação de experiências e pelo repartir saberes, costumes, valores e crenças.
- ↳ Refletir sobre maneiras saudáveis de lidar com situações cotidianas decorrentes ou não de *diabetes mellitus*.

III - REVISÃO DE LITERATURA

Nesta revisão de literatura abordarei três assuntos: *diabetes mellitus*, cultura e também sobre os trabalhos que usaram, como referencial teórico, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madaleine Leininger. Os temas estudados aqui são relevantes para esta pesquisa e têm por finalidade ajudar-me na elaboração do marco conceptual e posterior análise dos dados.

3.1 - DIABETES MELLITUS

A referência mais antiga que se tem conhecimento a respeito de *diabetes mellitus* está no papiro de Ebners, onde os Egípcios a 1500 a. C. o descreveram associado com a passagem de muita urina. Porém somente dois séculos após é que Aratalus da Capadócia deu o nome de diabetes e fez a primeira descrição clínica, caracterizando-o como o “derretimento da carne e membros em urina” (DELFINO e MOCELIN, 1997).

No século XVII Cullen acrescentou ao termo diabetes o adjetivo *mellitus*, a fim de distinguir a doença do *diabetes insípido*. No mesmo século (1796), Rollo propôs a restrição dietética no tratamento do diabetes, mas foi somente a partir do ano de 1921 que os grandes avanços científicos na área do diabetes conseguiram atingir o cliente, levando-o a uma maior sobrevida, pois foi a partir daí que Frederick Bating e Charles Best, identificaram a insulina (DELFINO e MOCELIN, 1997).

Entre 1950 e 1960 surgiram os primeiros antidiabéticos orais, e desde então os avanços não param, podendo citar a produção de insulina humana, a partir da

bioengenharia, que através da técnica do DNA recombinante, a reproduz, idêntica a produzida pelo homem, o transplante combinado de pâncreas e rins para os diabéticos tipo I e, recentemente o transplante de células de *Langerhaus* que vem se fazendo com sucesso nunca antes imaginado.

Até 1986, pouco se sabia do comportamento dessa doença no Brasil, sendo que a partir desse ano e até 1988 realizou-se o primeiro estudo multicêntrico sobre a prevalência do *diabetes mellitus*. Este estudo foi realizado em nove capitais brasileiras, o que permitiu traçar o perfil epidemiológico dessa doença, permitindo com isso que os programas governamentais de controle e prevenção estejam embasados em dados nacionais e não somente nas estatísticas internacionais.

Segundo CHANDRASOMA e TAYLOR (1993), as características clínicas do *diabetes mellitus* são decorrentes da falta de atividade insulínica, que faz com que não haja transferência de glicose do plasma para as células, conseqüentemente o organismo responde como se estivesse em jejum, com estimulação da glicogenólise, gliconeogênese e lipólise, produzindo corpos cetônicos. Com o acúmulo da glicose no sangue (hiperglicemia), a mesma começa a ser secretada pela urina (glicosúria), que provoca diurese osmótica, resultando no aumento de urina (Poliúria). A perda de líquido e a hiperglicemia aumentam a osmolaridade do plasma, estimulando o centro da sede, levando a polidipsia. A estimulação da degradação protéica para fornecer aminoácidos no processo da gliconeogênese resulta em consumação muscular e perda de peso.

As diferenças relevantes entre os tipos de *diabetes mellitus*, fez com que NATIONAL DATA GROUP – NDDG e a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, recomendassem a partir de 1979, a classificação dessa doença como segue: - *Diabetes mellitus Insulino Dependente* (DMID) ou tipo I; - *Diabetes mellitus não Insulino Dependente* (DMNID) ou tipo II; - *Diabetes mellitus Gestacional* (BRASIL, 1993a).

No diabetes tipo I os níveis plasmáticos de insulina estão baixos e os clientes dependem de aplicações diárias de insulina exógena. No diabetes tipo II, há uma diminuição da liberação da insulina, onde sua secreção basal é normal, porém a sua liberação pós-prandial está acentuadamente reduzida, não havendo o processamento normal da carga de carboidratos. Essa resistência insulínica pode ser causada por

receptores defeituosos nas células alvos, e pode estar associada à obesidade e a gravidez (CHANDRASOMA e TAYLOR, 1993).

A maioria dos clientes com diabetes tipo II mantém algum nível de secreção de insulina, não dependendo de seu suprimento exógeno para sobreviver, porém com o avanço da doença a resistência acentua-se e ocorre a chamada falha secundária, que pode ser consequência do peso acima do normal ou da não aderência ao tratamento e, conseqüentemente os níveis glicêmicos mantêm-se em patamares acima dos parâmetros desejados, sendo necessário a aplicação exógena de insulina para reverter esse quadro.

Ainda dentro da classificação do NDDG, são definidos dois grupos de indivíduos que têm tolerância normal à glicose, mas que possuem algum risco estatístico para o desenvolvimento futuro de *diabetes mellitus*, sendo: - Anormalidade prévia da tolerância à glicose e anormalidade potencial da tolerância à glicose (BRASIL, 1993a).

Dos indivíduos com *diabetes mellitus*, 10 a 20% tem diabetes tipo I, enquanto que o restante dos casos, ou seja, 80 a 90% são diabéticos tipo II (ROBBINS, 1994).

Apesar, de o *diabetes mellitus*, ser considerado como uma das principais doenças crônicas que afetam o homem, em todo o mundo e em todas as classes, suas causas ainda não estão claramente definidas.

Enquanto para o DMNID atribui-se como causas fatores hereditários e fatores ambientais como, alimentação inadequada, obesidade, sedentarismo, estresse, constatou-se que “o DMID é, na maioria dos casos de origem auto-imune, causado pela destruição das células B das ilhotas de *Langerhaus* pancreáticas num processo mediado por células T, sendo seu determinismo poligênico e multifatorial” (VOLPINI e TAMBASCIA, 1997, p.84).

Até 90% dos indivíduos com *diabetes mellitus* tipo I possuem anticorpos circulante contra células insulares quando testados dentro de um ano após ter sido feito o diagnóstico. Os vírus são apontados como causadores de DMID, sendo que as infecções virais implicadas incluem caxumba, sarampo, rubéola, vírus *coxsacki B* e mononucleose infecciosa. O cenário mais provável é que os vírus causem uma lesão das células *Beta* que é acompanhada por uma reação auto-imune contra as células *Beta* alteradas nas pessoas com susceptibilidade (ROBBINS, 1994).

Outro fator mencionado por esse mesmo autor no aparecimento do DMID é a falta de aleitamento materno, pois as crianças que ingerem leite de vaca no início da vida apresentam uma incidência mais alta dessa patologia que as crianças amamentadas em seio materno, e anticorpos para albumina sérica bovina estão presentes nos pacientes portadores dessa doença.

Isso nos mostra que a prevenção do *diabetes mellitus* tipo I deve iniciar nos primeiros anos de vida e, medidas efetivas devem ser realizadas para que toda a população tenha acesso ao programa de vacinação e, campanhas mais contundentes devem ser feitas para informar as mães da importância do aleitamento materno.

A OMS estima que nos países em desenvolvimento a incidência de *diabetes mellitus* crescerá 170% até o ano de 2025, em relação aos dados de 1995, enquanto que nos países industrializados seu crescimento ficará em torno de 41% (SILVEIRA, 1999). Acredita-se que esse aumento seja pelo aumento populacional, mudança nos hábitos alimentares, vida mais sedentária, estresse cotidiano, bem como pelo aumento da expectativa de vida.

Segundo esses mesmos dados, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo com onze milhões de adultos diabéticos, ficando atrás da Índia, China, Estados Unidos, Paquistão e Indonésia, Rússia e México, que estão empatados em quinto lugar.

Vários fatores tem contribuído para que essa doença tome essas proporções alarmantes, como dietas pouco saudáveis, urbanização, obesidade, sedentarismo, industrialização e o envelhecimento populacional.

Isso nos mostra claramente a magnitude do *diabetes mellitus* como um problema de saúde pública e o impacto que a doença causa e causará na qualidade de vida dos indivíduos com essa doença.

O desenvolvimento da ciência médica, o envelhecimento da população brasileira e o aumento da prevalência de *diabetes mellitus*, junto com o aumento da esperança de vida dos diabéticos têm resultado em um grande aumento dos indivíduos com as complicações crônicas dessa doença.

Para GUYTON (1988), as conseqüências do *diabetes mellitus* pode ser atribuída a três fatores: - Utilização diminuída da glicose pelas células sanguíneas, com um aumento

resultante da concentração de glicose no sangue de até 300 a 1.200 mg por 100 ml; - Mobilização de gordura muito aumentada das áreas de reserva, causando um metabolismo lipídico anormal e especialmente deposição de lipídios nas paredes vasculares, levando a aterosclerose; e - Depleção das proteínas nos tecidos do corpo, causada em parte pela insuficiência da glicose e em parte pela perda do efeito direto da insulina, promovendo o anabolismo protéico.

Além das complicações crônicas, o diabético está sujeito as chamadas complicações agudas, que na sua maioria são urgências médicas que necessitam de hospitalização para o seu tratamento, daí a importância da educação em saúde como cuidado de enfermagem para a detecção precoce de sua sintomatologia e conseqüente controle.

Há três modalidades distintas de complicações agudas do *diabetes mellitus*: cetoacidose diabética (CAD), coma hiperosmolar não cetótico (CHNC) e hipoglicemia.

~ A cetoacidose diabética é uma forma extrema de descompensação acometendo geralmente diabéticos insulino dependentes e sua mortalidade é de 6 a 10%, sendo que sua ocorrência se dá principalmente em indivíduos sem diagnóstico prévio de diabetes. Suas principais causas, que se superpõem às da insulinopenia são infecção aguda, tratamento interrompido ou inadequado, pancreatite aguda, estresse emocional, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Seu quadro clínico consiste de náuseas, vômitos, dor abdominal, rubor facial, poliúria, taquicardia, taquipnéia, hipotensão, hálito cetônico e alterações do sensorio que pode variar do torpor até o coma (BRASIL, 1993a).

Já o coma hiperosmolar não cetótico, acomete geralmente indivíduos não insulino dependentes que possuem um certo comprometimento da função renal. Sua mortalidade é de cerca de 50% (BRASIL, 1993a). Apesar dos níveis elevados de glicemia, podendo estar acima de 600 mg por 100 ml, não há liberação de cetona, devido a utilização da insulina circulante. Esta hiperglicemia extrema provoca diurese osmótica e acentuada depleção de líquidos, aumentando a osmolaridade plasmática levando a uma desidratação profunda (DRURY, 1979).

A complicação aguda que acomete tanto indivíduos com diabetes tipo I e tipo II é a hipoglicemia, pois sua instalação não representa uma complicação direta do diabetes, mas

sim uma complicação da terapia. Geralmente está associada ao tratamento com insulina, alimentação inadequada quanto a quantidade e horário, por excesso de exercício físico, mas pode ocorrer também em clientes com uso de sulfoniluréias, principalmente se forem debilitados, mal nutridos ou com insuficiência renal ou hepática (BRASIL, 1993a). Quando detectada precocemente, a hipoglicemia, não traz maiores conseqüências, podendo ser tratada em casa. Por isso a importância da enfermagem orientar os clientes de sua sintomatologia de instalação que consiste em sudorese, taquicardia sensação de fome intensa e dormência na língua e lábios. Ao sentir esses sintomas o diabético deve ser orientado a ingerir um carboidrato de rápida absorção, podendo ser desde uma bala até um copo de água com açúcar.

As complicações crônicas decorrentes do *diabetes mellitus* são causas de freqüente hospitalização, gerando um custo social muito alto, sem falar na perda da qualidade de vida, pois as mesmas podem levar a cegueira, insuficiência renal, amputações de membros inferiores e doenças cardiovasculares.

A microangiopatia diabética é uma das complicações crônicas mais importantes do *diabetes mellitus*, e é representada principalmente pela retinopatia e pela nefropatia diabética (CHANDRASOMA e TAYLOR 1993).

A retinopatia diabética está presente em cerca de 50% dos diabéticos insulino dependentes, após dez anos da doença, aumentando para 80% após quinze anos de curso da doença (BRASIL, 1993a).

Um dos empecilhos para a prevenção da retinopatia diabética é que a mesma não causa sintomas visuais antes de atingir estádios bem avançados, aparecendo somente nas fases irreversíveis. Sendo assim seu tratamento deve ocorrer antes que os sintomas apareçam, daí a importância da enfermagem em orientar e encaminhar os clientes para o exame periódico do fundo do olho, e a responsabilidade das autoridades de saúde em proporcionar condições para que todos os diabéticos tenham acesso a esse atendimento.

A doença renal do diabetes atinge 50% dos diabéticos do tipo I após um período médio de vinte anos com a doença. Já os diabéticos do tipo II são atingidos em menor escala por esta complicação, observando-se uma prevalência de 5 a 10% para insuficiência renal após vinte anos do diagnóstico (BRASIL, 1993a). Sua instalação é progressiva. Na

fase inicial que dura aproximadamente dez anos, ocorre um aumento na taxa de filtração glomerular, com microalbuminúria que não pode ser detectada por exames laboratoriais de rotina. Nessa fase as lesões são ainda reversíveis se houver correção da glicemia. No entanto se esse quadro não for corrigido, culmina na insuficiência renal terminal (DRURY, 1979).

Evidencia-se mais uma vez a responsabilidade dos profissionais que assistem esses clientes na prevenção dessa complicação. Além da interação enfermeiro-cliente, para que se possa estabelecer um vínculo de confiança e cooperação na aderência ao tratamento através da participação efetiva do diabético no planejamento do mesmo, medidas concretas devem ser tomadas e, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993a), recomenda a realização anual do exame de urina com cultura, da determinação da proteinúria de 24 horas e da função renal como métodos para a detecção precoce da insuficiência renal.

A macroangiopatia é a aceleração do processo de aterosclerose das grandes artérias que se observa nos clientes diabéticos. Ela acomete, principalmente, os territórios coronário, cerebral e das extremidades inferiores, mas pode ocorrer em qualquer outro setor de circulação distal do organismo (CHANDRASOMA e TAYLOR, 1993).

O infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral representam as causas mais comuns de morte em diabéticos, sendo que o risco de morte por doença isquêmica do coração é o dobro do esperado em relação a população não diabética (BRASIL, 1993a).

Para este mesmo autor a neuropatia diabética raramente é determinante da causa *mortis* em diabéticos, porém ela é a mais prevalente das complicações crônicas. Cerca de 40 % dos clientes têm algum tipo de neuropatia, contribuindo em grande parte para a incapacidade que ocorre nas fases avançadas da doença. Suas manifestações são a bexiga neurogênica, hipotensão postural e impotência sexual.

Outra complicação crônica muito comum em diabéticos e que afeta significativamente a qualidade de vida desses indivíduos são as úlceras diabéticas, fazendo com que as amputações em membros inferiores sejam 50% mais frequentes em diabéticos do que em não diabéticos (GROSSI, 1998).

É sabido que as úlceras diabéticas são desencadeadas por neuropatia, doença vascular periférica e infecções, e que o risco para essas complicações depende da duração e severidade da hiperglicemia durante os anos da doença.

Por isso mesmo a assistência de enfermagem à esses clientes deve incluir a avaliação criteriosa da incapacidade de manutenção da integridade cutânea, para que medidas de adequação e prevenção sejam prontamente tomadas. Outro fator importante na prevenção dessas complicações são ações para manter o controle glicêmico, a normalização do perfil lipídico, o controle da obesidade e a abolição do fumo (GROSSI, 1998).

Outra medida relativamente simples para a prevenção específica nas úlceras diabéticas é a educação para o cuidado diário dos pés. Medidas como higiene, uso de calçados apropriados e exercícios físicos, reduzem significativamente essas complicações e, conseqüentemente reduziria o número de amputações de membros inferiores. Em um estudo feito por GAMBÁ (1998), em um hospital escola do Município de São Paulo, identificou-se que dos oitenta e quatro clientes que sofreram amputações de membros inferiores no ano de 1996, cinquenta (66,3 %) eram diabéticos. Observou-se também que a grande maioria não realizava tratamento e ou cuidado adequado, demonstrando novamente que este tipo de complicação poderia ter sido prevenido com cuidados apropriados de saúde.

O tratamento do *diabetes mellitus* está alicerçado na dieta, exercícios, uso correto da medicação e educação.

Os esquemas terapêuticos incluem o uso de hipoglicemiantes orais ou insulina, dependendo do grau de deficiência da produção de insulina. Assim, a deficiência discreta pode ser tratada apenas com dieta, a compensada com hipoglicemiante oral e a não compensada com insulina.

Seja qual for o esquema terapêutico de escolha, seu objetivo é aproximar o doente dos parâmetros considerados adequados ou seja: - ausência de glicosúria; - glicemia de jejum inferior a 110 mg/dl; - outras glicemias pré-prandiais inferiores a 140mg/dl; - glicemias pós-prandiais inferior a 180mg/dl e hemoglobina glicosilada dentro da faixa de normalidade, que é de 6,3 a 8,6 (BRASIL,1993a).

Esta é uma meta de difícil alcance, uma vez que não leva em conta as diferenças das condições físicas e psíquicas dos clientes, sendo a dieta, sem dúvida o item mais difícil de se seguir corretamente.

Na nossa cultura o alimento desempenha vários papéis, além de atender as necessidades nutricionais, freqüentemente, encontra-se no centro das atividades sociais. Muitas vezes o alimento é utilizado como recompensa, como meio de expressar afeto ou como forma de auxílio para lidar com o estresse. Tudo isso torna mais difícil a aceitação do regime alimentar (BANTLE, 1995).

Outro fato relacionado com o tratamento dietético é que, aproximadamente 80% das clientes com diabetes tipo II encontram-se acima do peso. A perda do peso é o objetivo terapêutico mais importante para tais indivíduos e, quase sempre, resulta em redução da glicemia. Porém acreditar que a obesidade é resultante de gluttonia é simplista, pejorativa e, quase certamente incorreta. Estudos comprovam que os fatores genéticos são mais importantes que os ambientais, na determinação do peso. A causa ou causas da obesidade continuam incertas, os métodos convencionais de tratamento da obesidade geralmente não são eficazes. Mesmo assim é importante recomendar uma dieta de redução de peso, caloricamente restrita, para clientes diabéticos do tipo II obesos. Os bem sucedidos são indivíduos com grande força de vontade, que estão preparados para o compromisso de um novo estilo de vida, com melhores hábitos dietéticos, para a vida toda (BANTLE, 1995).

A preocupação com a educação do cliente diabético para que se adquira um novo estilo de vida, há muito tempo está presente entre os profissionais que assistem esses indivíduos.

Segundo ISLA, LOPES e VALLS (1997), o primeiro livro sobre diabetes dirigido ao cliente e sua família foi publicado em 1919, nos Estados Unidos por Joslin. Porém foi a partir da comercialização da insulina que se criou a enfermeira educadora, responsável pelo treinamento e acompanhamento do cliente para adaptar-se a nova situação e continuar o tratamento em seu domicílio.

Esta preocupação permanece até hoje, e vários são os manuais usados nos programas de assistência a esta clientela. ZAGURY, ZAGURY e GUIDACCI (1987),

HENDRIKX (1990), ROCHA (1993) e (BRASIL, 1993b) enfatizam em seus manuais a necessidade do cliente conhecer a patologia para poder compreender o cuidado e, estimulam os mesmos a compartilharem suas preocupações com seus pares.

Um estudo realizado por TRENTINI, SILVA e LEIMANN (1990), constatou que mudanças no estilo de vida são enfrentadas por clientes em condições crônicas de saúde. Essas mudanças ocorreram logo após o diagnóstico, pois todos os clientes do estudo mencionaram que passaram a fazer e ou se preocupar com algo mais em suas vidas. A nova situação lhes impôs novas tarefas tais como: fazer regime de tratamento, conhecer a doença e saber lidar com os incômodos decorrentes da situação crônica.

Por isso mesmo a educação em saúde para indivíduos com *diabetes mellitus* não deve ter caráter normativo, mas deve ser um processo contínuo que os leve a ter uma atitude responsável e crítica da realidade que está vivendo e, que os leve a maneiras efetivas de cuidar-se. “A metodologia utilizada deve favorecer o aprendizado do diabético e de sua família e não a mera informação, deve produzir mudanças nos seus conhecimentos, mas também na forma de pensar, de sentir e de agir” (ISLA, LOPES e VALLS, 1997, p.52). E sem dúvida uma das formas de se concretizar este objetivo é a educação em saúde através de grupos convergentes. Quando o grupo é o cenário do cuidado, confronta-se o saber popular e o saber científico, e esse confronto deve acontecer de maneira que resulte em uma harmonia dinâmica onde todos possam interagir para que possam escolher e decidir qual o caminho a seguir.

A prática do cuidado deve ser fundamentada num processo interativo de diálogo, na troca de idéias centrado na reflexão dos saberes que compõem os universos culturais do profissional e dos clientes, só assim haverá a possibilidade de transformação de ambos (PATRÍCIO, 1992).

A área pioneira na modalidade de assistência de enfermagem a grupos, no Brasil, é a saúde pública, com os relatos de VARGAS (1983), sobre a educação em saúde a grupo de obesos; LINDHOLM (1984), sobre o cuidado do lactente a um grupo de mães; CORREA e GEBERA (1984), sobre higiene dentária; MARTINS e MORETTO (1985), sobre educação em saúde para adolescentes e, de ALCANTARA e GONÇALVES (1984), com crianças diabéticas em uma colônia de férias.

Ao analisar os trabalhos descritos pelos profissionais, constata-se que nesta época a preocupação relacionava-se com a educação para o auto cuidado, educação esta feita de forma tradicional, como se o cliente estivesse freqüentando um curso regular de ensino de primeiro ou segundo grau. A mesma era feita de uma forma linear, sem levar em conta as características individuais de cada um e, com clientes diabéticos não foi diferente, como demonstrado nos trabalhos abaixo relacionados.

ROCHA (1984), relata sua experiência no atendimento ao diabético, desenvolvido no hospital da Previdência de Minas Gerais. Os clientes eram atendidos por uma equipe multiprofissional que procuravam fornecer aos mesmos técnicas e motivação para o autocontrole. No período de junho de 1982 a fevereiro de 1984, foram inscritos neste setor quinhentos e oitenta clientes. Desses 42% receberam orientação de enfermagem quanto: a noções de hipoglicemia e como tratá-la. A autora conclui dizendo que o programa é eficaz, pois reduziu-se o número de internações dessa clientela e, também pela reavaliação do aprendizado feito nos retornos dos clientes.

No artigo elaborado por SILVEIRA (1985), a autora procura transmitir sua experiência de enfermeira na assistência ambulatorial a crianças diabéticas, do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas de São Paulo. Neste são descritas as particularidades e perspectivas de um modelo prático para o controle da aplicação de insulina domiciliar. A autora enfatiza a utilização do calendário mensal para controle da aplicação da insulina domiciliar.

SILVA (1985), relata a experiência com clientes diabéticos de um programa do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A população atingida constou de cento e dezenove clientes, inscritos no programa no período de junho de 1983 a junho de 1985. Os clientes eram divididos em dois grupos e, as atividades desenvolvidas no programa eram : reuniões de grupos coordenada por uma enfermeira, com o objetivo de orientar os clientes sobre a doença, incentivo ao auto-cuidado, colheita de material para exames, rotinas hospitalares, imunizações e agendamento para as aulas. Após a reunião de grupo, os clientes eram encaminhados para a consulta médica e consulta de enfermagem. A autora relata que se observava dificuldade de retorno por parte dos clientes e desinteresse dos mesmos em participar dos grupos ou aulas.

PAIVA et al (1986), fizeram um estudo exploratório, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Fortaleza, com um grupo de clientes diabéticos, com o objetivo de identificar as necessidades desse grupo em relação a ações educativas. Segundo as necessidades identificadas foi elaborado e implementada uma orientação sistematizada para tornar o cliente auto-suficiente.

A proposta de COSTA e LIMA (1988), de um programa de orientação para a pessoa diabética e sua família, fundamentava-se numa abordagem humanitária e compreensiva da pessoa que em sua trajetória de vida experiencia uma doença crônica e incurável, que sujeita seu portador a complicações debilitantes bem como a contratemplos constantes. Este modelo de orientação tinha quatro níveis de ação: - treinamento de habilidades básicas; - curso básico; reunião de acompanhamento e estímulo e, curso avançado.

Ao fazer esta pequena retrospectiva de alguns trabalhos feitos na década de 80, não poderia deixar de mencionar a criação do NUCRON – Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde- da Universidade Federal de Santa Catarina, em 1987, com a finalidade de desenvolver conhecimento acerca da saúde de pessoas em condições crônicas. Este núcleo se tornou um marco e, atualmente é referência nacional para a profissão de enfermagem no que se refere a este tema. A partir de 1992, iniciou com um processo de formação de grupos de convivência, constituídos por clientes e profissionais com o propósito de criar elos de comunicação entre pesquisa-ensino e assistência. Desde o início, a preocupação com a qualidade de vida das pessoas em condição crônica de saúde, têm sido uma constante para esse grupo de profissionais e, as pesquisas que emergiram apontam para as mais diversificadas áreas das situações crônicas, como hipertensão, diabetes, ostomizados, renais crônicos entre outros. A formação de grupos de convivência com o objetivo de assistência, pesquisa e ensino gerou uma nova tecnologia de assistência de enfermagem denominada por TRENTINI e GONÇALVES (2000) de grupos convergentes, na qual ao mesmo tempo em que se cuida, se ensina e se pesquisa, concretizando seu objetivo inicial.

Nos anos 90, observa-se que os profissionais enfermeiros que assistem os diabéticos além de estarem preocupados com o auto-cuidado, fator muito importante para o portador de qualquer condição crônica de saúde, preocupam-se também, com os aspectos

cotidianos da vida desses indivíduos e, enfatizam a importância de vê-los como um todo e, a partir daí planejarem a assistência de enfermagem, isso está evidente nos trabalhos que passarei a relatar.

O estudo realizado por TRENTINI et al (1990), com o objetivo de verificar a qualidade de vida de indivíduos com doenças crônicas e *diabetes mellitus*, teve como amostra noventa e quatro clientes, sendo sessenta e quatro com doenças cardiovasculares e trinta com diabetes. A qualidade de vida neste estudo abordou três aspectos: 1- capacidade funcional (física, social, intelectual e emocional); 2- percepções com relação ao estado de saúde e satisfação com a vida; 3- sinais e sintomas provocados pela doença crônica, outras doenças e tratamentos. A coleta de dados foi feita através de dois questionários, um destinava-se a coletar informações referentes ao nível de instrução, sexo, estado civil, diagnóstico médico, profissão, residência, data de nascimento, sinais e sintomas. O segundo questionário destinava-se a medir a qualidade de vida de indivíduos com doenças crônicas quanto a capacidade funcional de se auto cuidar e percepções. As autoras concluíram com base nos dados obtidos que, em relação a função física, percepção quanto a saúde e satisfação com a vida, os clientes com doenças cardiovasculares mostraram melhores condições de vida quando comparados com clientes com *diabetes mellitus*.

O estudo realizado por MARTINS et al (1996), teve como objetivo identificar o significado de qualidade de vida para pessoas com doença crônica e verificar a interferência da doença sobre a qualidade de vida das mesmas. Foram entrevistadas setenta e uma pessoas, através de um roteiro com questões abertas e fechadas. Os diagnósticos mais frequentes foram hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. Segundo as autoras o significado de vida para as pessoas entrevistadas relacionou-se principalmente ao bem estar material, ao bem estar físico e ao bem estar emocional. A doença crônica interferiu na qualidade de vida das pessoas por alterar, sobretudo, a sua capacidade física, o trabalho, estudo, atividades do lar e a auto estima. Com base nestes dados as autoras enfatizam a importância de se considerar a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida na assistência de enfermagem a clientes com doenças crônicas.

Estudo similar foi feito por SOUZA et al (1997), em ambulatórios de um Hospital Geral de Ensino do Município de São Paulo. Este estudo teve os seguintes objetivos: 1- Identificar o significado de qualidade de vida para a pessoa diabética; 2- Reconhecer em

que aspectos de sua vida o diabetes causou maior influência; 3- Identificar o seu grau de satisfação com a vida. Participaram do estudo quarenta e seis clientes diabéticos, adultos, de ambos os sexos. As informações foram obtidas por meio de um formulário. Após a análise dos dados as autoras concluíram que para os diabéticos, ter qualidade de vida significa principalmente ter bem estar físico, ter estabilidade sócio-econômica, ter bem estar psico-emocional e espiritual. O lazer e a auto estima foram também pontos significativos. Os aspectos mais afetados pela presença do diabetes, foram trabalho/estudo/atividades do lar, capacidade física e relacionamento familiar. “A limitação física e a necessidade de ausentar-se ou sair mais cedo do trabalho, foram as formas mais referidas de influência sobre o aspecto trabalho/estudo/atividade do lar” (p.159). A interferência na capacidade física ocorreu pela diminuição, cansaço físico, enfraquecimento, fraqueza e desânimo. Em relação ao grau de satisfação com a vida, a maioria dos entrevistados considerou-se satisfeita ou muito satisfeita. “Ser diabético significa vivenciar uma profunda transformação em seu mundo, aprender a viver com certas limitações e com situações que exigem domínio físico e psíquico de si mesmo” (p.160).

Outro trabalho feito com a preocupação de proporcionar uma melhor qualidade de vida para diabéticos, foi o realizado por PROCHNOW (1998). Após a análise interpretativa do referencial teórico de abordagem humanística, a autora concluiu que a pessoa diabética é capaz de levar uma melhor qualidade de vida pela valorização de seu potencial, a despeito das circunstâncias advindas de sua condição de portador de diabetes. A autora faz uma reflexão das ações e interações, repensando o cotidiano a partir do vivido, salienta os aspectos assistenciais, educativos e éticos, demonstrando a utilidade deste estudo no fortalecimento da construção do saber em enfermagem e conseqüentemente na assistência prestada ao cliente diabético.

TEIXEIRA (1996), estudou as representações culturais e populares sobre saúde, doença e auto-cuidado, através de análise dos discursos de portadores de *diabetes mellitus*. Para isto foram realizadas trinta e duas entrevistas e vinte e seis horas de observação participante com sujeitos portadores de *diabetes mellitus*, que participavam de um grupo educativo de um Hospital Universitário localizado no município do Rio de Janeiro. O autor analisou as seguintes categorias: 1- **Saúde Doença**- A representação de saúde para

este grupo, aparece como a disposição para cumprir tarefa, disposição para a vida ligada às atividades cotidianas. O Diabetes é visto como doença do sangue doce, considerada uma doença limpa, não sendo contagiosa e não gerando estigmas. É representada como uma entidade feminina, permitindo aos seus portadores tratarem-na como ela, amiga ou inimiga.

2- práticas populares de cuidados com a saúde – Observou-se a utilização de simpatias, para transferir a doença para um determinado objeto e, a ingestão de ervas amargas para combater o açúcar no sangue. **3- Representações sobre o auto-cuidado-** O cuidado foi relacionado à figura do médico e de modo secundário à do enfermeiro. Os entrevistados conhecem os cuidados empregados e apontam um ideal a ser atingido. Todavia, suas condições de vida levam-no a criar adaptações e até mesmo a não se cuidar.

Outro estudo que gostaria de comentar nesta revisão bibliográfica, foi o estudo etnográfico feito por GONZALES (1995). O objetivo da autora foi o de conhecer a experiência do cliente diabético que vivência o fenômeno saúde-doença em um ambulatório da cidade de São Paulo. A autora concluiu, após a análise dos dados, que o tema central para este grupo foi: **A doença veio para ficar**; e dois subtemas: **Sorar é muito difícil** e **Eu gosto de vir aqui**. Os sujeitos desta pesquisa descrevem diabetes como sendo “perigosa, impossível, exasperante, que ataca e desequilibra tudo, invade chegando para ficar...”. A autora conclui dizendo que o método etnográfico utilizado neste estudo, proporcionou condições para se conhecer as dimensões do fenômeno estudado. A observação participante e a entrevista etnográfica permitiram uma compreensão mútua das percepções, contribuindo para que o profissional entendesse a visão do mundo dos clientes.

O recente estudo feito por SILVA (2000), teve como objetivo compreender como as pessoas constroem a experiência de viver com *diabetes mellitus*. É um estudo qualitativo, inspirado no pensamento interpretativista de Glifford Geertz e Arthur Kleinman. Os dados foram colhidos através de entrevistas e narrativas com vinte pessoas que possuíam uma longa vivência com a doença. Com a análise das narrativas a autora constatou que ao reconstituírem suas vivências as pessoas apresentam o diabetes como doença complexa, difícil de conviver, que infiltra-se em suas vidas, trazendo conseqüências ruins e ameaçando o futuro. É uma doença que pode vir do corpo, vir da família ou ser decorrente da alteração de um órgão. Pode vir do sobrenatural, sendo um carma ou desejo de outra pessoa. O tratamento e o cuidado são realizados pelos três

subsistemas de saúde: profissional, familiar e popular. Segunda a autora o estudo revelou cinco diferentes modos pelos quais as pessoas constroem a experiência de viver com o diabetes: 1- Viver sem prazer; 2- Viver mantendo o diabetes sob controle; 3- Viver na esperança de uma vida melhor; 4- Viver em conflito e, 5- Viver como se não tivesse diabetes. A autora afirma que o “*diabetes mellitus* e seus significados são elaborados pelas pessoas no percurso do seu processo de viver e podem diversificar de acordo com suas experiências pessoais e culturais”, por isso mesmo o enfermeiro deve utilizar-se do conhecimento da biomedicina como instrumento para a promoção de um viver mais saudável, mas não deve esquecer dos conhecimentos que devem ser adquiridos das outras áreas do Sistema de Cuidado de Saúde, orientado, especialmente, pela experiência de quem vive com diabetes.

A literatura internacional, sobre estudos da incidência de *diabetes mellitus*, apresenta-se preocupada com o aumento desta patologia entre a população nativa, preocupação esta muito bem justificada pelos estudos de WEISS et al (1989), GARRO (1995), HUNT, VALENZUELA e PUGH (1998) , onde concluem que *diabetes mellitus* está se tornando uma epidemia entre a população indígena, sendo que em certas tribos americanas, após os trinta e cinco anos, 50% da população é diabética. O fato de não haver diabetes entre esta população há alguns anos atrás, constatando-se, inclusive, a ausência de um termo que designe a referida doença e, os mesmos a considerarem uma “doença do homem branco” e, também o fato desta população ser acometida por diabetes tipo II, faz com que os pesquisadores concluam que o seu surgimento esteja ocorrendo principalmente pela mudança de hábitos de vida, especialmente no que se refere ao hábito alimentar.

FILHO (2000), constatou que o *diabetes mellitus* ocorre entre os índios brasileiros Caripuna, Palikur e Galibi, que habitam as proximidades do rio Oiapoque, evidenciando-se com mortes precoces e amputações de membros inferiores. Segundo este autor, há vinte anos atrás não havia nenhum caso de diabetes entre os índios Xavante e, atualmente estão diagnosticados e sendo tratados quinze índios, alguns necessitando inclusive de insulina. Os mesmos eram delgados, tornando-se gordos ou obesos pelas modificações alimentares introduzidas pelos projetos governamentais do arroz beneficiado de absorção rápida, mecanização do cerrado e, também pelo grande consumo de hidratos de carbono de absorção rápida, modificando seus hábitos de consumo de fibras e vegetais, que diminuiu

drasticamente após a implantação desses programas. Outro fator citado como colaborador do surgimento de diabetes entre esta população é o uso de caminhões e carros para seus deslocamentos, tornando-os sedentários. Além do diabetes estar presente nestas tribos, estudada por este pesquisador, o mesmo afirma existir casos dessa doença entre os Guarani e os Terena.

Por tudo isso mencionado anteriormente, e até que a ciência médica não encontre a cura para esta patologia, os profissionais da saúde e, principalmente os enfermeiros que assistem os diabéticos, devem estar comprometidos com seus clientes no sentido de ajudá-los a adquirirem uma melhor qualidade de vida, compartilhando com eles seus saberes e levando em consideração os saberes, crenças e costumes dos mesmos para juntos construírem a metodologia de cuidado.

3.2 - CULTURA

Ao me debruçar sobre este tema, a primeira conclusão que cheguei, e com certeza não é só minha, é que o termo cultura pode ser usado de diversas maneiras, tendo portando muitos significados e, que quando estudado sobre a perspectiva da antropologia cultural, objetivo desta revisão, torna-se um tema muito complexo. Tão complexo como tentar definir o Ser Humano – muitas são as opiniões e linhas de pensamento, muitas vezes uma contradizendo a outra.

CALDAS apud MONTICELLI (1994a), afirma que cultura foi estudada sob a abordagem antropológica, sociológica e psicológica, mas no entanto, ainda não se chegou em um consenso sobre o seu conceito. MOLES (1975), diz que são vários os conceitos, chegando a existir mais de 250 definições para este termo tão complexo.

Uma compreensão exata do conceito de cultura significa a compreensão da própria natureza humana, tema perene da incansável reflexão humana (LARAIA, 1986).

O homem já foi muito estudado e ainda é, em relação a sua estrutura orgânica e, nos últimos anos, com o reconhecimento da antropologia cultural como uma disciplina autônoma proporcionou-lhe a característica de dedicar-se ao estudo do comportamento dos indivíduos, que são relevantes da cultura a qual pertence (LAPLANTINE, 1991). A antropologia cultural se propõe a descobrir quem é o homem não através do estudo de sua

estrutura física ou de suas faculdades espirituais, mas mediante o exame de seus feitos culturais.

Desde a antigüidade até a era atual nos deparamos com feitos extraordinários do homem, cidades, estradas, canais, pontes, ferrovias, instrumentos musicais, obras de arte de todos os gêneros, línguas, poemas, teatro, jornais, ritos, religião, sistemas políticos, instituições civis entre outros. O homem tenta buscar respostas sobre sua natureza e seu destino ao estudar tais obras (MONDIN, 1980).

O termo cultura, deriva do latim *colere* – cultivar que, originalmente significa o cuidado e aperfeiçoamento das aptidões propriamente humanas para além do mero estado natural - cultura como formação do espírito. Nos séculos XVII e XVIII estendeu-se o conceito de cultura também para aquilo que o homem acrescenta à natureza, quer em si mesmo, quer em outros objetos - cultura como suma de bens culturais (BRUGGER, 1977).

Como elemento independente, a cultura parece ter surgido em oposição à palavra *natura* –natureza (MONTICELLI, 1994a). A natureza é tudo o que é, ou seja, tudo o que existe antes que o homem faça alguma coisa. Oposto a isso, a cultura é tudo aquilo que o homem adquire, ou mesmo produz, com o uso de suas faculdades. Sendo assim, a natureza é o dado originário que foi posto à disposição do homem. Ao contrário, cultura é tudo aquilo que o homem extrai desse dado original, mediante a sua iniciativa e criatividade (MONDIN, 1980).

O Conceito de cultura sempre envolveu uma discussão em si mesmo sobre seu significado e aplicação. LARAIA (1986), afirma que por muito tempo acreditou-se que a diversidade cultural devia-se a fatores externos e inatos determinantes: 1- aspectos geográficos, que influenciam no comportamento de um grupo em seu habitat; 2- aspectos biológicos, que atribuem capacidades específicas características de cada raça. Segundo este autor no determinismo geográfico, um grupo sofreria influências do ambiente em que vive e essas influências os obrigaria a adaptar seus costumes e comportamentos segundo as características de seu habitat. Esta premissa foi refutada , através de observações de vários cientistas sociais em que se constatou que grupos distintos que vivem em ambientes semelhantes comportam-se de modo distinto, cada um de maneira própria e lidando com a natureza de maneira distinta. O determinismo biológico defende a idéia de que características inatas dos indivíduos de um mesmo grupo os levaria a uma construção

cultural única e marcante. O comportamento coletivo e as regras sociais seriam atributos biológicos. Idéia essa não sustentada diante de uma experimentação simples: um recém nascido Chinês que convive somente com um grupo indígena até a sua vida adulta, adquirira a cultura deste grupo, independente de sua origem biológica.

Podemos concluir, que cultura não é determinada somente por fatores externos ou inatos. Eles podem até influenciar em algum grau, mas a cultura é uma manifestação inerente à dinâmica humana, ela é moldada pelas relações do grupo.

LARAIA (1986), ao referir-se sobre a origem da cultura, aborda as idéias de Claude Lévi-Strauss e Leslie White. Para Lévi-Strauss, a cultura surgiu quando o homem desenvolveu a capacidade de convencionar a primeira regra, a primeira norma. Acredita que a primeira convenção adotada pelo homem foi a proibição do incesto, padrão comportamental presente em todas as sociedades humanas. Leslie White, por sua vez, vê na propriedade do homem em criar símbolos o ponto de origem da cultura, considera que a passagem de estado animal para o humano ocorreu quando o cérebro do homem foi capaz de gerar símbolos. Reconhecer formas e atribuir a estes significados é próprio do desenvolvimento cultural, também presente em qualquer sociedade humana.

Somente o fato de o homem viver em sociedade não o caracteriza como ser cultural, pois não se discute mais a veracidade de que entre os animais existe uma linguagem e, também existem sociedades animais e até formas de sociabilidade animal, que são regidas por normas bem estruturadas e complexas, como exemplo poderia citar as formigas e as abelhas. Para LAPLANTINE (1991), o que distingue a sociedade humana da sociedade animal, não é a transmissão das informações, a divisão do trabalho, a especialização hierárquica das tarefas, mas sim a comunicação cultural, que se dá através da troca de símbolos, e por elaboração das atividades rituais aferentes a estes.

Aqui, é oportuno estabelecer a diferença entre o social e o cultural, que segundo este mesmo autor é fundamental para que possamos entender cultura sob a perspectiva da antropologia cultural. Para ele, o social é a totalidade das relações que os grupos mantêm entre si dentro de um mesmo conjunto e para com outros conjuntos, também hierarquizados. Já, cultura é o próprio social considerado sob o ângulo dos caracteres distintivos que apresentam os comportamentos individuais dos membros desse grupo, bem como suas produções originais. Sendo assim, propôs um conceito de cultura como

sendo “o conjunto dos comportamentos, saberes e saber-fazer característicos de um grupo humano ou de uma sociedade dada, sendo essas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem, e transmitidas ao conjunto de seus membros” (LAPLANTINE, 1991 p.120).

LENARDT (1996), quando explicita as idéias de Ulmann, sobre cultura, nos diz que o mesmo designa cultura como a maneira que o homem vive, no decurso dos tempos, reunidos em sociedade. Concluindo com isso que a sociedade é o pressuposto básico para que surja a cultura. Cultura é a maneira de vida de determinado povo, e incluem a cultura não material que se manifesta pela maneira de agir, de pensar e no modo de sentir; e a cultura material refere-se aos instrumentos utilizados, a maneira de obtê-los, nas vestimentas, nos sentimentos e nas habitações em que o homem busca abrigo.

MONDIN (1980), defende esta mesma posição e nos diz que o conceito de cultura deve ser encarado como um fenômeno adquirido, passado através das gerações na forma de tradições religiosas, preceitos morais e de comportamento, ideologias e variações destes elementos em cada indivíduo. Idéia também compartilhada por LEININGER (1991), que refere-se a cultura como sendo os valores, crenças, normas e estilo de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos de um grupo particular, que guiam seus pensamentos, decisões, e ações de forma padronizada.

LARAIA (1986), cita as idéias de Keesing onde considera que cultura pode ser vista sob três conceitos: a cultura como sistema adaptativo; teorias idealistas de cultura e cultura como sistemas simbólicos.

As teorias que consideram cultura como sistema adaptativo são difundidas por Leslie White, Sahlins, Harris, Carneiro, Rappart e afirmam que culturas são sistemas que servem para adaptar as comunidades humanas aos seus embasamentos biológicos. Sob este ponto de vista o modo de vida das comunidades inclui tecnologias e modos de organização econômica, padrões de estabelecimento, de agrupamento social e organização política, crenças e práticas religiosas.

Entre as teorias idealistas, segundo este mesmo autor, há as que consideram cultura como sistemas estruturais, que foi difundida por Levis-Strauss, que definiu cultura como um sistema simbólico de uma criação acumulativa da mente humana; e também as

que consideram cultura como sistemas simbólicos, posição defendida por Greetz e Schneider.

O conceito de Cultura defendido por GEERTZ (1989), é essencialmente semiótico, ou seja descreve as funções dos símbolos e sinais, tanto das línguas naturais quanto na artificialmente construídas. Isto nos auxilia a ganhar acesso ao mundo conceitual no qual vivem os sujeitos, para podermos conversar com eles. Acredita que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assume a cultura como sendo essas teias e a sua análise, portanto como uma ciência interpretativa, à procura de significados. Os símbolos e seus significados são partilhados pelos atores entre eles, mas não dentro deles. São públicos e não privados, pois a cultura existe nos postos comerciais, nas praças, nos mercados. Chama a atenção para que possamos entender a cultura de um povo devemos estar atentos para o comportamento, pois é através dele, mais precisamente da ação social, que as formas culturais encontram articulação. A melhor forma de fazer isso, segundo o autor é através de uma descrição densa dos acontecimentos observáveis, mas saliente que um acontecimento social não pode ser repetido em laboratório, por isso mesmo a importância da densidade dos relatos, e o que não tem nenhum significado para alguém que é estranho à determinada cultura pode ter inúmeros significados para os membros dessa cultura.

Segundo MONDIN (1980), as características da cultura podem ser agrupadas em três aspectos: do ponto de vista da origem, do ponto de vista da forma e do ponto de vista da finalidade:

1. Do ponto de vista da origem a cultura é humana, social e laboriosa. A cultura é uma realização humana, é produto da mente e das mãos dos homens. É social porque não depende apenas de um homem, mas de um grupo deles. É laboriosa, pois não surge e nem é transmitida mecanicamente, automaticamente, instintivamente. Os dons da cultura não podem ser adquiridos sem nenhum esforço por quem os adquire, e cita a linguagem como exemplo.
2. Do ponto de vista da forma, a cultura é sensível, dinâmica, múltipla e criativa. É sensível quando todas as manifestações culturais revestem-se de aspectos que são perceptíveis pelos sentidos. É dinâmica, ou seja, está em contínua evolução ou transformação. Ela segue as vicissitudes dos vários

grupos sociais, os quais nunca se encontram em situação de imobilidade. É múltipla porque os valores que cada cultura procura realizar em qualquer tempo ou em qualquer lugar são numerosos. Nenhuma sociedade pode realizar todas as suas possibilidades e ao mesmo tempo é composta por muitas instituições com muitas metas e interesses. É criativa porque é um produto genuíno do homem, é uma criação de seu gênio. Por isso, privar o homem da originalidade nesse ponto significa tirar de sua atividade um valor, de degradá-lo a uma função puramente instrumental.

3. Do ponto de vista da finalidade a cultura pode ser ao mesmo tempo humanista, naturalista e religiosa, através do desenvolvimento da natureza, o homem realiza a si mesmo contemporaneamente também no plano divino, porque esse último prevê que é o homem mesmo que administra, desenvolve e conquista a natureza. Portanto, os bens que o esforço humano procura realizar não são puramente temporais e materiais.

LARAIA (1986, p.69), ao descrever como a cultura condiciona a visão de mundo do homem, cita Ruth Benedict, que afirma que “cultura é como uma lente através da qual o homem vê o mundo.” A nossa herança cultural, desenvolvida através de inúmeras gerações, sempre nos condicionou a reagir depreciativamente em relação ao comportamento daqueles que agem fora dos padrões aceitos pela maioria da comunidade.

Esta maneira particular de olhar o mundo pode gerar o que os cientistas sociais chamam de etnocentrismo, ou seja, achar que os valores, os costumes, o seu modo de vida é o mais natural e correto em relação a todas as culturas. O comportamento etnocêntrico pode levar a inúmeros conflitos sociais como a intolerância, racismo entre outros.

A constatação de Leininger, sobre as diferenças de comportamentos das crianças de várias origens culturais que estava assistindo, como profissional enfermeira na década de cinquenta e, também o fato de não saber como agir diante de tantas diferenças de comportamento, levaram-na a desenvolver sua Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, na tentativa de proporcionar à enfermagem novos conhecimentos e uma nova abordagem para assistir o Ser Humano em um mundo multicultural.

LEININGER (1978, 1984, 1991), nos alerta para o etnocentrismo existente na “cultura da enfermagem”, afirmando que muitos profissionais ao assistirem seus clientes não levam em consideração os valores, crenças e práticas de cuidado dos mesmos e, muitas vezes lhes impõe seus conhecimentos e práticas gerando imposições culturais que na maioria das vezes acarreta conflitos e descontentamento, dificultando o cuidado. Por isso mesmo, entender que cada sistema cultural tem suas peculiaridades, e que os mesmos estão sempre em mudança é importante para atenuar os conflitos e prevenir os comportamentos etnocentricos.

Neste mundo multicultural, outro fator que deve ser questionado pelos profissionais de saúde é o próprio sistema de cuidados de saúde. KLEINMAN (1980) afirma que o sistema de cuidado de saúde deve ser estudado como uma resposta socialmente organizada, que inclui padrões e crenças sobre as causas de doenças, normas do governo, escolha e avaliação do tratamento, posições socialmente legitimadas, papéis, relacionamento de poder, locais de internação e instituições. Clientes e profissionais de saúde são componentes desse sistema e assim possuem configurações específicas dos significados culturais e dos relacionamentos sociais. Portanto, deve-se estudar o papel dos clientes e profissionais, o significado de saúde e doença bem como as alternativas de tratamento.

Este mesmo autor sugere que a prestação de cuidado ou tratamento, em qualquer sociedade, apresenta três formas distintas, ou seja as alternativas informal, popular e profissional. HELMAN (1994), ao analisar estas idéias afirma que cada uma dessas alternativas possui seus próprios meios de explicar e tratar as doenças, bem como a definição dos papéis do cliente e de quem cuida ou cura, e também especifica como deve ser a interação no encontro terapêutico. Este autor caracteriza cada uma dessas alternativas como segue:

A alternativa informal é o campo leigo, não profissional e sua arena principal é a família. Nesta inclui-se uma série de normas específicas para cada grupo cultural, para a prevenção ou cura das doenças, como hábitos alimentares, vestuário, trabalho e orações.

A alternativa popular caracteriza-se pelo conjunto de comportamentos, técnicas e processos desenvolvidos ao longo dos tempos de acordo com os valores culturais. Esta contém informações e práticas da alternativa popular bem como da alternativa profissional embora seja realizado exclusivamente por membros da comunidade como benzedeiros e

curandeiros. Nesta alternativa o cliente é tratado de uma forma holística, pois os curandeiros populares compartilham os mesmos valores culturais básicos e visões de mundo das comunidades em que vivem, sendo assim tratam de todos os aspectos da vida do cliente, seus relacionamentos interpessoais, com o meio ambiente, com o sobrenatural além dos seus sintomas físicos e emocionais.

No setor profissional estão incluídas as profissões sancionadas legalmente, e a exemplo das outras alternativas, é delimitado culturalmente e por isso mesmo deve-se sempre considerá-lo no contexto de valores básicos, ideologia, organização política e sistema econômico da sociedade em que foi criado.

Leininger, por sua vez, reconhece que os sistemas de cuidado de saúde estão divididos nas alternativas popular e profissional, incluindo as características da informal dentro da popular e, coloca que a enfermagem deve servir de elo de integração entre eles, reconhecendo as práticas e valores do popular para que junto com as práticas e valores do profissional resulte o cuidado culturalmente congruente, ou seja sem etnocentrismo ou imposições culturais. Pois quando uma pessoa necessita de cuidados, geralmente transita entre essas alternativas e escolhe as recomendações que faz sentido para ela, e o atendimento profissional sem levar em consideração o mundo cultural do cliente, pode resultar na não adesão ao tratamento ou então na procura de outro sistema.

Outro aspecto que devemos considerar ao atendermos as pessoas no sistema de saúde, é a compreensão que as mesmas têm no que se refere a saúde e a doença, pois estas também são constituída culturalmente.

HELMAN (1994), diferencia doença (illness) de enfermidade (disease), dizendo que doença é o que o cliente sente e enfermidade é o que o órgão tem. Portanto doença é a visão do cliente e enfermidade a visão do profissional.

A saúde, para os profissionais, segundo este mesmo autor, é definida através da normalidade dos parâmetros físicos e bioquímicos mensuráveis. Fatores como a personalidade, crença religiosa, situação sócio-econômica são fatores irrelevantes para muitos profissionais na hora do diagnóstico e tratamento, pois sua visão valoriza mais as dimensões físicas da doença.

Por tudo isso , o conhecimento das diversidades e universalidades culturais e seus significados no que se refere a visão de mundo, crenças e valores é fundamental para qualquer profissional que assiste o ser humano.

3.3 - ESTUDOS DESENVOLVIDOS UTILIZANDO A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADALEINE LEININGER.

Em uma revisão feita nos principais periódicos de enfermagem com circulação nacional e inscritos no sistema de biblioteca virtual (BIREME), no período de 1980 a 2000, encontrou-se somente quatro trabalhos publicados que enfocaram a teoria de Leininger como marco teórico. Observou-se também que as enfermeiras brasileiras passaram a usar a teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado a partir da década de 90.

O trabalho de DEL CASTANHEL e BOEHS (1993), relata a experiência de cuidado de enfermagem a uma família numa comunidade do município de Florianópolis-SC. As autoras basearam-se no referencial de Leininger para descrever a situação dessa família dentro da estrutura social, suas percepções acerca da saúde/doença e o cuidado efetuado. Na avaliação das mesmas, o referencial teórico foi fundamental para o confronto das realidades da família e dos profissionais para que se efetuasse um cuidado efetivo.

GUALDA (1994), utilizou a teoria de Leininger para fazer um estudo etnográfico da assistência hospitalar. O objetivo deste estudo foi de explorar para conhecer o cuidado, as crenças, os valores e o significado atribuído à experiência do parto a partir da perspectiva das mulheres. Pelas informações obtidas a autora concluiu que cuidar para as mulheres pesquisadas significa: “examinar, ficar por perto, não deixar a mulher largada, dizer como está indo o parto, informar sobre o bebe, acima de tudo, ouvir e respeitar o conhecimento sobre a sua natureza e sobre o seu parto” (GUALDA, 1994, p.26). A autora sugere que para melhorar a qualidade de assistência à mulher durante o parto, o conhecimento, na perspectiva das mulheres, do cuidado do parto seja incorporado ao saber específico da enfermagem obstétrica e que novos estudos sejam desenvolvidos para servir de base para a assistência.

BRAGA (1997), fez um estudo mini-etnográfico em enfermagem, onde é enfocada a crença de cuidados, valores, modo de vida, visão de mundo de um grupo cigano. No estudo foi enfocada uma família cigana, de origem ROM, constituída de seis pessoas, sendo elas a Bába, o marido e a mulher, a prima e duas crianças. O referencial teórico de Leininger foi utilizado para auxiliar a compreensão desta cultura, visualizando propostas nas ações e decisões do cuidado de modo a prover cuidados culturalmente congruentes. A autora concluiu que a utilização do referencial teórico de Leininger foi decisivo para a evolução do todo o trabalho.

Apesar da escassez de trabalhos publicados nos periódicos nacionais, observou-se um grande contingente de enfermeiras que utilizam a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural para guiar a sua prática e fundamentar suas reflexões, nos cursos de pós-graduação. Com certeza não pretendo citar todos, mas gostaria de salientar alguns trabalhos feito por enfermeiras que fizeram o seu programa de pós-graduação na Universidade Federal de Santa Catarina.

Esta teoria é usada nas mais diferentes áreas de conhecimento da enfermagem, para o cuidado intra hospitalar, na comunidade, com clientes individualmente, como em grupo, demonstrando a versatilidade da mesma.

PATRÍCIO (1990), foi quem primeiro usou a teoria de Leininger para descrever e analisar sua prática com famílias de adolescentes grávidas solteiras. O objetivo deste trabalho foi promover, manter e /ou recuperar o bem viver das famílias, através do cuidado cultural, centrado na visão holística do homem, na totalidade de suas características, em relação com o meio ambiente interno e externo e cuja interação tem influência nas suas situações de saúde e doença, nas suas crenças, valores, necessidade, expectativas, práticas e recursos para o seu dever.

Neste mesmo ano BOEHS (1990), concluiu sua pesquisa intitulada **Prática do cuidado ao recém nascido e sua família, baseado na Teoria Transcultural de leininger e na Teoria de Desenvolvimento da Família**. Este trabalho teve início na maternidade e posteriormente estendeu-se ao domicílio das famílias. Segundo a autora seu marco conceitual, baseado nesta teoria foi operacionalizável, sendo que foi mais facilmente aplicado no domicílio das famílias. Salientou que o marco mostrou-se como um guia para o entendimento entre o cuidado do enfermeiro e da família, fazendo-se a manutenção,

acomodação, repadronização e instituição de cuidados novos. Concluiu dizendo que o marco possibilitou a união da ação à reflexão constituindo-se uma construção para o estabelecimento das bases teóricas da profissão.

KOLLER (1992), fundamentou sua pesquisa para identificar as percepções dos elementos que compõem a estrutura social e de cuidado no cotidiano do cliente com o vírus HIV, nos princípios do cuidado cultural de Leininger. Foram respeitados os valores, as crenças e as práticas individuais, que somados aos conhecimentos profissionais chegaram ao cuidado culturalmente congruente.

Outra enfermeira que usou Leininger como referencial teórico para assistir mulheres e recém-nascidos que estavam vivenciando o processo do nascimento foi MONTICELLI (1994 b). Neste trabalho a enfermeira buscou a constante ação/reflexão com os co-participantes do estudo, para a obtenção de ritos de cuidado culturalmente congruentes que contribuíam para o viver saudável. Iniciou seu trabalho na maternidade, logo após o momento do parto e, posteriormente deslocava-se até os domicílios, até que os recém-nascidos completassem um mês de vida. Na avaliação da autora, os resultados mostraram que o marco conceitual elaborado e implementado na prática foi adequado e que a metodologia utilizada permitiu a ampliação do significado de se preservar, acomodar e reorganizar os ritos de cuidado populares e profissionais para que o cuidado culturalmente congruente fosse efetivado.

PORTELLA (1998), construiu um processo educativo para o envelhecer saudável com mulheres de uma comunidade rural a partir de suas práticas culturais de saúde. Além da teoria de Leininger, a autora utilizou alguns princípios pedagógicos de Paulo Freire. Neste processo educativo a enfermeira e o grupo compartilharam seus saberes, o saber profissional e o saber popular, permitindo com isso a preservação, acomodação e/ou repadronização das práticas culturais de saúde, a fim de contribuir para o processo de envelhecer saudável.

O trabalho de AZEVEDO (1998), relata a experiência do cuidado cultural aos clientes internados em unidade de terapia intensiva. Seu referencial teórico foi construído com base nos fundamentos teóricos de Leininger e abordou as possibilidades de aproximação entre a cultura institucional/profissional com a do cliente através das ações de preservação, acomodação e repadronização do cuidado.

POMATTI (1998), desenvolveu sua prática assistencial com um grupo de idosos, em um ambulatório, com o objetivo de despertar o potencial criativo na busca da plenitude do viver. O trabalho teve como fundamentação a teoria do cuidado transcultural de Leininger, que propõe o respeito à cultura e o cuidado humanizado. A utilização deste referencial proporcionou condições para que se realizasse a educação continuada, pelo intercâmbio de conhecimento e livre demonstração da criatividade. Proporcionou ainda, o resgate e a valorização cultural para que se promovesse o bem estar físico e social.

Em seu estudo etnográfico VÁSQUES (1999), explorou os valores, crenças e práticas quanto à regulação da fecundidade para os/as adolescentes de uma comunidade urbana marginal. Segundo a autora a Teoria do Cuidado Cultural de Leininger e os métodos de pesquisa qualitativa, foram essenciais para desvelar o comportamento dos/das adolescentes em relação à regulação da fecundidade. Os dados obtidos, mostraram que práticas e crenças, de acordo com os modos de ação da Teoria de Leininger, podem ser preservadas, acomodadas e reestruturadas para um cuidado cultural. A autora concluiu que a regulação da fecundidade como potencialidade própria dos seres humanos para decidir ter ou não ter filhos, deve ser compreendida como um fato social e, particularmente cultural, pois está permeada pelos valores e crenças.

HENCKEMAIER (1999), descreveu sua prática de cuidado em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital governamental em uma unidade de internação ginecológica de um hospital escola, ambos na cidade de Florianópolis, pautada na Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado. Seu marco conceitual contempla os conceitos de cuidado, família, cultura, enfermagem e ambiente hospitalar. A autora concluiu que a utilização deste referencial facilitou o trabalho da enfermeira, através da humanização das relações entre a enfermeira e a equipe, repercutindo na ampliação do cuidado com o paciente e suas famílias. Saliencia a importância da participação da família no processo de cuidado, participando ativamente nas decisões de cuidados em relação aos seus membros.

Ao contrário da literatura nacional, a internacional é farta em publicações de trabalhos de enfermeiras que usam a Teoria de Leininger para fundamentar a sua prática. O advento do *Journal of Transcultural Nursing*, a partir de 1989 proporcionou a publicação de várias pesquisas feitas por enfermeiras em vários países. Antes da publicação deste

periódico, os trabalhos de pesquisa que usavam a teoria de Leininger eram publicados principalmente em seus livros.

SPANGLER (1991), fez um estudo etnográfico, usando a Teoria de Leininger como marco teórico para identificar e analisar as semelhanças e diferenças sobre os valores e práticas do cuidado profissional de enfermagem entre enfermeiras Anglo-Americanas e Filipinas, em um hospital geral do norte dos Estados Unidos. Ela observou e entrevistou nove enfermeiras Anglo-Americanas e dez enfermeiras Filipinas. Os dados foram analisados usando-se as fases de análise de dados qualitativos da etnoenfermagem, proposta por Leininger. Como resultado encontrou-se quatro temas diferentes e dois temas universais de cuidado. Os temas diferentes foram os seguintes: - 1- O cuidado das enfermeiras Anglo-Americanas é caracterizado pela promoção do auto cuidado que deverá ser feito pelo cliente, enquanto as Filipinas incluíram os familiares como parte da responsabilidade para o cuidado. 2- O cuidado das enfermeiras Filipinas é caracterizado pela “obrigação de cuidar”, e os seus principais valores são o conforto físico, respeito e paciência. 3- As diferenças culturais como linguagem, expressões e tempo na realização do cuidado geraram conflitos entre os dois grupos. 4- Para minimizar as diferenças culturais, as enfermeiras Filipinas preservaram as práticas de cuidado relacionadas com o conforto físico, respeito e paciência ; fizeram a acomodação de seus cuidados para usarem as novas tecnologias e repadronizaram suas condutas em relação ao seus relacionamentos com autoridades. Os dois temas universais foram: 1- A escassez de profissional enfermeira trabalhando, faz com o grupo em estudo sintam-se frustrado em não conseguir promover o cuidado de enfermagem ideal. 2- Outro fator comum apontado pelos dois grupos e que interfere na prática do cuidado , foi a política da instituição, ou seja a burocracia, normas e regulamentos.

BOHAY (1991), realizou seu estudo numa comunidade ucraniana, na cidade de Detroit – USA, com o objetivo de conhecer os significados e experiências do cuidado cultural de mães ucranianas na gravidez e nascimento. O método de pesquisa usado para descobrir os significados e experiências relacionados com a gravidez e o parto foram etnoenfermagem e as histórias de vida. Os informantes deste estudo foram escolhidos baseados em critérios específicos, e eram sete informantes-chaves e seis informantes gerais. Para a obtenção dos dados a pesquisadora realizou entrevista, tanto com os informantes-chaves

como os gerais, ora em seus domicílios, ora em seus ambientes de trabalho. Inicialmente estas entrevistas eram feitas em Inglês, mas como a pesquisadora fala e escreve em ucraniano, algumas vezes este idioma foi usado para fins de clarear perguntas e respostas. Segunda a autora, este estudo mostrou a importância do uso da Teoria de Leininger para descobrir o que era tradicional e o que era novo em relação aos valores, crenças e práticas relacionadas com o cuidado durante a gravidez e parto para os imigrantes ucranianos. Ela concluiu também, que o uso da teoria expandiu largamente sua maneira de ver o tratamento médico e os vários sintomas apresentados por essa clientela, que a valorização da cultura e seus significados e expressões de cuidado humano são uma poderosa maneira de entender e ajudar as pessoas. Afirma ainda, que embora seja de descendência ucraniana, descobriu uma riqueza de novos conhecimentos que usará, bem como podem ser usados por outras enfermeiras, para guiar suas práticas para dar cuidado cultural específico que é congruente e adequado ao modo de vida das pessoas ucranianas.

Outro estudo muito importante encontrado na última publicação de Leininger, foi a pesquisa feita por STASIAK (1991), sobre as crenças, significados e expressões de cuidado de saúde de Mexicanos-Americanos. O autor percebeu que os Mexicanos-Americanos de uma determinada comunidade da cidade de Detroit – USA, se negavam a utilizar o hospital de sua referência. Os sujeitos diziam que no hospital não havia conhecimento das necessidades culturais deles. Diante disso sentiu necessidade de estudar tal situação e, para isso formulou as seguintes questões: 1- Onde e como os Mexicanos-Americanos obtinham o cuidado? 2- O que aconteceria se as práticas de cuidado popular fossem usadas pelas enfermeiras e outros profissionais da saúde para dar cuidado de qualidade? 3- Quais as diferenças que poderiam ser identificadas entre os valores e práticas no cuidado popular e profissional? 4- A Teoria do Cuidado Cultural de Leininger poderia ajudar explicar o porque dos Mexicanos-Americanos não usarem o hospital? 5- Quais as maneiras que o cuidado popular e o cuidado profissional poderiam promover a saúde e bem estar dos Mexicanos-Americanos?. Para responder estas perguntas o autor utilizou o método de pesquisa qualitativa, e os dados foram obtidos usando-se o guia Observação – Participação – Reflexão através de entrevistas com cinco informantes-chaves e dez informantes gerais. Como conclusão o autor encontrou quatro temas de cuidado a saber: 1- O cuidado para os Mexicanos-Americanos é expressado através do amor filial e dos

vizinhos e, através do vínculo espiritual com a invocação do poder de Deus para curar usando-se orações. 2- O meio de cuidado através da família é estar com ela, comer comidas certas e bem estar. 3- As práticas populares promovem o cuidado e a cura. 4- Os provedores do cuidado profissional de saúde são vistos como uma extensão de Deus. Concluiu ainda, que as implicações da enfermagem incluem preservação das práticas populares, o uso do espanhol e o uso de sinais e símbolos religiosos. As técnicas de acomodação incluem ganhar confiança através do respeito a famílias, valores comunitários, às ações do cuidado popular e aos curadores espirituais.

GATES (1991), usou a Teoria de Leininger para fazer um estudo comparativo entre duas instituições (ambientes) com clientes em estágio final de vida, uma unidade hospitalar de oncologia e um asilo de estada grátis. Os dados foram obtidos através de entrevistas não estruturadas, observação participante e levantamento bibliográfico em periódicos especializados no assunto. A presença da atmosfera/ambiente de cuidado estava presente em ambos, hospital e asilo. Os padrões comuns de ambos eram: 1- crenças de cuidado e prática dos cuidados entre os funcionários; 2- identificação dos lugares como comunidade ou lar, e, 3- uso simbólico do humor e comida. As diferenças incluíram estrutura hierárquica organizacional e orientação para a cura no hospital. Colaboração interdisciplinar e orientação para o cuidado no asilo; Uso do toque como uma modalidade de cuidado mais pronunciado e, maior evidência de simbolismo e rituais relacionados com a morte no asilo. O autor sugere a adoção dos modos de cuidado cultural de acomodação, repadronização e manutenção para promover uma atmosfera de cuidado nos lugares onde se atende clientes moribundos.

MULLER (1997), estudou a influencia da política americana sobre o cuidado popular e profissional de imigrantes tchecos. O objetivo da pesquisa foi de documentar, descrever, interpretar e analisar as diversidades e universalidades do cuidado profissional e genérico para este grupo cultural, para promover cuidado culturalmente congruente para techos americanos, e para explicar as influências políticas sobre os padrões de cuidado, saúde e bem estar. Foram entrevistados doze informantes chaves e vinte informantes gerais. O autor concluiu que o capitalismo econômico marcante na estrutura dos Estados Unidos, influencia o estilo de vida dos informantes em todas as dimensões da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, como descrito no modelo

do sol nascente. Os padrões específicos de cuidado descobertos pelo pesquisador foram, cuidado como uma escolha, cuidado como responsabilidade e cuidado como ajuda ao outro.

MONTICELLI, ALONSO e LEOPARDI (1999), afirmam que a teoria de Leininger possui conceitos múltiplos e complexos e, por utilizar a etnometodologia, cujos parâmetros são pouco conhecidos da enfermagem se torna uma teoria de difícil aplicação.

Todavia quando bem estudada e compreendida esse obstáculo pode ser superado e, seu uso pode ser feito nos vários cenários de assistência de enfermagem, para os mais diversos tipos de clientes, como confirmam os relatos dos estudos acima descritos.

IV - MARCO CONCEITUAL

Para NEVES e GONÇALVES (1984, p.213), “o marco conceptual é uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação...”, servindo então de guia para a observação e análise dos fenômenos e, de suporte para a implementação de uma pesquisa ou metodologia de assistência.

TRENTINI e SILVA (1991, p.119) afirmam que “num marco conceptual os conceitos são definidos e interligados de uma maneira abrangente ... com o objetivo de descrever, classificar e relacionar fenômenos de uma forma organizada e coerente”. O marco conceptual servira então de guia para que se focalize o evento a ser investigado, com um olhar próprio condizente com seu referencial.

Com o objetivo de fundamentar a assistência de enfermagem para grupos de indivíduos com *Diabetes mellitus*, utilizei a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madaleine Leiniger, adaptada para este estudo, por privilegiar os aspectos culturais para que se possa juntos, enfermeira e grupo, planejarem e executarem o cuidado cultural coerente (LEININGER, 1985, 1991, GEORGE, 1993, WALDOW, LOPES e MEYER, 1995,).

4.1 - INTRODUÇÃO À TEORIA DE MADALEINE LEININGER.

Madeleine Leininger nasceu na cidade Sutton, estado de Nebraska, USA, em seis de junho de 1924. Graduou-se em Enfermagem no ano de 1948, em Denver, na St.

Anthony's School of Nursing. Em 1950 obteve o B.S. grau em Ciências Biológicas do Benedictine College, Atchison, Kansas.

Desde o início de sua carreira, na década de 40, Leininger via o cuidado como foco central da Enfermagem. Nesta época não havia alta tecnologia, nem muitas medicações ou exames sofisticados para atender os clientes, e a assistência era centrada no cuidado, cuidado esse que se fundamentava em passar tempo com os clientes, ouvir suas narrações e sentimentos sobre si mesmos, a vida em casa e suas situações no trabalho. Respeitava-se os clientes como seres humanos e, o enfermeiro orgulhava-se em prestar cuidado sendo atencioso, compassivo e enfático em atender as suas necessidades (LEININGER, 1991).

Após a II Guerra Mundial, a assistência médica passou a ter novas tecnologias, novos medicamentos e ganhou prestígio da população e autoridades por obter o tratamento e a cura de diversas doenças. A enfermagem sentiu-se desvalorizada em suas atividades de cuidar e passou a incorporar práticas baseadas no modelo médico e, o cuidado humanístico deu lugar a práticas de assistência centrada nos sinais e sintomas das doenças e também para o cumprimento das prescrições médicas (LEININGER, 1991).

Essas características persistem até hoje, fazendo com que a enfermagem, muitas vezes, enfatize o conhecimento científico em detrimento do atendimento humanizado.

Em 1954 Leininger obteve o grau de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica da Catholic University of America in Washington, D.C. . Em 1960 escreveu um dos primeiros textos de enfermagem psiquiátrica, intitulado Basic Psychiatric Nursing Concepts, o qual foi publicado em 8 línguas e foi usado em muitos países (ALEXANDER, et al. , 1994).

Durante a metade dos anos 50, quando Leininger trabalhava em uma clínica infantil como enfermeira psiquiátrica, percebeu que as crianças apresentavam diferentes necessidades de cuidados, em relação ao sono, vestiário e recreação. Percebeu também que essas diferenças estavam relacionadas com as descendências das crianças que eram judias, alemãs e anglo-americanas. Dividiu suas inquietações com outras colegas enfermeiras, mas percebeu que as mesmas não demonstravam interesse ou então não achavam seus questionamentos relevantes (LEININGER, 1985).

Isso fez com que sentisse a necessidade de procurar em outras ciências, subsídios para entender melhor seus clientes e, discutiu com Margaret Mead, professora antropóloga

visitante do departamento de psiquiatria da Universidade de Cincinnati, a possível inter-relação entre enfermagem e antropologia. Como não obteve uma resposta direta de Mead, resolveu estudar antropologia, e em 1965 doutorou-se nesta disciplina pela University of Washington, Seattle, tornando-se assim, a primeira enfermeira antropóloga do mundo (LEININGER, 1991).

Sua formação antropológica fez com que iniciasse sua busca para explicar como as crenças, valores e práticas culturais podiam influenciar os estados de saúde e doença das pessoas, iniciando uma pesquisa de campo na Nova Guiné, onde focalizou o estudo etnográfico de cuidados para a saúde. A partir desse estudo começou a desenvolver sua Teoria de Cuidado Cultural e, fomentou entre estudantes de enfermagem e enfermeiros o interesse pelo estudo da antropologia.

Em 1970, Leininger publicou seu primeiro livro de enfermagem transcultural, intitulado “Nursing and Antropology: Two Worlds to Blend.” (LEININGER, 1991). Entretanto percebeu que sua Teoria teria significado limitado e seria mal interpretada se não tivesse enfermeiros com formação específica em Enfermagem Transcultural, deixando para publicar suas idéias sobre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural somente na década de oitenta (GEORGE, 1993).

Leininger apresentou suas idéias sobre a Teoria do Cuidado Cultural, principalmente em dois artigos publicados em 1985 – “Qualitative Research Methods in Nursing”, e em 1988 – “Care: Clinical and Community uses of care. O livro que esboçou a teoria e suas aplicações em pesquisa foi publicado em 1991 – “Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing, demonstrando assim, o rigoroso trabalho que a autora teve para preparar, analisar e desenvolver suas idéias em forma de teoria (REYNOLDS e LEININGER, 1995).

Além de não encontrar respaldo para suas idéias entre suas colegas, pelo fato das mesmas não terem conhecimento em antropologia, e com isso, não viam a importância da mesma para contribuir no enriquecimento do conhecimento específico de enfermagem, a autora também não obteve apoio por parte dos editores para publicar suas idéias.

Sendo assim, com o objetivo de divulgar suas idéias, Leininger começou a desenvolver e implementar cursos de Enfermagem Transcultural já nos anos 60 e, mais

tarde incentivou também enfermeiros a fazerem cursos (doutorado) em antropologia. Foi a partir daí que a Enfermagem Transcultural começou a ser reconhecida, e esse processo foi facilitado por vários artigos, seminários, conferências e contatos pessoais de Leininger com enfermeiras do mundo inteiro.

Em 1973, Leininger fundou a “Tanscultural Nursing Society” como uma organização nacional e internacional para enfermeiras interessadas na Enfermagem Transcultural e cuidado humano, divulgarem suas pesquisas e outras experiências (LEININGER, 1991).

Para desenvolver a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, Leininger selecionou construtos culturais usados na antropologia e construtos vindos da perspectiva da enfermagem.

A Teoria do Cuidado Cultural, portanto, não foi emprestada da antropologia, mas desenvolvida novamente e tem sido estudada dentro da visão da enfermagem para descobrir as dimensões epistêmica e ontológica do conhecimento preditivo para influenciar bem estar e saúde... Embora a raiz da cultura foi da antropologia e cuidado em grande parte da enfermagem, uma nova perspectiva teórica foi desenvolvida para descobrir conhecimento para servir principalmente a disciplina de enfermagem (LEININGER, 1991, p.24).

Sua Teoria foi desenvolvida a partir da crença que as culturas podem determinar quase todos os cuidados que desejam ou necessitam receber dos profissionais de saúde. Seu objetivo é que os consumidores dos cuidados propaguem seus pontos de vista, conhecimento e práticas e que isso sirva de base para que os profissionais planejem e executem o cuidado cultural coerente (ALEXANDER et al, 1994).

O ponto central de sua teoria é o cuidado, e a importância que ele deve ter para enfermagem tornar-se uma profissão reconhecida como uma disciplina científica e humanística. Por isso mesmo Leininger iniciou sua teoria através do estudo e desenvolvimento dos conceitos de cuidado e cuidar, e entender o desenvolvimento de suas idéias sobre esses dois conceitos é fundamental para que possamos entender sua teoria e o modelo do sol nascente.

No início da década de 70, Leininger escolheu os termos cuidado e cuidar para descrever a natureza da enfermagem e como a enfermagem e a antropologia poderiam se complementar. O substantivo cuidado foi definido como “A provisão de serviços personalizados e necessários para ajudar o homem manter seu estado de saúde ou

recuperar-se de doenças”, já o verbo cuidar foi definido como “ Um sentimento de compaixão, interesse e, preocupação com as pessoas” (REYNOLDS e LEININGER 1995, p.378). Essas duas definições foram sendo aprimoradas e permanecem constantes nos escritos de Leininger, até hoje.

Outra idéia importante defendida por Leininger nesta mesma década, foi a dicotomia existente entre cura e cuidado. Analisa com muita clareza as possíveis razões da sociedade valorizar a cura em detrimento do cuidado e, quais as conseqüências que isso têm sobre a profissão de enfermagem. Já naquela época a autora sustentava a idéia de que o cuidado é o ponto mais crítico para a cura e, na década de oitenta afirma que não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado que não leve a cura (LEININGER, 1978, 1991).

Nos anos 70, Leininger também enfocou a diferença existente entre cuidado popular (genérico) e cuidado profissional, e que o cuidado somente poderia ser efetivo se o profissional levasse em conta o conhecimento do cliente, seus valores e crenças.

No início dos anos 80, Leininger propagou sua idéia de Enfermagem ser reconhecida como sinônimo de cuidado. Isto está evidente quando afirma, em sua publicação de 1984, que “cuidado é o único, central, dominante e unificante foco da enfermagem, e que Cuidado é Enfermagem” (REYNOLDS e LEININGER 1995, p. 379).

Outro ponto desenvolvido por Leininger, em decorrência de seu conhecimento em antropologia, foi a importância que as enfermeiras devem dar para os diferentes significados de cuidado. Leininger afirma que há diferentes formas de praticar o cuidado entre diferentes culturas e também dentro de uma mesma cultura, da mesma maneira que há semelhanças universais, ou seja, o cuidado pode ter significados semelhantes nas diferentes culturas do mundo inteiro. Cabe às enfermeiras descobrirem essas diferenças e semelhanças para poderem praticar o cuidado culturalmente congruente. LEININGER (1991), usa o termo construto para designar essas diferentes idéias ou conceitos que estão embutidos no cuidado e são usados para conhecer totalmente o termo ou o domínio da pesquisa. Construto é um termo maior e mais amplo que o conceito, por isso tem muitos significados que tem sido usado nas pesquisas. Os seguintes construtos de cuidado foram identificados em aproximadamente 54 culturas pesquisadas de 1960 a 1991, (LEININGER, 1991, p.368):

Aceitação; Acomodação; Responsabilidade; Ação por/com; Adaptação a; Aliviando dor/sofrimento; Afeição por; Antecipação; Auxiliar o Outro; Atenção para/com; Atitude para; Não ser Agressivo; Ser Consciente com os Outros; Sendo Autêntico (real); Sendo Limpo; Sendo Genuíno; Estando Envolvido; Ser Gentil; Ser Metódico; Estando Presente; Ser Atento; Subornando; Cuidado; Caridade; Limpeza; Intimidade para; Conhecendo Cognitivamente; Conforto; Compromisso para; Comunicação; Consciência Comunitária; Compaixão; De Acordo Com; Preocupação para/com; Congruência com; Ligado; Consideração para; Consulta; Controle; Comunhão Com o Outro; Cooperação; Coordenação, Fazendo com/para; Pensamentos/Atos Criativos; Cuidado Cultural; Cura; Dependência; Ajudar os Outros; Discernimento; Alimentando-se adequadamente; Suportando; Suporte Emocional; Empatia; Capacitando; Absorvido por/sobre; Estabelecendo Harmonia; Experienciar com; Expressando Sentimentos; Fé; Envolvimento Familiar; Suporte Familiar; Sentimento para/sobre; Amor Filial; Generosidade para com Outros; Gentileza e Firmeza; Apoio; Assistência a Grupo; Ações/Decisões em Grupo; Promoção do Crescimento; Fazendo; Harmonia com; Curando; Instrução de Saúde; Bem Estar; Manutenção da Saúde; Ajudando a si Próprio/Outros; Ajudando Parentes/Grupos; Honra; Esperança; Hospitalidade; Melhorando Condições; Disposto para/com; Indulgência; Instrução; Integridade; Interesse Sobre; Intimidade; Envolvimento com/para; Bondade; Conhecimento da Cultura; Conhecimento da Realidade do Outro; Conhecer Valores/Tabus Culturais; Colocar Limites; Ouvir para/sobre; Amor; Mantendo Harmonia; Mantendo Reciprocidade; Mantendo Privacidade; Prestando Assistência para Outros; Satisfazendo Necessidade; Alimentando; Obedecer a; Obrigar a; Organizado; Cuidando do Outro; Paciente; Executar Rituais; Permitindo Expressões; Atos Personalizados; Toque; Rezar com; Presença; Preservação; Prevenção; Promoção; Promover Independência; Proteção; Desabafando; Tranquilidade; Garantia; Acolhendo; Reciprocidade; Refletindo Bondade; Refletindo com/sobre; Reabilitação; Respeito para; Relacionamento com; Respeito; Respeito por Estilo de Vida; Respeito a Privacidade/Desejos; Respeito a Diferenças de Sexos; Respondendo Apropriadamente; Respeito ao Contexto; Auto-responsabilidade; Sensibilidade para as Necessidades dos Outros; Servir os Outros; Compartilhar com o Outro; Silêncio; Falando a Língua; Cura; Responsabilidade com o Outro; Restauração; Sacrifício; Independência/Confiança Espiritual; Estimular; Aliviando Estresse, Socorrendo; Sofrer com/por; Suportar; Observar; Símbolos; Simpatia; Ter Cuidado com o Meio Ambiente; Instrumentos Técnicos, Técnicas; Ternura; Escolha de Ações/Decisões; Tato; Confiança; Entendimento; Uso de Alimentos/Práticas Populares; Limitações; Uso do Conhecimento de Enfermagem; Valorizando os Caminhos do Outro; Vigilância; Bem Estar Familiar, Aproximação Completa; Trabalhar Duro.

O cuidado cultural é definido como “os valores, crenças e padrões de estilo devida objetivamente e subjetivamente aprendidos para assistir, apoiar, facilitar, ou capacitar outro indivíduo ou grupo para manterem seu bem-estar e saúde, para melhorar sua condição humana e estilo de vida, ou para enfrentar doenças, incapacidades, ou morte” (LEININGER, 1991 p.47).

Leininger enfatiza que o cuidado só será culturalmente congruente quando a enfermeira entender as influencias da religião, parentesco, linguagem, tecnologia, economia, educação (formal e informal), valores e crenças culturais e ambiente ecológico,

na pessoa que está recebendo o cuidado; e quando a consciência do conhecimento "emic" for considerado imperativo para entender seus mundos, para designar e implementar o cuidado; somente o cuidado planejado dessa forma, poderá induzir o cliente ao bem estar ou a saúde (LEININGER, 1991).

O termo cultural é usado como um adjetivo em muitos dos conceitos de Leininger. Exemplo disso são: diversidade do cuidado cultural, universalidade do cuidado cultural, acomodação do cuidado cultural, preservação do cuidado cultural e repadronização do cuidado cultural (REYNOLDS e LEININGER, 1995).

Assim como sua teoria sofreu aprimoramento desde a sua primeira publicação, o modelo também sofreu modificações, com a finalidade de facilitar o entendimento e a aplicação da teoria, sendo que a autora afirma que fez dez revisões do seu modelo até chegar a forma que tem hoje.

Em 1984, Leininger apresentou seu modelo como o *Leininger Sunrise Model*. Nesta publicação o modelo do sol nascente é descrito como um modelo teórico conceitual que retrata as dimensões para entrevistas de origens culturais, avaliações, e objetivos da terapia. Em 1985 é apresentado como um modelo teórico conceitual e método de pesquisa diferente para estudar a diversidade e universalidade do fenômeno cuidado. Em 1988, como um quadro para retratar os componentes da teoria e como esses componentes influenciam o cuidado e estado de saúde de indivíduos, famílias, grupos e instituições socioculturais. E por último em 1991, Leininger apresenta seu modelo como um valioso mapa cognitivo para guiar pesquisadores (REYNOLDS e LEININGER, 1995).

A autora considera que sua teoria pode ser aplicada tanto na pesquisa como na prática. Para isso argumenta a necessidade de se pesquisar para conhecer as práticas de cuidado da população, usando para isso métodos qualitativos e, baseado nestes achados deve-se planejar as ações de enfermagem.

Para LEININGER (1991), uma teoria deverá ser capaz de descrever, explicar, interpretar e prever certos fenômenos que estão sendo estudados. É uma forma sistemática de olhar o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo (GEORGE, 1993)

É através da teoria, composta de conceitos, definições, modelos e proposições, que poderemos confirmar ou rejeitar os pressupostos dos eventos a serem observados. As teorias não constituem então, verdades acabadas, mas são suposições que podem ser testadas e aprimoradas (GEORGE, 1993).

É importante salientar que a escolha de uma teoria não nos obriga a utilizá-la na íntegra podendo, como neste marco, utilizar alguns pressupostos e conceitos que se enquadram no modelo de Assistência a ser implementado.

4.2 - PRESSUPOSTOS

- PRESSUPOSTOS DE LEININGER (1991):

- Culturas diferentes, conhecem e praticam cuidado de maneiras diferentes, tendo também alguns elementos de cuidados comuns entre elas .
- Os seres humanos são seres culturais e são capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidado aos outros, de todas as idades, em vários ambientes e de muitas maneiras .
- Cuidado é a essência da enfermagem e é o seu foco distinto, dominante, central e unificante .
- O cuidar e o cuidado são essenciais para o bem estar do homem, bem como para a sua saúde, cura, crescimento e sobrevivência e o capacita para encarar incapacidades ou até mesmo a morte .
- A cura não pode ocorrer sem o cuidado, mas pode haver cuidado que não leve a cura.
- A enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural com o propósito central de assistir seres humanos em todo o mundo.
- Toda a cultura humana tem conhecimento e práticas de cuidado genérico (leigo, popular ou indígena) e conhecimento e práticas de cuidado profissional.
- Cuidado de enfermagem culturalmente congruente ou benéfico poderá ocorrer somente quando o indivíduo, grupo, família, comunidade ou valores, expressões, padrões

do cuidado cultural, são conhecidos e usados apropriadamente e de maneira significativa pela enfermeira com a pessoa.

- A enfermagem promove o cuidado cultural congruente através da preservação e/ou manutenção do cuidado cultural; acomodação e/ou negociação do cuidado cultural e repadronização ou reestruturação do cuidado cultural.
- Padrões de cuidar incluem ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influenciam o bem estar ou o status de saúde de indivíduos, famílias, grupos e instituições, bem como condições humanas gerais, estilos de vida e contexto ambiental (Waldow, LOPES e MEYER, 1995).

- PRESSUPOSTOS MEUS:

- As condições crônicas de saúde são enfrentadas de melhor maneira quando compartilhadas em grupo.
- Nos grupos sociais cada indivíduo expressa suas crenças e valores, sente-se respeitado enquanto elemento único que compõe o grupo e, suas opiniões são aproveitadas e tem valor para o desenvolvimento do grupo.
- No processo do cuidado cultural, a enfermeira respeita e valoriza os comportamentos culturais.
- O processo de cuidar se fortalecerá através da interação da enfermeira com o grupo a partir da comunicação verbal e não verbal.

4.3 - CONCEITOS

LEININGER (1991) sustenta que o principal conceito (metaparadigma) que deve ser usado em uma Teoria de Enfermagem é o cuidado, porque é o único fenômeno de interesse central para a enfermagem e, que não é estudado e pesquisado em nenhuma outra disciplina ou profissão. Acrescenta ainda que Ser Humano, Ambiente e Saúde, são importantes para a enfermagem, mas não são de interesse exclusivo da mesma, e que

muitas outras disciplinas os estudam e, que para reivindicá-los como de interesse central deveriam ser estudados mais profundamente.

Por isso mesmo, em sua Teoria, não encontramos definições precisas desses conceitos, mas através de suas colocações e posição filosófica podemos identificá-los.

Para o entendimento e visualização das diferentes dimensões da teoria, Leininger formulou o modelo conceitual do Sol Nascente (figura 1), que é designado para retratar uma visão total das diferentes mas interrelacionadas dimensões da teoria. O modelo é usado como um mapa cognitivo para orientar e descrever as dimensões, componentes, facetas ou principais conceitos que influenciam a teoria com a visão total e integrada dessas dimensões (LEININGER, 1991)

Este modelo serve de guia para mostrar ao pesquisador quais são os principais fatores a serem considerados, para compreender o cuidado humanizado e para obter um conhecimento do cuidado de enfermagem a ser prestado.

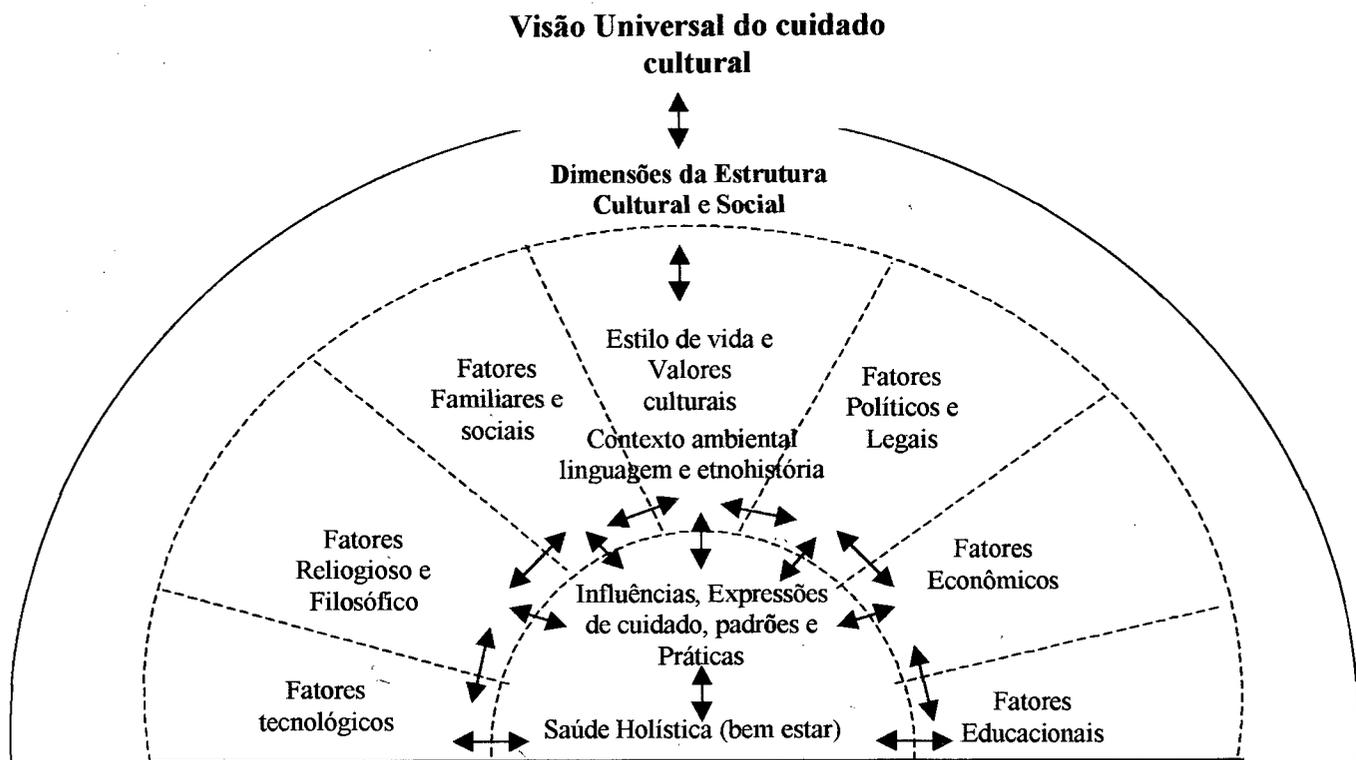
O modelo Sunrise simboliza o nascer do sol. A metade superior do círculo retrata os componentes da estrutura social e dos fatores da visão do mundo que influenciam o cuidado e saúde por meio da linguagem e do contexto ambiental. Esses fatores influenciam os sistemas de saúde profissional, popular e o cuidado de enfermagem, que estão representados na metade inferior do modelo. As duas metades juntas formam um sol completo, que representa o universo que enfermeiras precisam considerar para compreender o cuidado humano e a saúde (ALEXANDER et al, 1994).

O modelo possui quatro níveis, sendo que os três primeiros contém os dados que o pesquisador deve investigar para obter a base de conhecimento necessário para o planejamento e a execução do cuidado coerente. Nestes incluem informações sobre a visão do mundo, da estrutura social e cultural dos informantes, estreitando-se gradativamente para o conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições dos vários sistemas de saúde, incluindo-se nestas últimas, suas características e aspectos específicos do cuidado (GEORGE, 1993)

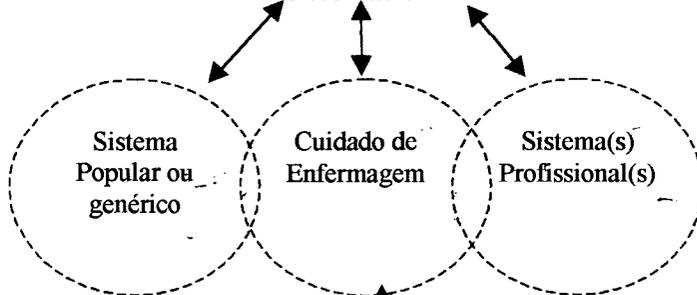
O nível quatro é o nível das decisões e ações de cuidado em enfermagem, onde são propostas três formas de decisões para promover o cuidado cultural congruente, que é benéfico, satisfatório e significativo para as pessoas: 1- Preservação e/ou manutenção do

cuidado cultural; 2- Acomodação e/ou negociação do cuidado Cultural e 3- Repadronização ou reestruturação do cuidado cultural. Esses três modos de cuidados foram baseados no uso do conhecimento “emic” (genérico) com o conhecimento “étic” (profissional) derivados de suas experiências diretas em usar o conhecimento do cuidado cultural para assistir clientes de várias culturas (LEININGER,1991).

MODELO DO SOL NASCENTE –TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL. (LEININGER, 1991, p.43):

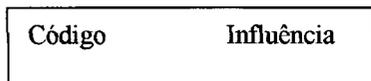


Indivíduos, Famílias, Grupos, Comunidades e Instituições em diversos sistemas de Saúde



Decisões e Ações de Cuidado de Enfermagem

Preservação do cuidado cultural / manutenção
Acomodação do cuidado cultural / negociação
Repadronização, reestruturação cultural do cuidado



Cuidado de Enfermagem Culturalmente congruente

a) CUIDADO

O Cuidado enquanto substantivo “se refere às atividades de assistência, apoio ou facilitadoras para com o outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a condição de vida. Enquanto verbo, cuidar se refere as ações de assistência, apoio, ou facilitadoras para com o indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida” (LEININGER, 1985, p.261).

As culturas podem apresentar dois tipos de sistemas de cuidados, o sistema popular e o sistema profissional, e são capazes de proporcionar cuidado humano, saudável, benéfico e congruente com os valores e necessidades de cuidados dos clientes (LEININGER, 1991).

O sistema de cuidado popular ou genérico refere-se ao conhecimento e habilidades aprendido e transmitido culturalmente, usado para proporcionar ajuda, suporte, para capacitar atos facilitadores para com outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou promover uma condição humana saudável, encarar incapacidades, novos estilos de vida ou a morte (LEININGER, 1985, 1991). Este sistema contém também informações e práticas do sistema profissional, embora seja realizado exclusivamente por membros da comunidade como benzedeiras, curandeiras, pessoas da comunidade sem formação formal.

“O sistema profissional se refere aos serviços de cuidado ou cura organizados e interdependentes, identificados com, ou oferecidos por vários profissionais de saúde” (LEININGER, 1985, p. 262). Compreende as profissões de saúde sancionadas legalmente.

Assim como os homens são caracterizados pela cultura que vivem, o cuidado também o é, possuindo sentidos diferentes em diferentes contextos culturais. Cabe as enfermeiras, cuidadoras do sistema profissional, identificar seus significados através do exame da visão do mundo, estrutura social e língua do grupo que está assistindo.

LEININGER (1978), enfatiza que o cuidado de enfermagem quando é feito sem levar em consideração essas características pode levar ao “culto da eficiência”, onde todas as atividades de enfermagem são realizadas da forma mais rápida, no menor tempo possível e de maneira semelhante para todas as pessoas. Isso pode gerar descontentamento

e muitas vezes comportamentos não cooperativos por parte dos clientes, tornando a relação enfermeiro-cliente bastante prejudicada, pois não haverá a interação necessária para que ocorra o cuidado cultural eficiente.

A Finalidade do cuidado neste trabalho são as ações de apoio ou facilitação , que leve a maneiras saudáveis de viver, pela acomodação, negociação ou repadronização do cuidado apresentado por um grupo de indivíduos com *diabetes mellitus*. Estas ações serão embasadas no conhecimento popular, na cultura do grupo, junto com o conhecimento profissional , combinando cuidado genérico e profissional para levar as pessoas a receberem o cuidado culturalmente congruente.

O cuidado cultural coerente está baseado no cuidado humanístico, e para isso o profissional precisa estar atento para as necessidades dos clientes e considerar suas idéias éticas, morais, espirituais, junto com suas necessidade psicológicas e físicas. Necessita ainda ter o compromisso ético de fazer o que é melhor para o cliente e estar comprometido em ajudar o cliente e sua família (LEININGER, 1991).

b) - CULTURA

Refere-se aos valores, crenças, normas e estilo de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos de um grupo particular, que guiam seus pensamentos, decisões, e ações de forma padronizada (LEININGER, 1991).

Esta mesma autora (1978) define valor como sendo as forças difundidas, penetrantes e profundamente enraizadas que guiam os pensamentos e ações da pessoas.

Como um processo que é aprendido, a cultura é transmitida de geração em geração e tem grande influência no comportamento do indivíduo ou grupo em todo o seu modo de vida, inclusive na maneira como encara a doença, que pode ser bem diferente das interpretações das enfermeiras (LEININGER, 1978).

As dimensões da estrutura cultural e social refere-se aos padrões dinâmicos e característicos de uma determinada cultura e incluem os fatores religiosos, de parentesco, os políticos, os legais, econômicos, educacionais, tecnológicos, bem como os valores

culturais, e todos esses fatores estão interrelacionados e influenciam o comportamento humano nos diferentes contextos ambientais (LEININGER, 1991).

O comportamento dos homens em relação a tudo que o cerca, é culturalmente constituído, e por isso mesmo seus valores e crenças são aprendidos e repassados de geração em geração. Por serem dinâmicos os padrões culturais podem ser mantidos ou modificados dependendo dos interesses do grupo em questão. Esse comportamento é guiado por regras aceitas e legitimadas pelos grupos e advêm dos valores do grupo (MONDIN, 1980).

Em nosso mundo com características multiculturais e em rápido crescimento é imperativo que enfermeiras entendam as diferentes culturas para que possam prestar cuidados efetivos para as pessoas com diferentes valores, crenças e idéias sobre a enfermagem, saúde, cuidado, bem estar, doenças, morte e incapacidades (LEININGER, 1991).

LEININGER (1978, 1985, 1991) nos alerta sobre a imposição cultural, ou seja da tendência que as enfermeiras têm em impor suas práticas e conhecimentos sobre as pessoas que estão cuidando na certeza de que isso é melhor para elas. Muitas vezes as nossas idéias não são sempre de grande ajuda para os outros, como gostaríamos que fossem. A imposição cultural se dá devido à nossa tendência etnocêntrica de achar que as nossas maneiras são as certas e que nós temos o conhecimento que os outros necessitam.

Por isso a importância do conhecimento transcultural, que ajudará a enfermagem entender as pessoas de diferentes origens culturais e com isso planejar os cuidados que elas realmente necessitam.

Devemos aprender a diferenciar entre a visão “emic”, ou seja a visão que os membros pertencentes a um determinado grupo tem de sua própria cultura, da visão “etic”, ou seja a visão que um membro que não faz parte desse grupo tem da cultura que está observando.

Ao interpretar a cultura de um determinado grupo a enfermeira entenderá que a mesma influencia o entendimento que o grupo tem de saúde/doença e cuidado; que o grupo percebe esses fenômenos com características próprias, com sua maneira de olhar o mundo e de compartilhá-lo com tudo que o cerca (visão “emic”). Esse entendimento pode ser

diferente do seu (visão “etic”), e assim a enfermeira só poderá desenvolver ações efetivas de cuidado se interagir e respeitar a cultura do grupo.

c) - SER HUMANO

Os seres humanos são seres provedores de cuidado que sobreviveram através dos tempos porque são capazes de se cuidarem e de prestarem cuidados aos outros, nas várias culturas. Sendo assim, são seres que sobreviveram numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer cuidado, de inúmeras maneiras, de acordo com suas culturas, necessidades e cenários diferentes (LEININGER, 1991).

Os seres humanos são únicos por que eles possuem características culturais que figuram e guiam seus comportamentos de diferentes maneiras por todo o mundo (LEININGER, 1978).

Neste marco o homem será visto no grupo, que constitui a reunião de duas ou mais pessoas que possuem interesses em comum. Este grupo reproduz, em miniatura as características sócio-econômico-culturais e políticas e a dinâmica psicológica do grande grupo (sociedade) que está inserido.

O grupo tem sua própria identidade, mas preserva as identidades específicas de cada um dos componentes do grupo (ZIMMERMAN, 1997). O objetivo primordial do grupo, neste marco é o de ajudar as pessoas na manutenção ou adaptação às novas situações que uma condição crônica exige. Por isso mesmo é denominado grupo convergente, porque seus participantes passam pelas mesmas dificuldades.

Para que este grupo tenha valor terapêutico é necessário que com o desenrolar dos encontros apresente as seguintes características: Instilação de esperança através do compartilhar experiências similares e a troca dessas experiências; Solidariedade com a certeza de que os membros não estão sozinhos; Oferecimento de orientação contextualizada a partir de experiências vividas e, altruísmo através do compartilhar uma parte de si com os outros (MUNARI e RODRIGUES, 1997).

d) – SAÚDE

Saúde “se refere ao estado percebido, ou cognitivo, de bem-estar, que capacita um indivíduo ou grupo a efetuar atividades, ou alcançar objetivos e padrões de vida desejados” (LEININGER, 1985, p. 262). Este estado de bem-estar é culturalmente definido, avaliado e praticado (LEININGER, 1991).

O estado de bem estar que caracteriza a saúde, está permeado por respostas subjetivas do indivíduo e é influenciado por tudo que o cerca, sendo assim, pode ser conflitante com os valores dos profissionais que o assiste, que muitas vezes se preocupam somente com os parâmetros fisiológicos e não consideram as manifestações sociais e culturais dos mesmos. Perceber e entender as percepções dos clientes no que se refere aos seus valores de saúde é muito importante, principalmente para os profissionais que assistem os indivíduos em condições crônicas, uma vez que esta não é passageira e novos valores deverão ser incorporados para que se tenha uma boa qualidade de vida.

A saúde também é o resultado dos cuidados que se dispensa a si e aos outros, a capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um bom estado de saúde.

Encarar a saúde como a capacidade que cada um tem de desenvolver o seu papel na cultura/sociedade que vive é de fundamental importância para o indivíduo diabético, visto que a mesma é uma condição crônica que vai acompanhá-lo ao longo da vida. Valorizar as capacidades de cada um fará com que o mesmo se sinta útil e integrado ao seu contexto.

e) - ENFERMAGEM

Enfermagem é uma profissão e disciplina humanística e científica, que está focalizada no fenômeno do cuidado humano e nas atividades para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos para manter ou recuperar seu bem-estar (ou saúde), ou para ajudar as pessoas a enfrentar incapacidades ou a morte de uma maneira culturalmente significativa e benéfica (LEININGER, 1991).

LEININGER define enfermagem transcultural e etnoenfermagem.

Enfermagem transcultural é a esfera da enfermagem que estuda e analisa os fenômenos cuidado, saúde, doença, as crenças e comportamentos de uma determinada cultura e os compara com outras culturas, afim de prover o cuidado de enfermagem específico e congruente. Etnoenfermagem é o estudo e classificação sistemática das convicções, valores e práticas de cuidados de enfermagem percebidos cognitivamente por uma determinada cultura através de sua linguagem local, experiências, convicções e sistemas de valores (LEININGER, 1978).

Ao prestar cuidado a grupos de indivíduos com *diabetes mellitus*, a enfermeira reconhece que o grupo também se cuida, tendo uma visão própria de saúde, doença e cuidado. Sendo assim a enfermeira apresenta três tipos de ações para o cuidar, procurando fazer o cuidado cultural coerente através da preservação ou manutenção do cuidado apresentado pelo grupo com ações de assistência, suporte, educação que ajudem o grupo a conservar seus valores de cuidado para manter seu bem estar, recuperar-se de doenças ou enfrentar incapacidades; acomodação ou negociação do cuidado para ajudar o grupo a adaptar-se a um estado satisfatório ou benéfico de saúde e, através da repadronização do cuidado para modificar as formas de cuidado que não são benéficas, por um novo estilo de vida, e novos padrões de cuidado respeitando-se as crenças e os valores culturais do grupo (LEININGER, 1991).

f) – AMBIENTE

Ao invés de conceituar ambiente Leininger conceitua contexto ambiental, que se refere a totalidade de um evento, situação ou experiência particular que dá significado para as expressões, interpretações humanas e, interações sociais em particular, nos lugares geográfico, ecológico, social, político e ou cultural (LEININGER, 1991).

O ambiente é representado na cultura, na maneira de ver o mundo, em como a sociedade está estruturada e, o que constitui o ambiente são os acontecimentos ações e experiências vivenciadas pelos indivíduos ou grupos.

O ambiente é influenciado pela cultura que focaliza um determinado grupo e os padrões das ações, pensamentos e decisões que ocorrem como resultado dos valores, crenças, normas e práticas de vida aprendidos, partilhados e transmitidos. Esse aprender,

partilhar, transmitir e padronizar ocorrem num grupo de pessoas que agem num cenário ou ambiente identificável (LEININGER, 1991).

V - METODOLOGIA

5.1 - DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa convergente-assistencial, que TRENTINI e PAIM (1999, p.26), a definem como “aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na situação social.”

A pesquisa convergente-assistencial tem por finalidade produzir conhecimento, mas este conhecimento deve dar subsídios para o fazer imediato. O pesquisador e os sujeitos da pesquisa estão envolvidos, comprometidos com a melhoria da situação encontrada no início da pesquisa.

É uma pesquisa social, pois trabalha-se com gente, com atores sociais em relação, neste caso mais precisamente com um grupo de pessoas com *diabetes mellitus*, sendo assim para que seus resultados sejam efetivos, a interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa é essencial (MINAYO, 1992).

Neste tipo de pesquisa, ao contrário de outros métodos, o pesquisador necessita colocar-se face a face com os sujeitos pesquisados, deixar sua neutralidade de lado e envolver-se, para juntos interferirem na realidade, construindo uma nova que proporcione uma melhor qualidade de vida, pois como afirmam TRENTINI e PAIM (1999, p.27) a pesquisa convergente-assistencial “está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado.”

Isso só é possível se for realizada no contexto da prática assistencial, pois a mesma não se propõe a generalizações, mas como dito anteriormente, seus objetivos são para descobrir realidades, relacionadas a resoluções de problemas e inovações (TRENTINI e PAIM, 1999). Por isso mesmo os resultados obtidos deverão ser vistos com base na realidade dos sujeitos, seu ambiente, sua época, pois os mesmos são influenciados pela cultura e foram construídos pelos participantes através das influências mútuas.

Na pesquisa convergente-assistencial, o profissional além de pesquisador assume o papel de provedor de cuidado e o ato de assistir/cuidar está presente ao longo da pesquisa, particularmente durante a etapa da coleta de dados, onde se seguem as normas do rigor científico e ao mesmo tempo dá-se retorno imediato ao cliente (TRENTINI e PAIM, 1999).

A pesquisa convergente-assistencial sustenta alguns critérios que os descrevo a seguir acompanhados com as respectivas justificativas:

a- Está voltada para a prática assistencial cotidiana com a intencionalidade de realizar mudanças e ou introduzir inovações no contexto da prática e encontrar alternativas de soluções para problemas identificados na prática.

O meu estudo está congruente com este critério uma vez que o mesmo foi realizado no contexto da minha prática, com a finalidade de introduzir uma metodologia de assistência que leve em consideração o cotidiano dos clientes, seus costumes e crenças, para o planejamento do cuidado. Para isso necessita-se inicialmente conhecer as dimensões da estrutura cultural e social, com todos os elementos que a influenciam (fatores tecnológicos, religioso e filosófico, familiares, políticos e legais, econômicos, educacionais, estilo de vida e valores culturais), para decidir, junto com os clientes, quais as ações de cuidado de enfermagem que serão feitas, ou seja, preservação e/ou acomodação e/ou repadronização do cuidado, para que se efetive o cuidado de enfermagem culturalmente congruente.

b- O tema da pesquisa deverá emergir das necessidades da prática do contexto pesquisado. Estas necessidades deverão ser sentidas pelos indivíduos envolvidos na prática sejam eles profissionais ou usuários.

A assistência de enfermagem prestada ao diabético há muito vinha me inquietando, pois apesar dos esforços feitos no sentido de ajudá-los a adquirirem novos hábitos , que uma condição crônica exige, para levá-los a uma melhor qualidade de vida, isso não acontecia. Ao refletir sobre esta questão concluí, que isto poderia estar ocorrendo devido a vários fatores, como a falta de apoio por parte de familiares e amigos, a dificuldade de adaptar o tratamento ao seu estilo de vida, a dificuldade em adquirirem os medicamentos, mas principalmente pela falta de habilidade dos profissionais envolvidos nesta assistência. Tudo isso pode levar o diabético a negligenciar seu tratamento e conseqüentemente estarem mais sujeitos às complicações crônicas tardias, tão presentes entre esta clientela. Então me perguntava, o que fazer para mostrar ao cliente, que o melhor controle metabólico reduziria nitidamente estas complicações? E com certeza, a primeira coisa a ser mudada era a assistência de enfermagem, que não deveria mais ser feita de forma rígida, linear, abandonar o modelo biomédico, onde se dá maior importância para a doença , para seus sinais e sintomas, sem levar em conta as características dos indivíduos que as possuem. Por isso o meu desafio foi o de mudar a minha prática e com isso a prática dos diabéticos. Fundamentei essa prática em grupo e embasada na Teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado Cultural de Leininger, porque acredito que assim a enfermeira pode atuar como moderadora, para junto com os clientes construir maneiras efetivas de cuidar-se.

c- É desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática e pelos mesmos profissionais que desenvolvem práticas naquele contexto .

Desenvolvo a minha prática assistencial com esta clientela há quatorze anos. A criação de um programa de assistência ao diabético no nosso município surgiu da necessidade primeira de se racionalizar a distribuição de medicamentos , seringas e agulhas. Ao me envolver com esta atividade constatei a enorme carência que os clientes tinham em relação ao conhecimento da patologia e seus cuidados. Não podendo ficar insensível a este problema, reuni-me com outros profissionais da área e também com os clientes e, fundamos a Associação dos Diabéticos, cujos objetivos e atividades serão descritos mais adiante e, na qual trabalho desde então.

d- Inclui atividade de cunho coletivo.

Este estudo não se propôs a trabalhar com o ser humano individualmente mas sim com o mesmo envolvido com seus pares. Para isso criou-se um grupo de doze indivíduos, sendo dez clientes e dois profissionais, partindo-se da premissa de que o ser humano pode mudar seu comportamento e que esse processo é facilitado quando compartilhado no grupo. Acredito também que o grupo não seja simplesmente a somatória de seus membros, mas que todos preservem a sua própria identidade para juntos formarem uma unidade grupal, sendo que esta retrata o contexto cultural da sociedade em que o mesmo está inserido. Vale ressaltar que não se excluiu a assistência individual a esses clientes e a mesma era realizada sempre que se fez necessário, ora a pedido do cliente, ora por sugestão do profissional envolvido no processo, através da consulta de enfermagem.

e- Inclui atividades de assistência/cuidado e ou ensino no processo de investigação, mas não se substancia como ato de assistir ou ensinar.

O presente estudo não consiste em um relato de experiência da prática, mas de uma reflexão sobre as informações obtidas durante o processo assistencial com a intenção de inovar a prática com o grupo de pessoas diabéticas. As informações obtidas durante os encontros foram valiosas, pois a partir daí pôde-se programar a assistência, sempre voltada à realidade dos sujeitos pesquisados e serviu também para repadronizar a conduta dos profissionais envolvidos nesta assistência.

f- Não se propõe a generalizações.

Os resultados do meu trabalho serão aplicados no contexto da pesquisa, ou seja, não serão estendidos como probabilidades significativas para outros contextos. Todavia isso não impede que os resultados obtidos não possam ser transferidos para outros contextos, porque apesar do ser humano ser único, viver num contexto multicultural e suas ações serem guiadas por suas culturas, em todas as culturas do mundo existem diversidades e similaridades que precisam ser levadas em consideração quando se pretende fazer a assistência de enfermagem.

g- O pesquisador ou moderador assume papel de provedor de assistência e ou ensino durante o processo de coleta de informações.

Na pesquisa convergente-assistencial o pesquisador não é neutro, está comprometido e envolvido com os sujeitos da pesquisa, porque se dá no contexto de sua

prática, sendo assim, já conhecia os sujeitos que estão sendo pesquisados. E quando se propõe a pesquisar dentro de seu contexto da prática assistencial, envolve-se cada vez mais e, ao mesmo tempo que coleta os dados, interfere na realidade junto com os sujeitos para modificá-la, pois está comprometido socialmente e tem a responsabilidade de oferecer respostas imediatas para a comunidade. No meu trabalho não foi diferente, durante a caminhada do grupo, além da obtenção de dados para conhecer a realidade social e cultural do grupo de diabéticos, houve ações de cuidado pois cada vez que surgia alguma situação em que esta atividade era necessária, não se esperava, efetivava-se o cuidado sempre com a participação do grupo.

h- Segue as normas do rigor científico em relação a obtenção, registro e análise das informações, mas ao mesmo tempo age conforme as exigências da prática.

Uma das minhas preocupações para a realização desta pesquisa foi, desde o início, seguir as normas do rigor científico. Isto está evidenciado desde o início da minha entrada no campo, que apesar de trabalhar no local em que se daria a pesquisa, solicitei permissão para a realização da mesma para todos os envolvidos. Durante e após o desenvolvimento da pesquisa os princípios do anonimato e confidencialidade foram obedecidos. Os dados coletados, após transcrição e narração, eram confirmados pelo grupo, pois tinha o cuidado de mostrá-los ao grupo e, sempre que solicitada, modificava alguma narrativa. Vale ressaltar, que apesar de ter planejado os encontros com o grupo, sempre que algum elemento sugeria mudança no planejamento, em relação aos temas a serem abordados, isto era feito com a aprovação de todos os envolvidos, pois muitas vezes surgiam acontecimentos da vida cotidiana que gostariam de discutir.

i- Agrega os principais envolvidos (profissionais e usuários) na prática para compor o grupo.

O grupo foi formado envolvendo usuários e profissionais da Associação dos Diabéticos. Os usuários foram escolhidos conforme critérios pré-estabelecidos. Os profissionais da equipe de enfermagem envolvidos na assistência desta clientela, foram convidados a participar. A outra profissional enfermeira participava das reuniões, ou seja fazia parte do grupo, a auxiliar de enfermagem estava também envolvida, não participava das reuniões, servia de retaguarda, pois enquanto estávamos reunidos ela atendia os

usuários que chegavam ao programa, atendia o telefone participando somente da última etapa das reuniões, ou seja na hora da confraternização.

j- Há representatividade dos dados o que difere da representatividade do número de sujeitos.

Apesar de não se pegar todos os inscritos da Associação, os dados fornecidos por esta amostra de usuários foram ricos e com certeza retratam a realidade dos diabéticos do nosso município. Os dados obtidos durante as reuniões são muito significativos, e realmente contemplam a estrutura social e cultural dos envolvidos. Percebi que nos últimos encontros alguns assuntos começaram a se repetir, caracterizando o que muitos pesquisadores sociais dizem em relação ao momento ideal de se sair do campo da pesquisa. Como este estudo deu-se no mesmo ambiente em que desempenho minhas atividades como profissional enfermeira, não me afastei do ambiente, sendo assim os encontros do grupo continuam, porém com outros objetivos e muitas vezes sem a minha presença.

Concluindo, esse tipo de pesquisa permite ao pesquisador usar sua criatividade, seus conhecimentos para junto com os sujeitos da pesquisa e embasado em uma teoria, saber como pensar e o que fazer com os dados obtidos, para que se efetive o maior objetivo da enfermagem, que é o cuidado.

5.2 - CONTEXTO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada em uma Associação de Diabéticos de um município do oeste catarinense. Esta Associação foi fundada em 23 de setembro de 1987, por uma equipe multiprofissional (enfermeira, assistente social, médico, farmacêutica) e um grupo de diabéticos com o objetivo principal de proporcionar meios para melhorar a qualidade de vida de seus associados. É uma entidade sem fins lucrativos, reconhecida desde 1988 de utilidade pública municipal e estadual, mantendo-se com recursos das três esferas governamentais e também com recursos dos próprios diabéticos e comunidade.

Da esfera federal provêm alguns recursos humanos, pois alguns funcionários que fazem atendimento nesta associação são funcionários públicos federais, como é o caso de uma enfermeira e alguns médicos. Da esfera estadual os recursos são medicamentosos,

ficando sob a sua responsabilidade o provimento de insulina, o qual tem um consumo médio de duzentos frascos por mês.

Cabe ao município a maior responsabilidade, como não poderia deixar de ser, pois com a municipalização e por estar sob regime de gestão plena, recebe os recursos financeiros diretamente da união e os distribui conforme as necessidades. Do município, a associação recebe medicamentos (hipoglicemiantes orais e anti hipertensivos), exames laboratoriais e atendimentos médico, de enfermagem e odontológico, pois uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem são contratadas pelo SUS municipal, bem como alguns médicos e odontólogos.

Apesar dos recursos recebidos das três esferas, a Associação tem algumas necessidades que não são atendidas pelo Sistema Único de Saúde, tais como alguns medicamentos, exames com profissionais não conveniados e, para supri-las, os próprios diabéticos participam com uma contribuição mensal, conforme suas posses e necessidades. Com essas contribuições a diretoria da Associação compra medicamentos que não são recebidos gratuitamente, faz convênios com profissionais não conveniados pelo SUS e subsidia tratamentos e exames também não fornecidos pelo Sistema Único de Saúde.

O atendimento de enfermagem é realizado de segunda a sexta feira, das 13 às 19 horas, por três profissionais: duas enfermeiras e uma auxiliar de enfermagem. Os atendimentos médico e odontológico são realizados também de segunda a sexta feira, no horário das 7 às 19 horas. Tanto os atendimentos de enfermagem, médico e odontológico são feitos por agendamento, salvo em caso de emergência, quando o diabético é atendido prontamente sem necessidade de agendamento prévio. Atualmente possui um mil e dez diabéticos cadastrados.

As atividades administrativas são realizadas por uma diretoria eleita anualmente em assembléia geral, onde somente os sócios diabéticos e seus familiares podem concorrer. Esta diretoria é composta por Presidente, Secretário, Tesoureiro e seus respectivos vices. Possui também um conselho fiscal composto por três elementos. A diretoria recebe assessoria técnica de uma equipe multiprofissional (enfermeiro, assistente social, farmacêutico-bioquímico) também eleitos nesta assembléia. Este trabalho é voluntário.

Além dos atendimentos acima mencionados, esta Associação desenvolve algumas atividades das quais destaco: Reunião mensal ordinária onde a diretoria, assessoria técnica, diabéticos e seus familiares discutem assuntos de interesse comum, como compra de medicamentos, convênios com profissionais especialistas, funcionamento da Associação e cuidados que devem ter em relação ao *diabetes mellitus*; Festa de Natal, onde há a confraternização de diabéticos, familiares e comunidade geral; e por fim o Encontro Regional de diabéticos, que acontece uma vez por ano, onde se congregam diabéticos dos municípios da Região com a finalidade de desenvolver atividades científicas, sociais e culturais.

A Associação tem sua sede junto ao Posto de Atendimento Médico do Município. Seu espaço físico compreende uma sala de espera, uma sala de recepção e distribuição de medicamentos e uma sala de atendimento de enfermagem. As outras atividades são desenvolvidas nas salas comuns do posto de atendimento médico (consultórios médicos e odontológicos, sala de curativo, entre outros).

5.3 - TÉCNICA DE PEQUENOS GRUPOS

Optei por fazer este trabalho em grupo, partindo da premissa de que o ser humano é um ser gregário, desde que nasce vive em grupos, inicialmente no seio familiar e posteriormente vai se relacionando com os colegas da escola, trabalho e busca desde o início de sua vida, sua identidade individual e grupal. ZIMERMAN (1997) é mais categórico e afirma que o ser humano somente existe, ou subsiste em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sendo assim o homem não existe como ser isolado e tudo que ocorre com ele é por causa do seu relacionamento com outras pessoas.

Entendo grupo como a reunião de duas ou mais pessoas que possuem interesses em comum e este grupo reproduz em miniatura as características sócio-econômico-culturais, políticas e a dinâmica psicológica do grande grupo (sociedade) em que está inserido (ZIMERMAN, 1997).

Cada grupo possui sua própria identidade, não sendo simplesmente o somatório de seus participantes, mas ao mesmo tempo que constrói sua própria identidade preserva as identidades específicas de cada um dos indivíduos componentes do grupo.

Vários são os cientistas sociais que afirmam que o indivíduo quando está em grupo age, pensa e sente de maneira diferente do que agiria, pensaria e sentiria se estivesse sozinho.

HARTFORD (1983), enfatiza a importância do grupo no apoio do indivíduo dentro da sociedade para que ele se sinta valorizado, tenha sentimento de pertença e com isso tenha controle pessoal e social.

Embora existam muitos tipos de grupos e várias são as maneiras de classificá-los, uma que é particularmente útil para entendermos a influência dos mesmos sobre o comportamento individual, é aquela que diferencia grupo primário e secundário.

No grupo primário o relacionamento é regular e íntimo, um exemplo típico deste tipo de grupo é a família. Já os grupos secundários podem ser formal ou informal, sendo que o grupo secundário formal é aquele grupo deliberadamente formado, tendo objetivos bem definidos e a sua duração pode ser por um período de tempo, como exemplo podemos citar grupo de estudo, de convivência. Os grupos secundários informais são aqueles formados livremente por escolha e por interação social. Eles se desenvolvem naturalmente porque os participantes gostam um do outro e procuram oportunidades para passar tempo juntos, como é o caso do grupo de amigos (DASHIFF, 1982). Outro tipo de grupo citado por este mesmo autor e que influencia o comportamento individual, é o chamado grupo de referência, pois o mesmo serve de referência para determinados julgamentos, crenças, valores e comportamentos. O grupo de referência pode ser aquele em que o indivíduo se identifica e aspira pertencer no futuro, ou aquele que proporciona uma referência negativa, fazendo com que o indivíduo identifique modelos de comportamentos a serem evitados.

Não há dúvidas de que o grupo influencia o comportamento individual e que também o indivíduo influencia o comportamento do grupo. Esta influência mútua ocorre através do processo de comunicação e interação que ocorre no interior dos grupos.

A comunicação é um processo simbólico transacional de influência mútua ocorrendo entre duas ou mais pessoas que altera seus estados afetivo, cognitivo e comportamental (ALBRECHT, JOHNSON e WALTER, 1993).

Vários autores (WESTPHAL, et al, 1996. RUDIO, 1991. FONSECA, 1988. KISNERMAN, 1984. SILVERMAN, 1980. MAILHIOT, 1970). enfatizam a

importância da comunicação no interior dos grupos como meio de interação. Seu objetivo é estabelecer um clima de confiança onde cada participante possa expressar sua opinião e ao mesmo tempo receber a opinião do outro com maturidade para que possa estabelecer um clima de compreensão, desabafo das ansiedades, tornar-se consciente de sua realidade e também receber ajuda para que possa repadronizar a sua conduta.

Contudo essa comunicação para ser efetiva e alcançar seu objetivo de mudança de comportamento, não pode ser autoritária, linear. Ao invés disso, deve ser feita através do diálogo participativo, onde as pessoas se colocam no mesmo pé de igualdade, e onde o assunto em questão é discutido com clareza a fim de que o grupo faça a sua escolha e tome as decisões que sejam melhores para as suas vidas (RUDIO, 1991).

Os grupos deliberadamente formados podem ter vários objetivos e receberem a denominação conforme estes objetivos, podendo ser grupos de convivência ou grupos focais.

Os grupos de convivência são formados por um grupo de pessoas que tem necessidades em comum e concordam em compartilhar suas experiências objetivando o crescimento pessoal e melhora do seu processo de viver. Já os grupos focais são formados com o objetivo específico de coletar dados para uma pesquisa específica e assim seus objetivos são delineados conforme o tema a ser investigado pelo pesquisador (TRENTINI e GONÇALVES, 2000).

O grupo formado para este estudo caracterizou-se como um grupo deliberadamente formado, pois seus integrantes foram convidados a fazer parte dele segundo critérios pré estabelecidos anteriormente. Por ser formado por pessoas com *diabetes mellitus* e possuírem necessidades em comum, tendo como objetivo a oportunização de um processo que facilite o cuidado cultural coerente é chamado também grupo de convivência, mas além disso, serviu para coleta de dados sobre as crenças, valores, estrutura social, formas de tratamento, enfim a vida das pessoas com *diabetes mellitus*, sendo assim também se classifica dentro do chamado grupo focal.

Quando um grupo reúne esses dois objetivos, ou seja, tem a finalidade de desenvolver pesquisa e ao mesmo tempo oportunizar o crescimento social e pessoal é

chamado de grupo de convergência (TRENTINI e GONÇALVES, 2000). Portanto, o grupo formado para este estudo se caracteriza como grupo convergente.

Segundo essas mesmas autoras, os grupos de convergência têm sido usados na área de enfermagem para implementar a prática assistencial e ao mesmo tempo fazer abstrações dessa prática com o intuito de construir conhecimento com os temas surgidos no grupo, sempre com o objetivo final de melhorar a qualidade da assistência.

Como dito anteriormente, uma das finalidades deste trabalho foi a de desenvolver o aprendizado do cuidado cultural coerente de si e do outro, fator de extrema importância para indivíduos com condições crônicas de saúde, mais especificamente para pessoas com *diabetes mellitus*, pois essa condição os acompanhará para o resto de suas vidas e a qualidade de vida dependerá muito de suas atitudes cotidianas. E quando o grupo é o cenário do cuidado, confrontam-se o saber popular e o saber científico, e esse confronto deve acontecer de maneira que resulte em uma harmonia dinâmica, onde todos possam interagir para que possam escolher e decidir qual o caminho a seguir.

Para que os objetivos de trabalho em grupo sejam alcançados, independente de seus objetivos necessita de um moderador. E a enfermeira como moderadora deverá conduzir o grupo para a comunicação participativa, onde cada elemento desempenha as funções de emissor e receptor para tornar-se um coator das mensagens (GONZALES, PÉREZ e MATEU-de-ACOSA, 1997). Sendo assim o grupo estabelece objetivos de acordo com as suas necessidades e os assuntos discutidos devem emergir do seu cotidiano para que possam buscar maneiras efetivas de cuidar-se.

Apesar da maioria dos enfermeiros não terem recebido formação formal para a assistência a grupos, a partir do momento que reunirem pessoas com problemas semelhantes e resolverem abordar suas dificuldades em grupo, é possível que obtenham resultados benéficos. Isso se dá de forma espontânea pela união dessas pessoas que compartilham idéias, sentimentos e o mesmo espaço físico (MUNARI e RODRIGUES, 1997).

A enfermeira que trabalha com grupos necessita de algumas qualidades para que possa exercer com competência sua função de moderador. Algumas dessas qualidades são

inatas podendo ser desenvolvidas e aprimoradas ao passar dos tempos através do seu jeito de ser, e outras podem ser aprendidas especialmente para se trabalhar com grupos.

ZIMERMAN (1997), denomina essas qualidades como atributos e diz que os mesmos são um conjunto de condições desejáveis e, muitas vezes, imprescindíveis para qualquer pessoa que queira trabalhar com grupos. Dentre esses atributos destaco: - **gostar e acreditar nos grupos**, pois o grupo capta com facilidade o sentimento passado pelo moderador; - **amor às verdades**, não se referindo à busca obsessiva das verdades, mas sim à condição de ser verdadeiro, pois só assim poderá contribuir para que os participantes façam as mudanças internas e, por conseguinte, a mudança de comportamento. As verdades por mais penosas que sejam devem ser ditas; - **coerência**, sendo que uma das funções do moderador é a educação, o mesmo deve ser coerente nas suas opiniões e com isso não levar os participantes a se sentirem confusos e abalar a confiança do grupo para com ele; - **senso de ética**, dando liberdade para que todos possam expressar seu sentimentos, opiniões e manter o anonimato do que foi lhe revelado; - **respeito**, entendido como a capacidade do moderador em se repadronizar e olhar os participantes do grupo sem rótulos, respeitando as inibições e as características pessoais de cada um; - **paciência**, para que cada pessoa reduza a ansiedade e adquira confiança nos outros ; - **Comunicação**, que tem sua importância tanto na forma como no conteúdo da mensagem a ser emitida.

Não se pode determinar qual desses atributos é o mais importante, uma vez que todos são relevantes para que o moderador possa interagir com o grupo, de maneira que ele passe a fazer parte do mesmo. Quando o moderador reunir todas essas qualidades, saberá ouvir e quando intervir o fará de maneira coerente tendo o cuidado de não fazer imposição de suas opiniões, permitindo que o grupo cresça. Os assuntos emergidos do próprio grupo podem ser discutidos com base no saber popular e científico e que a partir daí surjam comportamentos de cuidado culturalmente coerentes.

Além das habilidades acima mencionadas, o moderador do grupo de convergência necessita também de senso de observação e aptidão para a pesquisa, pois como dito, esse tipo de grupo deve proporcionar condições para a pesquisa e o cuidado.

A prática do cuidado, quando feita em grupo, deve ser fundamentada num processo interativo de diálogo , na troca de idéias centrado na reflexão dos saberes que compõem os

universos culturais do profissional e dos clientes, só assim haverá a possibilidade de transformação de ambos (PATRÍCIO, 1992).

Por isso mesmo o cuidado exige mais além do saber científico, o saber humanístico exige dedicação, envolver-se com o outro, preocupar-se, para que cada membro do grupo possa receber e dar cuidado.

5.4 - ENTRADA NO CAMPO

a) - PERMISSÃO

Apesar de fazer parte da equipe multiprofissional que fundou esta associação e também prestar atendimento a esta clientela, solicitei permissão por escrito ao Secretário Municipal de Saúde, para a implementação desta pesquisa convergente-assistencial, o que obtive consentimento prontamente. (Anexo I).

Na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de 16/06/1999, expus resumidamente o projeto de pesquisa, dando ênfase para os objetivos e para a metodologia que iria seguir, todos os conselheiros presentes concordaram com a implementação da mesma.

Após, em reunião informal com o gerente do Posto de Atendimento Médico, local da sede da associação, expus verbalmente as finalidades deste trabalho e como pretendia operacionalizá-lo, também obtendo permissão e incentivo.

Em uma reunião ordinária com a diretoria desta associação expus novamente os objetivos e a metodologia deste trabalho e novamente obtive permissão sem restrições.

b) - OS PARTICIPANTES:

Em conversa informal individual e fundamentada na afirmação de VENDRELL e AYER (1997), de que um grupo não deve ter menos de cinco e mais de doze elementos, pois nos grupos com menos de cinco elementos a comunicação é prejudicada através de inibições e, que a partir de doze membros a formação de subgrupos é mais provável,

convidei dez clientes a participarem deste trabalho, expondo novamente os objetivos e metodologia a ser usada.

Os critérios utilizados na escolha desses dez clientes foram: - Ser membro da Associação há pelo menos dois anos; - Facilidade de acesso (morar perto) do lugar das reuniões, ou ter disponibilidade de meio de transporte; - Não ser portador de nenhuma complicação crônica que dificultasse o seu comparecimento e a sua participação nas reuniões.

Ao convidá-los tive o cuidado de deixá-los bem à vontade, para aceitar ou não, assegurando que independente da resposta, seus direitos na Associação seriam garantidos, esclarecendo também que não precisariam me dar resposta imediata, poderiam pensar e, se aceitassem, deveriam comparecer na sede da Associação dia 2 de Setembro para em conjunto combinarmos os detalhes do funcionamento do grupo e, mesmo assim, teriam completa liberdade, em qualquer momento de deixar o grupo. O termo de adesão e consentimento (BRASIL, 1996) foi aceito e assinado por todos neste primeiro encontro. (Anexo II).

Como dito anteriormente, o atendimento de enfermagem nesta associação é feito por dois profissionais, eu e outra colega, sendo assim achei oportuno convidá-la a participar do grupo, pois além de ser um dos sujeitos do ensino da prática de cuidado para esses clientes, poderia ajudar-me como observadora e avaliadora da caminhada do grupo.

No dia do primeiro encontro, acordei preocupada. Várias perguntas borbulhavam na minha cabeça:

- Será que os clientes virão?; Será que eles vão aceitar participar?; Será que eles vão falar?; Como se comportarão?; Vão ficar à vontade?; Será que vou saber lidar? Será que vou saber identificar o meu marco? Será que a teoria que escolhi se adapta?

Planejei o primeiro encontro em detalhes:

- Primeiro apresentei os objetivos;
- Depois negociamos o funcionamento do grupo: horário, local, dia, tempo de duração das reuniões;

- Em seguida uma técnica para descontrair, ou seja, auto apresentação do grupo e uma brincadeira, se eu não me chamasse... como gostaria de me chamar.

- E para finalizar um pequeno lanche – sanduíche natural com refrigerante diet.

Saí de casa às 16h, o encontro era às 17h. Fui caminhando, cheguei no local às 16:15h. Quando cheguei lá, já havia três pacientes.

Fui acertar os últimos detalhes com a auxiliar de enfermagem: arrumamos a sala, colocamos as cadeiras em círculo, tiramos o telefone para não sermos interrompidos.

Os encontros do grupo deram-se na sala de atendimento de enfermagem. A mesma é ampla, medindo dezessete metros quadrados, com ar condicionado, cabendo doze cadeiras em forma de círculo que eram colocadas especialmente para as reuniões. As mesmas são estofadas. Como móveis fixos, há uma mesa tipo escrivaninha com três cadeiras, dois arquivos de aço que servem de fichário, uma geladeira e uma mesa de exames, que era retirada para as reuniões. As paredes são brancas e nelas há dois cartazes, um sobre os sinais e sintomas de *diabetes mellitus* e outro sobre os cuidados com os pés. Possui duas janelas protegidas com cortinas tipo persianas. Anexo a esta sala há um banheiro.

Todos os clientes vieram, ao todo éramos em doze, dez clientes e duas enfermeiras. Eu trabalho com esses clientes há quatorze anos, e a outra enfermeira, há dois anos. Não somos desconhecidas para os mesmos, fato este que com certeza, foi importante para que todos aceitassem o convite de participarem dessa experiência.

Às 17h. começamos o encontro. Inicialmente expliquei novamente os objetivos dos encontros e solicitei permissão para escrever e gravar as falas. Todos concordaram.

- *O que nós vamos falar aqui não é nenhuma mentira e qualquer um pode ouvir. (Valentim)*

Após, acertamos o funcionamento do grupo, sendo que ficou determinado que os encontros aconteceriam todas as quintas feiras das 17:15h. até às 18:45h minutos e que os mesmos iriam até 23 de dezembro de 1999. Em janeiro de 2000 não teria encontro e em fevereiro voltaríamos a negociar a periodicidade dos mesmos. Acertamos também que os

encontros iriam até o mês de março, e que a partir daí o grupo continuaria a se encontrar, mas não com a mesma periodicidade e, também que eu não estaria presente em todas as reuniões, uma vez que estou afastada para realizar o mestrado.

Ao todo foram dezoito encontros, totalizando trinta e seis horas de convivência. Em oito encontros houve 100% de participação, em seis encontros a participação foi de 90%, em um dos encontros de 80% e nos outros três de 75%. É importante salientar que quando não podiam participar dos encontros avisavam com antecedência a sua ausência e no próximo encontro faziam questão de saber qual o assunto que tinha sido discutido.

Desses dezoito encontros, cinco aconteceram no mês de setembro de 1999, quatro no mês de outubro de 1999, quatro no mês de novembro de 1999, três no mês de dezembro desse mesmo ano e dois no mês de março de 2000.

Para garantir o anonimato, ainda no primeiro encontro, sugeri a dinâmica de grupo: “se eu não tivesse o meu nome como gostaria de me chamar”? A dinâmica foi prontamente aceita e os participantes escolheram seus nomes e disseram o porquê, como podemos observar a seguir:

- Se eu não tivesse esse nome gostaria de me chamar Luiza, acho Luiza um nome muito bonito.

- Eu gostaria de me chamar Brasil; Porque eu queria ter poder para mudar algumas coisas...dar valor para os velhos e ouvir os agricultores, os pequenos... todos os partidos trabalhando para ajudar o Brasil.

- Eu quero me chamar José...é um nome simples.

- Já que tenho nome de flor podem me chamar de Seu Flor.

- Eu quero me chamar Regina, é o meu segundo nome...mais bonito que o primeiro, só que ninguém sabe.

- Eu vou me chamar Adriana, em homenagem a minha neta mais velha.

- Eu quero me chamar Ana Maria.

-Podem me chamar de Valentim, era o nome do meu pai...Ele era um homem muito bom e honesto.

- Já que sou professora aposentada podem me chamar de tia Lu.

- Eu quero ser Monalisa, porque gosto de pintura e acho o nome muito bonito.

- Como todos sabem, meu nome é Cristina, e podem continuar a me chamar assim. Vim trabalhar na Associação para substituir a Vilma, enquanto ela está no mestrado. Estou gostando muito. Sou casada tenho um filha.

- Eu sou Vilma, trabalho com diabetes há doze anos. Sou hipertensa e também tomo remédio diariamente.

Eu (Vilma) e a outra enfermeira (Cristina) optamos por manter os nossos nomes, todos aceitaram.

Então o grupo foi assim constituído:

TABELA I - Caracterização do grupo:

Nome	Idade	Escolaridade	Tipo de Diabete	Estado Civil	Numero de filhos	Profissão
Luiza	59 anos	Quarta série do primeiro grau	Tipo II	Casada	7 filhos	Dona de casa
Brasil	54 anos	Primeira série do primeiro grau	Tipo II	Casado	1 filho	Motorista aposentado (Sadia)
José	51 anos	Quarta Série do primeiro grau	Tipo II	Casado	3 filhos	Funcionário público aposentado
Flor	53 anos	Quarta do primeiro grau	Tipo II	Casado	2 filhos	Motorista aposentado (autônomo)
Adriana	68 anos	Quarta do primeiro grau	Tipo II	Casada	6 filhos	Dona de casa
Regina	66 anos	Primeiro ano do primeiro grau	Tipo II	Casada	5 filhos	Dona de casa
Ana Maria	61 anos	Quarta série do primeiro grau	Tipo II	Casada	4 filhos	Dona de casa
Valentim	59 anos	Quarta série do primeiro grau	Tipo II	Divorciado (com nova companheira)	3 filhos	Mecânico elétrico
Tia Lu	59 anos	Terceiro Grau incompleto	Tipo II	Casada	3 filhos	Professora aposentada. Dona de casa
Monalisa	41 anos	Segundo grau	Tipo I	Solteira	-x-x-x-x-	Funcionária pública.
Cristina	35 anos	Terceiro grau	x-x-x-x-x	Casada	1 filha	Enfermeira
Vilma	41 anos	Terceiro grau	Hipertensa	Solteira	x-x-x-x-x	Enfermeira

No primeiro encontro, constatei que os clientes já se conheciam de muito tempo. Alguns tinham sido colegas de infância, eram vizinhos, tinham parentes em comum, o que facilitou muito a integração de todos, pois todos estavam muito à vontade e falavam sem inibição.

O planejamento das atividades, foi feito em conjunto avaliando-se constantemente os objetivos e as estratégias utilizadas, sempre com a participação do grupo. Os temas para discussão foram sugeridos pelo grupo, sendo que quando tinha mais de um tema, votava-se para ver qual seria discutido primeiro.

Durante os encontros alguns temas foram discutidos em grupos menores, e após o tempo determinado traziam-se as conclusões para o grande grupo, sendo que as mesmas eram aceitas ou não pelo mesmo. Quando uma conclusão não era aceita por algum elemento do grupo, discutia-se novamente até chegar-se a um ponto comum. As conclusões eram digitadas por mim e fornecida uma cópia para cada membro no encontro seguinte.

No entanto, a dinâmica mais utilizada, sem dúvida, foi o diálogo com o grande grupo, pois como dito anteriormente todos participaram sem constrangimento, e quando o grupo percebia que algum membro estava quieto, sem se manifestar, era incentivado a dar seu depoimento.

A realização das reuniões na sede da Associação facilitou a utilização de material didático (álbum seriado, frascos de insulina, seringas, cartazes educativos), pois quando surgia alguma dúvida que necessitava da apresentação desses materiais para facilitar o entendimento, mesmo que não estivesse planejado, estavam à disposição.

5.5 - O PROCESSO

GEORGE (1993), define Processo de Enfermagem como o esquema subjacente que proporciona ordenamento e direcionamento ao trabalho da enfermeira, auxilia os profissionais a tomarem decisões, proverem e avaliarem as conseqüências. O processo de enfermagem consiste de um elo entre a teoria e a prática.

Para a construção do marco conceptual que me guiasse durante a realização desta pesquisa convergente assistencial utilizei as idéias de Leininger, porém essa autora não

elaborou de maneira específica o processo de enfermagem, enfatizando que a sua teoria serve de guia para conduzir a enfermeira durante a sua prática de enfermagem para assistir indivíduos, grupos ou comunidades e juntos planejarem o cuidado para que o mesmo seja culturalmente coerente (LEININGER, 1978, 1991, 1995). Isso permite ao profissional elaborar sua própria metodologia, ou então, como nesse caso, basear-se na metodologia de outro pesquisador para explicar o processo grupal.

Entendo processo grupal como a formação e desenvolvimento do grupo, que consiste em todo o complexo dinâmico que movimenta um grupo, caracterizado por uma diversificação de momentos, fases ou etapas (RODRIGUES, 1979).

A partir do momento em que as pessoas começam a se relacionar, alguns fenômenos começam a ocorrer, desde os primeiros contatos até à sua integração no grupo, e para explicar essa caminhada utilizei o Processo dos **Quatro Erres- 4Rs**, de TRENTINI e DIAS (1997).

As quatro fases desse processo são assim denominadas: 1- Fase do Reconhecimento; 2- Fase da Revelação; 3- Fase do Repartir e 4- Fase do Repensar.

Essas fases muitas vezes não ocorreram separadamente, podendo algumas delas acontecerem em uma única reunião, não possuindo uma sucessão regular, estando muitas vezes interrelacionadas ou embricadas.

a) - FASE DO RECONHECIMENTO:

É a primeira fase da comunicação, início da interação. Precede a formação do grupo propriamente dita e, continua ao longo de todo o processo com o desenvolvimento das relações intragrupo.

Esta fase foi caracterizada pela expectativa da formação do grupo, onde os clientes convidados a fazer parte do grupo interessavam-se em saber quem mais faria parte do mesmo e quais seriam os objetivos. Percebi um certo grau de ansiedade tanto por parte dos clientes como por mim, isso ocorreu devido a estarmos diante de uma situação nova, até então desconhecida para nós e, também pela incerteza do que iria acontecer. A mim, como facilitadora coube a função de manter o grupo motivado a participar do primeiro encontro

e a partir daí, através do reconhecimento dos companheiros e, do processo de discussão e reflexão através do diálogo participativo, as relações intragrupo foram se intensificando e iniciou-se a formação da unidade grupal.

Inicialmente o grupo estava cauteloso, apresentou-se, falou do seu cotidiano como diabético, escolhendo passagens de suas vidas que diziam respeito especificamente ao fato de serem portadores de uma condição crônica de saúde. O grupo ouviu atentamente o outro e, os momentos de silêncio foram algumas vezes permeados por um certo grau de ansiedade da minha parte, mas contive-me esperando que o grupo adquirisse confiança e tivesse a liberdade de falar o que mais o interessasse, sempre levando em conta os objetivos deste trabalho e, respeitando as diferenças individuais de cada membro para podermos nos compreender como grupo.

Esta fase se deu principalmente através de reuniões informais, também através de algumas técnicas de dinâmica de grupo, como auto-apresentação e trabalhos em grupos menores, do diálogo participativo, onde identifiquei as informações chaves e refletimos sobre o significado de cada informação.

b) - FASE DA REVELAÇÃO:

Esta fase ocorreu de forma gradual, pois a mesma dependeu do conhecimento e confiança conquistados na fase do reconhecimento.

Nesta fase o grupo identificou-se como grupo através dos pontos que tinham em comum por serem portadores de uma condição crônica de saúde e, os mesmos eram revelados com muita espontaneidade, como por exemplo como seus familiares participavam de seu tratamento, como eram tratados por colegas de trabalho ou no círculo de convivência social.

O grupo estava à vontade, confiante e falou também sobre seus desejos, sentimentos, necessidades e aspirações. Revelou sua estrutura familiar, seus valores, crenças e como o contexto ambiental interferia na sua prática de cuidado.

Nesta fase o grupo começou a identificar-se como Ser provedor de cuidado, pois através do conhecimento da realidade de cada um, iniciou-se timidamente as interferências

para acomodação, negociação ou repadronização do cuidado. Isto se deu principalmente quando comparavam suas características comuns e quando as reconheciam no outro verbalizavam como poderiam proceder para modifica-las.

Ao facilitador coube incentivar a participação de todos e ajudar o grupo a perceber que poderiam modificar suas realidades e que o grupo poderia servir de suporte necessário para que isso acontecesse.

Nesta fase além do diálogo informal foram utilizadas entrevistas para esclarecer os significados das falas do grupo.

c) - FASE DO REPARTIR:

Nesta fase ocorreu um intercâmbio de experiências entre o grupo e, com esta troca houve crescimento do reconhecimento e da revelação e daí confirmou-se a solidariedade e confiança entre os membros do grupo. Os diálogos foram mais abertos, verdadeiros e ricos de conteúdo, repartindo-se experiências comuns e também sentimo-nos à vontade em compartilhar sentimentos íntimos que necessariamente não faziam parte da condição crônica, mas sim de seres humanos relacionando-se com nossos pares.

O grupo repartiu suas experiências vividas, seus valores e crenças em relação ao sistema de saúde popular e como experimentaram as práticas do sistema profissional e o cuidado de enfermagem. Criticaram com muita propriedade o sistema de cuidado profissional confirmando o que Leininger (1991) diz, que os seres humanos, de todas as culturas, podem determinar quase todos os cuidados que desejam ou necessitam receber dos profissionais de saúde.

Nesta fase o grupo confirmou seu papel de cuidado/cuidador, pois emergiram os saberes popular e profissional, em relação aos temas discutidos, e em conjunto, clientes e moderador como parte integrante do grupo, compartilharam suas crenças e valores, houve respeito e valorização dos mesmos e a partir disso refletiu-se para identificarmos as práticas de cuidado que puderam ser preservadas, acomodadas ou repadronizadas, para que ocorresse o cuidado cultural coerente.

Observei que o grupo teve capacidade de oferecer o cuidado cultural coerente e foi capaz de oferecer apoio para que ocorresse a repadronização de condutas que o grupo concluiu que eram prejudiciais para eles. Como exemplo posso citar a aceitação do uso de insulina por dois elementos do grupo, que tinham essa indicação de cuidado profissional há mais de seis meses, mas que estavam relutantes em aceitar e, com o compartilhar de experiências, solidariedade e ajuda do grupo iniciaram o tratamento, sentindo-se bem melhor após isso.

e) - FASE DO REPENSAR:

Esta foi a fase de avaliação, que também deu-se de forma espontânea, onde o grupo refletiu sobre as implicações que esta caminhada teve e está tendo em suas vidas, em seu processo de cuidado.

Foi o momento de reflexão sobre os cuidados acomodados, negociados ou repadronizados e a possibilidade de transferir o que foi compartilhado e aprendido para as situações de vida cotidiana.

Eu como integrante desse processo também refleti e fiz a manutenção, acomodação ou repadronização de minha prática assistencial, com o objetivo de prestar o cuidado de enfermagem sem imposição cultural a fim de melhorar a qualidade de vida dos clientes diabéticos.

Usei meus conhecimentos profissionais, mas levei em conta as crenças e valores culturais do grupo para repensar minhas ações, para que fossem aceitas e para culminar no cuidado cultural coerente.

Durante este processo o cliente foi valorizado não pela sua situação crônica, mas sim como Ser Humano em seu contexto social, comportamental e ambiental da vida e saúde, acreditando que todos podem dar e receber cuidado. Por isso mesmo deu-se primazia para os temas emergidos no grupo, do cotidiano dos próprios clientes, que dizem respeito a suas vidas familiares, no trabalho, entre amigos, na vizinhança e em todas as situações que se referem de modo geral, às suas expressões como seres humanos.

A prática assistencial esteve presente em todas as fases desse processo, mas foi principalmente na fase do repartir que o grupo confirmou ser um instrumento possível para a prática do cuidado e cuidou de si. Já a fase da revelação proporcionou informações muito importantes para se conhecer a estrutura social e cultural desse grupo e tudo que está relacionado a ela, pois os temas discutidos emergiram do grupo segundo suas necessidades e serviram de base para o planejamento e execução das ações e decisões de enfermagem para que se desse o cuidado cultural coerente.

5.6 - REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS

No primeiro encontro solicitei permissão ao grupo para usar o gravador e gravar as reuniões, todos aceitaram. Sendo assim, com exceção do primeiro encontro, todos os encontros foram gravados na íntegra, exceto quando algum membro solicitava que o gravador fosse desligado, porque o que iria relatar não queria que saísse no “estudo”, fato que foi respeitado.

Achei coerente não levar o gravador no primeiro encontro, pois o fato de já estar com ele poderia influenciar a decisão do grupo na permissão do uso do mesmo. Então no primeiro encontro fiz anotações das palavras chaves e, logo após a reunião, descrevi detalhadamente os diálogos ocorridos durante a mesma. Apesar de tomar as precauções recomendadas por vários pesquisadores sociais, de não entrar em contato com ninguém antes de fazer a descrição dos diálogos, para que não corresse risco de desviar minha atenção e com isso perder detalhes importantes, com certeza nesse primeiro relato alguns fatos foram esquecidos e outros mencionados segundo a minha percepção. Tentei amenizar essa influência através da apreciação do que tinha escrito pelo grupo, e no encontro seguinte li o relatório que tinha feito, sendo que o mesmo foi aprovado, com algumas alterações.

O restante das reuniões foram gravadas, e logo após transcrevi as mesmas na íntegra, em forma de diário de campo, utilizando para isso a metodologia proposta por TRENTINI e PAIM (1999), onde utilizei 1/3 da folha para a transcrição dos diálogos, e o restante da folha separei em três colunas para proceder a codificação e identificação das categorias.

Inicialmente li atentamente o conteúdo de cada encontro e identifiquei cada diálogo conforme se caracterizavam em notas de observação, notas teóricas e notas metodológicas (SCHATZMAN, apud TRENTINI e PAIM, 1999). Por ser uma pesquisa convergente assistencial, identifiquei também os diálogos em notas de cuidado e notas do diário (TRENTINI e PAIM, 1999). Essas identificações foram anotadas na frente de cada diálogo.

Notas de observação (NO) se referem aos relatos de eventos experienciados por um elemento do grupo e onde o restante do grupo somente ouviu, sem fazer nenhuma interferência; Notas Teóricas (NT) se referem às interpretações feitas por mim no momento em que ocorriam os diálogos ou durante sua transcrição, a fim de entender melhor o significado dos mesmos e relacioná-los com marco conceitual; Notas Metodológicas (NM) se referem às estratégias usadas durante os encontros para facilitar a integração do grupo e conseqüentemente a obtenção dos dados; Notas de cuidado (NC) se referem às ações de cuidado feitas durante as reuniões, podendo ser tanto do moderador como dos clientes; Notas do diário (ND) se referem aos relatos feitos por mim em relação a este trabalho, meus sentimentos, impressões e acontecimentos que julguei importantes.

Na segunda coluna identifiquei os diálogos em relação às fases do processo de formação do grupo, que foram assim classificadas: - Fase do Reconhecimento, que foi caracterizada pela auto-apresentação e relato do cotidiano de ser diabético; - Fase da Revelação, que foi caracterizada pela revelação de sentimentos, desejos e aspirações; - Fase do Repartir, que foi caracterizada pelo compartilhar experiências vividas, valores e crenças; - Fase do Repensar, que foi caracterizada pela avaliação da caminhada do grupo.

Na terceira coluna identifiquei os diálogos conforme o tema em discussão e, por fim na quarta coluna identifiquei os temas por categorias segundo o modelo do sol nascente (LEININGER, 1991): - **Fatores tecnológicos**- que dizem respeito à influência dos avanços tecnológicos no cotidiano do grupo; - **Fatores Religiosos**- como a fé e a religião influenciam seu cotidiano e a prática do cuidado; - **Fatores de parentesco e social**- como a família participa no cotidiano do grupo e como o mesmo sente-se em relação ao seu ambiente social; - **Valores culturais e estilo de vida**- qual é o estilo de vida do grupo e quais suas crenças em relação aos temas discutidos; - **Fatores políticos e legais**- qual a percepção do grupo em relação aos aspectos políticos e legais e como esses influenciam o

seu modo de vida; - **Fatores econômicos**- que dizem respeito às suas condições financeira e quais os recursos que utilizam para atender suas necessidades; - **Fatores educacionais**- que diz respeito à educação formal e também aos valores educacionais que são passados de geração a geração. – **Sistemas de saúde**- que dizem respeito à opinião do grupo sobre os sistemas de saúde popular, profissional e ao cuidado de enfermagem, e como eles influenciam sua prática de cuidado.

Após esse processo de codificação juntei os dados em uma seqüência lógica, conforme se apresentavam e procedi à interpretação dos mesmos com base no referencial teórico.

5.7 - SAIDA DO CAMPO

No primeiro encontro do grupo, quando expliquei detalhadamente os objetivos que teria com esta caminhada, esclareci que o mesmo funcionária até março de 2000.

O grupo aceitou, mas demonstrou interesse em continuar com as reuniões. Esta vontade foi incentivada por mim, mas tive o cuidado de informá-los de que provavelmente não poderia estar presente em todas as reuniões, uma vez que estaria afastada para completar o meu “estudo”.

No último encontro fizemos uma festa de despedida, a reunião se deu no mesmo local de sempre, mas de maneira bastante informal, sem planejamento do assunto a ser abordado. Neste encontro o grupo falou da importância que o mesmo está tendo em suas vidas e planejamos os outros encontros. Por fim, Seu Valentim em nome do grupo agradeceu minha dedicação para com eles e entregou-me um presente, desejando-me muito sucesso .

Eu também agradei a participação e colaboração de todos, colocando-me à disposição dos mesmos e, garantindo-lhes que assim que o trabalho estivesse concluído , receberiam informações do resultado. Todos demonstraram muito interesse em saber os resultados.

Atualmente o grupo encontra-se uma vez por mês e, sempre que possível estou presente, mas a enfermeira Cristina, que acompanhou a caminhada do grupo se faz presente em todas as reuniões.

VI - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos durante os encontros com o grupo foram analisados conforme o modelo do Sol Nascente de Leininger (figura 1), pois a mesma afirma que este modelo serve de guia para que as enfermeiras possam entender a visão do mundo dos cliente e posteriormente planejarem o cuidado.

O modelo Sunrise simboliza o nascer do sol, e está dividido em duas porções. A porção superior retrata os componentes da estrutura social e os fatores da visão do mundo composto pelos fatores tecnológico, religioso, familiar, estilo de vida e valores culturais, fatores políticos e legais, fatores econômicos e fatores educacionais, que influenciam o cuidado e saúde por meio da linguagem e do contexto ambiental. Esses fatores influenciam os sistemas de saúde profissional e popular e o cuidado de enfermagem, que estão retratados na porção inferior do modelo. As duas porções juntas formam um sol completo, que representa o universo que as enfermeiras precisam considerar para compreender o cuidado humano e a saúde (ALEXANDER et al, 1994).

Para obtermos a visão universal do cuidado cultural do grupo de pessoas com *diabetes mellitus*, as informações obtidas durante os encontros, foram agrupadas em duas categorias a saber, dimensões da estrutura cultural e social e sistemas de cuidado de saúde.

5.1 - DIMENSÕES DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL

Dimensões da Estrutura cultural e social, entendida neste trabalho, como um processo dinâmico e de natureza interdependente, compreendendo elementos estruturais ou organizacionais da sociedade formada por um grupo de pessoas com *diabetes mellitus*, e o

modo como esses elementos interatuam e funcionam. Incluem os fatores (sistemas) tecnológico, religioso, político e legal, econômico, e valores culturais, delimitados pelo contexto lingüístico e ambiental (LEINIGER, 1991).

O processo dinâmico e de natureza interdependente que acontece no contexto ambiental do grupo, caracteriza-se como sendo a totalidade de um evento ou situação, ou experiências de vida relatadas, que dão significados e guiam as expressões e decisões do grupo, em relação as situações apresentadas no cotidiano de sua vida, e no seu processo de viver com *diabetes mellitus*.

1 - ESTILO DE VIDA E VALORES CULTURAIS

Refere-se ao estilo de vida do grupo e suas crenças e valores em relação aos temas discutidos. Valor é definido como sendo as forças difundidas, penetrantes e profundamente enraizadas que guiam os pensamentos, decisões e ações de forma padronizada identificadas durante os encontros com o grupo de pessoas com *diabetes mellitus* (LEINIGER, 1978).

Nesta , analisei três subtemas: sentimentos do grupo em relação a ser diabético, causas de diabetes e complicações crônicas que mais nos preocupam.

a) - SENTIMENTOS DO GRUPO EM RELAÇÃO A SER DIABÉTICO

Inicialmente o grupo falou de si. Todos deram seu depoimento e o ponto central, como não poderia deixar de ser foi sua experiência de ser diabético. A maioria deles sente ou sentiram alguma dificuldade como podemos constatar nos depoimentos.

- *Sou diabética a mais ou menos 6 anos, quer dizer faz este tempo que descobri. Tomo comprimido e não quero nunca insulina...é que tive um derrame e minha mão direita não funciona direito, acho que não vou conseguir aplicar com a esquerda. (Luiza)*

Na apresentação de Luiza podemos observar o cuidado profissional em conflito (medo de ter que tomar insulina), pois a mesma não acredita em sua capacidade de poder aplicar-se, atribuindo esta incapacidade pelo fato de ter tido um Acidente Vascular

Cerebral que a deixou com seqüelas. Apesar de Luiza apresentar certa dificuldade com a mão direita, faz todas as suas atividades domésticas, sem ajuda, com a mão esquerda. Relatou também para o grupo que faz trabalhos manuais, bordado em ponto cruz, como atividade para aumentar seu orçamento. Ficando claro que o seu receio de aplicar insulina não é propriamente pela sua dificuldade física, uma vez que para as outras atividades isso não é empecilho nenhum. Valentim que a conhece a algum tempo, compreende seu sentimento e repadroniza o cuidado com a seguinte fala:

- *Se precisar vai sim, tem gente que não tem braço e consegue.*

Evidencia-se também, com este depoimento, o Ser Humano caracterizado por Leininger, como sendo seres provedores de cuidado, que sobreviveram através dos tempos pela capacidade de oferecer o cuidado de acordo com suas culturas, necessidades e cenários diferentes.

A Teoria da Integração de Hernandez (HERNANDEZ, ANTONE e CORNELIUS 1999), originada de um estudo com indivíduos diabéticos tipo I, caracteriza os padrões de comportamento desses indivíduos em três fases: **Tendo diabetes** (*heving diabetes*), **Momento decisivo** (*turning point*) e **Conhecimento de si** (*science of one*).

Para estes autores a primeira fase, **tendo diabetes**, inicia quando o diabetes é diagnosticado e é caracterizada por uma falta ou pouco conhecimento sobre a doença, bem como um desinteresse sobre o seu tratamento e complicações. O foco está em viver a vida como um indivíduo normal, sem diabetes. Algumas pessoas permanecem nesta primeira fase, durante muitos anos e, só termina quando um evento significativo acontece em sua vida e força-o a assumir a vida com diabetes. Na segunda fase denominada **momento decisivo**, a pessoa interessa-se em aprender sobre diabetes e fica envolvido em todos os aspectos do tratamento; o foco é sobre o diabetes. A última fase, **conhecimento de si**, é uma progressão natural da segunda fase e caracteriza-se pela maneira personalizada de viver com diabetes. Nesta fase, há um contínuo aumento no processo de construir uma única, personalizada e exata maneira de viver com diabetes. A pessoa esforça-se para entender sobre diabetes e o foco continua sobre viver com diabetes mas não em detrimento do controle fisiológico (glicêmico). É durante esta fase que ocorre a integração do Eu particular e do Eu diabético. O Eu particular é a pessoa, como vivia antes do diagnóstico de diabetes. O Eu diabético refere-se a um novo Ser que surgiu e precisa ser enfrentado. A

integração ocorre quando o indivíduo aprende a lidar com o seu corpo, a entender seus sinais e sintomas e a usar o conhecimento adquirido, para o seu tratamento.

Esta teoria pode ser utilizada para entender os sentimentos que ocorreram com os sujeitos deste estudo, ao receberem seu diagnóstico de diabetes e está bem caracterizada nos depoimentos a seguir:

- *Já faz 26 anos que sou diabético...10 anos eu tomei comprimido e já faz 16 anos que tomo insulina. Quando eu fiquei diabético eu não aceitava. Fiquei diabético com 27 anos. Eu era motorista de caminhão, foi muito difícil (Flor).*

- *Eu sei bem o que é isso. Eu também era motorista de caminhão, e o motorista anda sempre muito preocupado com a família, com a estrada, com a carga e agora com a doença. Eu lutei muito até aceitar, vivia dizendo que não era, que era passageiro... até que me conformei...agora tomo o meu remédio e vivo bem (Brasil).*

Aceitar uma situação crônica já é difícil, pois a mesma implica em mudanças de hábitos e na aquisição de novas incumbências. Em um estudo realizado por TRENTINI, SILVA e LEIMANN (1990), com clientes crônicos, todos mencionaram que passaram a fazer e ou se preocupar com algo mais em suas vidas. A situação crônica lhes impôs novas tarefas tais como: fazer regime de tratamento, conhecer a doença e saber lidar com os incômodos decorrentes da situação crônica.

A dificuldade aumenta dependendo da ocupação que se tem. A profissão de caminhoneiro representa essas dificuldades, visto que os mesmos permanecem longos períodos fora de casa alimentando-se em restaurantes de beira de estrada e enfrentando todos os tipos de dificuldades que a profissão apresenta. O sentimento de Seu Flor foi entendido por Brasil que relatou as mesmas dificuldades, confirmando o pressuposto de que as condições crônicas de saúde são enfrentadas de melhor maneira quando compartilhadas em grupos.

Esse sentimento foi compartilhado com todo o grupo, e em especial com Seu José que falou:

- *Você fez que nem eu. Quando eu descobri que tinha diabete, há 10 anos atrás, eu tinha mal e mal, estava sempre baixinha...ai eu não acreditava que tinha, não tomava o remédio, tomava cachaça, comia a vontade. Até que comecei a me sentir mal e ter que fazer o tratamento e parar com essas coisas.*

Refleti com o grupo que aceitar ser portador de alguma doença, seja ela crônica ou não, é sempre muito difícil, pois mexe com a nossa auto imagem. Relato a minha experiência quando me descobri hipertensa, que também senti muita dificuldade em aceitá-la. Que geralmente as pessoas ao receberem o diagnóstico passam por vários estágios: Negação, revolta, barganha, depressão e por último, após muita luta, vem a aceitação (KUBLER-ROSS, 1985). Todos se interessam muito e Seu José conclui dizendo:

- *É, ninguém quer aceitar, mas um dia, todos nós vamos ficar doentes...de um jeito ou de outro...é uma realidade, quanto mais cedo a gente entender isso melhor a gente vai viver.*

Falar de si, de seus sentimentos pode ser fácil para algumas pessoas e difícil para outras, como podemos constatar nesse depoimento:

- *Sou diabética há 10 anos, e faz 2 que tomo insulina. Vivo mais ou menos feliz...(Regina).*

Fica com os olhos cheios de lágrimas. Silêncio...Abaixa a cabeça.

O grupo respeitou o silêncio de Regina e continuou, dando mais depoimentos:

- *Eu nem me lembro mais quanto tempo faz que sou diabética, perdi as contas. Tomei comprimido por muitos anos, depois não ficava mais normal e então o médico disse que eu tinha que tomar insulina...no início achei que era o fim de tudo...mas agora estou aceitando e tomo duas vezes ao dia. (Adriana)*

Houve também quem deixasse claro que até hoje apresenta dificuldade em conviver com essa condição, auto intitulado-se de “rebelde”, caracterizando a primeira fase da Teoria de Hernandez:

- *Fiquei diabética com 10 anos, todo esse tempo tomo insulina. Já tive hipoglicemia e hiperglicemia...já fiz cirurgia nos olhos, nas mãos e na vesícula. Ainda sou um pouco rebelde...(Monalisa)*

Três pessoas do grupo afirmam que o diabetes não atrapalha em nada suas vidas, demonstrando que o seu Eu particular está em sintonia com o seu Eu diabético, como podemos constatar :

- *Sou diabético há 21 anos, nunca tive problemas em aceitar isso. Tomo insulina...vivo bem graças a Deus. A minha diabete está sempre normal. (Valentim)*

- *Fiquei diabética depois dos 35 anos. Uso insulina 2 vezes ao dia, viajo, passeio, nada me atrapalha. Levo minha vida normal. (Tia Lu)*

- *Eu já faz sete anos que sou diabética, não tomo insulina, não sei se algum dia vou precisar tomar...Tomo os meus remédios e por enquanto estou muito bem. (Ana Maria)*

Apesar do cuidado estar presente em todos os momentos desses depoimentos, pois o grupo ouviu atentamente o outro , demonstrando interesse e preocupação, ressaltou dois momentos especiais de cuidado. O primeiro quando Valentim inicia a repadronização dos sentimentos de Luiza em relação ao seu medo de tomar insulina e, o segundo, feito por mim, quando acomodo os sentimentos do grupo de não aceitação da condição crônica ou das dificuldades enfrentadas no início da doença, refletindo com o mesmo que isso é um processo que a maioria dos o Seres Humanos passam quando recebem a notícia de que tem alguma doença.

O sentimento mais relatado por este grupo quando do diagnóstico foi o de não aceitação, de continuar vivendo como se não fossem diabéticos ou então da dificuldade de adaptar-se ao novo estilo de vida. Outro sentimento identificado, foi a dificuldade de iniciar o tratamento com insulina, assunto que será abordado com mais detalhes no decorrer deste relato.

b) - CAUSAS DE DIABETES

Os fatores desencadeantes de *diabetes mellitus* citados na literatura, como obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada e hereditariedade são bastante conhecidos, porém não foram reconhecidos como tal para esse grupo de diabéticos. Para eles, diabetes é causada por tristeza decorrente de desavença familiar, perda de um ente querido, susto por algum acontecimento inesperado e, nervosismo. A hereditariedade foi mencionada, porém de forma secundária .

- *Eu acho que a diabetes aparece depois de um susto, uma doença, briga na família. Porque eu descobri que tinha diabete quando meu filho se separou da mulher...ela aprontou...e eu fiquei muito triste, então eu acho que a minha foi causada por essa tristeza. (Ana Maria)*

Achados semelhantes foram encontrados por HUNT, VALENZUELA e PUGH (1998), em um estudo etnográfico realizado no sul do Texas com índios americanos-mexicanos portadores de *diabetes mellitus* tipo II, onde constataram que esses pacientes atribuíram com causa de seu diabetes comportamentos ou eventos ocorridos com eles. Dentre os fatores comportamentais os mais citados foram hábito de fumar, beber, abuso de drogas e falta de sono. Os eventos mais citados foram trauma emocional pela morte de um ente querido , trauma físico causado por algum acidente e também reação alérgica ao uso de alguma medicação . Esses pacientes, ao contrário do grupo que ora relato, também mencionaram como causa de *diabetes mellitus* hereditariedade e dieta inadequada.

Este sentimento foi compartilhado por Tia Lu que relacionou a causa de seu diabetes com a morte de seu pai:

- *Eu concordo que uma tristeza faz a pessoa vir a desencadear diabete. Porque comigo foi igual... eu perdi meu pai. O meu pai era diabético...e eu até poderia vir a ter, mas a morte dele contribuiu, eu não tenho dívidas. (Tia Lu)*

Esta mesma causa foi apontada por Adriana:

- *Eu também, quando descobri que tinha diabete eu tinha recém perdido meu pai...eu gostava muito dele...ele era muito bom para mim. (Adriana)*

Valentim, apesar de dizer que têm vários parentes diabéticos, como pais e irmãos, afirma que o que causou realmente seu diabetes foi uma doença, e argumenta que fazia exame regularmente, mas que até então não tinha nada:

- *A minha família toda é diabética, mas eu não tinha... eu fazia exame 2 vezes por ano, e nunca tinha aparecido...Apareceu depois de uma doença, eu tive cólica renal... fui internado... fiquei muito preocupado... e fizeram exame, e apareceu diabete. (Valentim)*

Regina Faz questão de deixar claro que somente o fator familiar não deixa um pessoa diabética, pois desconhece ter antepassados diabéticos e relaciona sua condição com um susto:

- *Comigo foi um susto...aquela vez do vendaval que descobriu toda a minha casa. Algum tempo depois fui ao médico porque não estava me sentindo bem, fiz exame e tinha começado a diabete. E nem meu pai, nem minha mãe, nem meus avós, ninguém da família tem diabetes. (Regina).*

SILVA (2000), em seu estudo feito em um programa de assistência ao diabético de uma instituição de saúde do município de Florianópolis constatou, que os sujeitos que participaram de sua pesquisa enumeraram três causas para o *Diabetes mellitus*: é doença do corpo, é doença da mente, é carma e vem do mal olhado. A causa doença da mente, foi caracterizada como “entrando pelos sentimentos/emoções, através do sofrimento, das incomodações e da vida agitada”. O sofrimento causado por problemas familiares, foi citado como a origem mais comum do aparecimento e também para a descompensação do diabetes, demonstrando a forte relação que esses sujeitos, assim como os participantes do grupo que estou relatando, estabelecem entre a doença e o seu cotidiano.

Outro fator citado como causador de diabetes, pelo grupo foi nervosismo:

- *Eu acho que o que causou a minha diabetes foi o nervosismo. Eu trabalhava com um pessoal que me incomodavam muito. Eu chegava no serviço nervoso, então eu acho que foi isso, por que eu tenho a parte emocional muito sensível (José).*

O estresse emocional é citado na mídia, na literatura popular e também na científica como desencadeador de várias doenças, e enfatizam a importância de controlá-lo para podermos levar uma vida saudável.

Para TEIXEIRA (1996), o fato de o diabetes ser uma doença crônico-degenerativa e não possuir um agente etiológico determinado pela medicina oficial, mas sim fatores desencadeantes, é que oportuniza a sua relação com várias causas, que podem ser atribuída à fatores orgânicos, aos hábitos dos indivíduos e até mesmo uma explicação mágica ou religiosa.

O depoimento de Monalisa fez o grupo refletir e permitiu a repadronização de algumas crenças:

- *Comigo não aconteceu nada disso. Será que é por causa que eu tenho diabetes desde criança? Eu comecei a ficar mal de repente e não deu 2 semanas eu estava em coma no hospital. (Monalisa).*

A sintomatologia clássica do *diabetes mellitus*, poliúria, polidipsia e perda de peso é bastante conhecida. Em pessoas acima de trinta e cinco anos, estes sintomas podem ser tolerados por semanas, meses e até mesmo anos, antes de surgirem as queixas, mas em crianças e jovens adultos, os desarranjos metabólicos são frequentemente intensos, levando a uma rápida deterioração em poucos dias, com progressão para o coma devido a cetoacidose (DRURY, 1979). Por isso mesmo o diagnóstico do diabetes tipo II pode ser lento e ocorrer somente quando o cliente apresentar alguma complicação crônica, já o do diabetes tipo I é rápido e geralmente está associado a hospitalização.

Incentivei o grupo a refletir sobre as maneiras como foram feitos os diagnósticos da Monalisa e deles. Saliento que em duas semanas Monalisa estava hospitalizada e, que eles sabem lá quanto tempo já tinham e não sabiam. Tia Lu fez o seguinte questionamento:

- *Você está querendo dizer que a diabetes do adulto pode estar com a pessoa muito tempo e ele nem saber? (Tia Lu)*

Afirmo ser verdadeiro o seu questionamento e oriento a necessidade de quem têm diabetes na família, depois dos trinta e cinco anos fazer exame regularmente e sugiro que eles passem esta informação aos seus familiares.

Monalisa Participa do diálogo fazendo a seguinte pergunta:

- *Quem têm diabete sempre tem alguém na família que tinha também?*

Esperei alguns instantes, como ninguém se manifesta respondi que nem sempre, mas diabetes tipo II, a do adulto, é mais comum em pessoas que têm antepassados, e solicito que cada um comente se têm ou não antepassados com diabetes. Todos se manifestam, sendo que somente três membros do grupo negam esta característica.

DRURY (1979), afirma que de cada três diabéticos do tipo II, um conhece antepassados ou parentes diabéticos.

A partir daí o grupo começou a comparar os sintomas que estavam sentindo quando do diagnóstico de diabetes. A maioria mencionou alguma mudança em suas funções fisiológicas que os fizeram procurar auxílio para entender o que estava ocorrendo.

As culturas podem apresentar dois tipos de sistemas de cuidados de saúde, o sistema popular- caracterizado pelo auxílio prestado por familiares ou pessoas sem formação formal, e o sistema profissional que é formado pelas instituições prestadoras de serviço de saúde formalmente legitimada, ou seja pelos profissionais com formação formal. Esses dois sistemas são capazes de proporcionar o cuidado humano culturalmente congruente, e normalmente as pessoas transitam pelos dois sistemas e selecionam as orientações que mais se aproxime com suas crença e valores (LEININGER, 1991).

Os sujeitos deste estudo inicialmente procuraram entender sua sintomatologia com o auxílio do sistema popular, entre amigos, familiares e benzedeiros, que os encaminharam para o sistema profissional para confirmar o diagnóstico.

- *Eu comecei a emagrecer, ficar fraco, estava cada vez mais acabado. Então uma prima me disse que podia ser diabete e me mandou fazer exame. Fui no médico e tinha diabetes. (Seu Flor)*
- *Eu comecei a emagrecer, tomar água, sede...e conversando com uma vizinha que tem diabetes, ela me disse que era diabetes então fiz exames e era mesmo. (Ana Maria)*

- *Eu só dormia e comia e mesmo assim emagreci muito...então o pai me levou para benzer... ele pensava que era vermes, a benzedeira me mandou para o médico.(Monalisa)*

Houve também quem descobrisse seu diabetes através de exames de rotina, não apresentando nenhuma sintomatologia:

- *Eu não sentia nada, fui fazer os exames de rotina... e deu que tinha diabetes. (Luiza).*

Ana Maria que tinha sugerido este tema para discussão diz o seguinte:

- *Como eu pensava, a maioria das pessoas quando descobriram a diabete, estava acontecendo alguma coisa na vida, alguma triste.*

Tia Lu confirma a importância do estado emocional para o controle do diabetes:

- *Também, quando as coisas não vão bem na nossa vida a diabete pode subir... não é só porque você comeu demais.*

Diante desta colocação reafirmo que a alimentação é muito importante para o controle do diabetes, mas realmente o estresse, a preocupação podem aumentar a glicemia, por que durante um período de estresse têm pessoas que comem demais... outras de menos, e também pode alterar os hormônios, dificultando assim o controle do diabetes.

Com esses depoimentos constatei que apesar de a maioria dos componentes do grupo possuírem antepassados com *diabetes mellitus*, a hereditariedade não era uma causa de diabetes significativa para eles, sendo assim fez-se necessário a repadronização dessa crença, para que o hábito de controle periódico da glicemia, de seus familiares, principalmente após os trinta e cinco anos fosse adquirido.

A aceitação desse cuidado como um cuidado culturalmente coerente foi feita pelo grupo, e seus familiares fizeram exames, e de fato foi diagnosticado *diabetes mellitus* em dois parentes de seu Flor :

- *Eu pedi para os meus irmãos, os que não eram diabéticos fazerem exame... e deu que eles também têm diabetes! Em um o exame deu 250 e no outro 200. Eu reuni toda a família e disse que a partir de agora todo mundo vai fazer exame 2 vezes ao ano. (Flor)*

Constato através desses depoimentos que a enfermagem é uma profissão de cuidado e que o cuidar e o cuidado são essenciais para o bem estar do homem, bem como para a sua saúde, cura, crescimento e sobrevivência e o capacita para encarar incapacidades.

c) - COMPLICAÇÕES CRÔNICAS QUE MAIS NOS PREOCUPAM

Dentre as complicações crônicas que afetam os diabéticos as que causam maior preocupação para este grupo são a retinopatia diabética, insuficiência renal e problemas cardiovasculares. Preocupação esta bem justificada pois é sabido que o *Diabetes mellitus* é a principal causa de cegueira adquirida, metade dos diabéticos apresentam hipertensão arterial e são acometidos mais freqüentemente por infecções renais e, têm dezessete vezes mais probabilidades de desenvolverem doença renal terminal do que os não diabéticos de um mesmo grupo etário (BRASIL, 1993a).

O seres humanos são caracterizados pela cultura que vivem, sendo assim a percepção que têm do *diabetes mellitus* também é culturalmente constituída, e suas experiências prévias com a doença influenciam seus sentimentos e condutas atuais. Dos dez diabéticos que compõe o grupo, sete são hipertensos, três já sofreram infarto agudo do miocárdio sendo que se submeteram a cateterismo cardíaco e, um deles já se submeteu a cirurgia de ponte de safena. Três são portadores de retinopatia diabética e fazem controle e aplicação de laser periodicamente, comprovando os dados acima mencionados e também justificando suas preocupações com esses tipos de complicações.

- *Eu tenho um irmão que ficou cego por causa da diabetes e tenho uma irmã que está ficando cega também. Eu já fiz 7 aplicação de laser o ano passado. O médico disse que o problema são as veias, diz que dá varizes no olho. (Seu Flor)*

Todos se mostram muito interessados e fazem várias perguntas relacionadas a esse tema. Aproveito o interesse de todos e mantenho o cuidado mencionado por Flor e mostro a anatomia dos olhos e a fisiologia da visão, com a ajuda de um cartaz. Explico o que é retinopatia diabética.

Quando o cuidado emerge das necessidades do grupo todos mostram-se interessados e compartilham seus saberes e crenças e esse processo se fortalece através da

interação da enfermeira com o grupo, pois a mesma respeita e valoriza os comportamentos que foram culturalmente constituído.

Tia Lu se interessa muito pelo tema e pede maiores esclarecimentos sobre o tratamento, como se faz a cirurgia. Quem responde é o Seu Flor:

- *Essa operação é assim...eles aplicam um laser com a ajuda de uma espécie de pistola. Eles aplicam onde têm varizes ou onde as veias estão vazando, aí então essas veias são cauterizadas. Só que a visão não fica mais como era.*

Neste ponto refletimos sobre o tratamento o qual não recupera a visão já perdida, saliento que o tratamento mantém o nível da visão como está. Por isso a importância da visita periódica ao oftalmologista, quanto mais cedo se descobrir, mais eficaz será o tratamento. Daí a importância do exame periódico do fundo de olho sob dilatação pupilar, que deve ser feito pelo menos uma vez ao ano por todos os diabéticos, independente de apresentarem sintomas ou não (BRASIL, 1993a).

Quando o indivíduo procura ajuda no sistema profissional interioriza suas práticas através das explicações fornecidas pelos profissionais que o assiste, essas orientações são decodificadas e interpretadas segundo sua percepção. Observei que o conhecimento do sistema profissional é incorporado ao saber popular, e as explicações para a complicação cardíaca é dada de forma muito simples, porém aceita e entendida por todos:

- *Nós que temos diabetes temos mais chance de ter problemas no coração, por que se ela ficar sempre alta, o açúcar pode entupir as veias (Ana Maria).*

Esta preocupação é bem fundamentada pois o enfarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral representam as causas mais comuns de morte em diabéticos, sendo que o risco de morte por doença isquêmica do coração é o dobro do esperado em relação a população não diabética (BRASIL, 1993a).

A percepção que cada um tem de seu diabetes é particular e relaciona-se principalmente com as implicações que a doença apresenta em seu cotidiano. O estado de bem estar ou mal estar determinado pelo estado de saúde é visto pelo cliente como a sua capacidade de executar suas funções diárias, já para os profissionais a saúde é definida

através da normalidade dos parâmetros físicos e bioquímicos mensuráveis (KLEINMAN, 1980). Esta diferença de valores pode levar a imposição cultural através de condutas prescritas pelos profissionais que não são entendidas pelos clientes, que as ignoram, tornando-os mais vulneráveis para as complicações crônicas.

- *Eu não entendo...quando eu urino bastante e tenho a boca seca vocês dizem que e porque a minha diabetes está alta...mas isso não me incomoda...eu faço todo o meu serviço...isso não me atrapalha em nada...*
(Luiza)

O estudo feito no Texas por HUNT, ARAR e LARME (1998), com o objetivo de identificar as perspectivas dos profissionais e clientes diabéticos, sobre controle e tratamento do *diabetes mellitus* retrata bem esta dicotomia de valores. O objetivo central na perspectiva dos profissionais pesquisados está em controlar o nível de açúcar no sangue e proporcionar estratégias para que os pacientes façam dieta, exercício e usem a medicação corretamente, caracterizando a sua visão no aspecto da fisiopatologia da doença. Para os clientes o objetivo central de seu tratamento está em conciliar seu diabetes dentro da estrutura de vida, a ênfase está no aspecto social e não sobre a fisiopatologia.

O cuidado culturalmente congruente só poderá acontecer se a enfermeira conhecer os valores e as crenças do grupo para serem usados apropriadamente e de maneira significativa, por isso a importância de se conhecer o indivíduo em todos os seus aspectos e não somente como portador de uma condição crônica.

Para alguns elementos do grupo não basta somente tomar os remédios para se evitar as complicações, é necessário também “se cuidar”, demonstrando novamente que as práticas do sistema profissional estão incorporadas no seu cotidiano:

- *Eu levei muito tempo para entender que para a gente não ter problemas nos olhos e no coração não basta apenas tomar os remédios...precisa também fazer a dieta e exercício, se não a diabete pode atacar os rins também... (Monalisa)*

A doença renal do diabetes atinge cinquenta por cento dos diabéticos do tipo I após um período médio de vinte anos com a doença. Já os diabéticos do tipo II são atingidos em menor escala por esta complicação, observando-se uma prevalência de cinco a dez por

cento para insuficiência renal após vinte anos do diagnóstico (BRASIL, 1993a). Sua instalação é progressiva. Na fase inicial que dura aproximadamente dez anos, ocorre um aumento na taxa de filtração glomerular, com microalbuminúria que não pode ser detectada por exames laboratoriais de rotina. Nessa fase as lesões são ainda reversíveis se houver correção da glicemia. No entanto se esse quadro não for corrigido, culmina na insuficiência renal terminal (DRURY, 1979). Por isso a importância de se seguir a recomendação do Ministério da saúde (BRASIL, 1993a), e realizar exame de urina com cultura, da determinação da proteinúria de vinte e quatro horas e da função renal como métodos para a detecção precoce da insuficiência renal.

Durante estes diálogos percebi que algumas informações deveriam ser repadronizadas, pois alguns elementos do grupo pensavam que o órgão responsável pela “purificação” do sangue fosse o pâncreas, diante disso conversei sobre as funções do rim, o grupo demonstra surpresa diante de minhas colocações:

- *Eu não sabia que o nosso rim era tão importante...Eu pensava que quem purificasse o sangue fosse o pâncreas e por isso que a gente tinha diabetes.(Brasil)*

Acho oportuno também conversar sobre as funções do pâncreas, todos se mostram interessados e concluem dizendo:

- *A insulina é que leva o açúcar do sangue para os músculos...por isso é que a gente nunca deve deixar de aplicar insulina todos os dias.(Monalisa)*

Posso constatar que as crenças, valores ou seja, a cultura é dinâmica e está em contínua evolução ou transformação. Ela segue as vicissitudes dos vários grupos sociais, e modifica-se através de aquisição de novos conhecimentos e comportamentos mediante as necessidades apresentadas pelo grupo.

Constato também que a enfermagem promove o cuidado cultural congruente através da preservação e/ou manutenção do cuidado cultural; acomodação e/ou negociação do cuidado cultural e repadronização ou reestruturação do cuidado cultural, pois algumas crenças foram mantidas outras negociadas ou reestruturadas, através da valorização do conhecimento popular apresentado pelo grupo que junto com o saber científico serviram

para esclarecer dúvidas e geraram novos comportamentos que levaram o grupo a adotar padrões de vida que seja benéfico para melhorar a sua qualidade de vida.

2 - ESTRUTURA FAMILIAR

Com exceção de Monalisa, todos os componentes do grupo são casados e têm filhos.

No decorrer dos encontros os diabéticos falaram de suas famílias, como é a relação entre eles. Percebeu-se que a família tem grande influência no cuidado de cada um, ora de forma benéfica, ora nem tanto.

Neste grupo pode-se observar quatro tipos de família em relação a participação no cuidado, a que participa de forma **fiscalizadora** jogando a responsabilidade do cuidado somente para a pessoa; a **omissa** que não se interessa pela condição crônica de seu membro; a que **nega a doença** e tem o pensamento mágico de que se não falar sobre o assunto o mesmo não estará presente; e a **participativa**, que acompanha seu ente querido em todos os momentos que se relaciona com a condição crônica.

A família fiscalizadora, relaciona-se com seu ente diabético como uma espécie de fiscal, jogando a responsabilidade do tratamento, do cuidado, e das complicações sobre o diabético. O depoimento da Monalisa caracteriza bem esta família:

- *Lá em casa quando eu entro em hipoglicemia eles me dizem que eu sou culpada, eles jogam a culpa toda em cima de mim.... "por que tu não se cuidou...por que fez isso e fez aquilo." Ficam o tempo todo me vigiando, só olham as coisas que eu faço errado...(Monalisa).*

Esse sentimento foi confirmado por Luiza que diz:

- *Como a gente fica triste quando alguém diz ... a senhora não se cuida, a diabete é só se cuidar... seria bom os outros se colocarem no nosso lugar. (Luiza)*

A família omissa não se interessa por nada que diz respeito a sua condição crônica, agem como se a doença não estivesse presente:

- *Lá em casa eles nunca me perguntam como eu estou...Eu nunca mostro os meus exames...nunca perguntam como estava, o que deu, nunca...nem percebem se estou fazendo dieta ou tomando os remédios. (Tia Lu)*

Luiza entende o sentimento de Tia Lu e compartilha com ela a tristeza que dá no desinteresse da família:

- *A gente fica triste...fica com um nó na garganta que não sobe e não desce. É a gente fica triste quando não se interessam pela gente. (Luiza)*

Outro tipo de família identificado pelos depoimentos do grupo, é aquela que evita falar sobre o diabetes, negando a doença, como se o fato de falar sobre o assunto agravasse o estado de saúde do diabético:

- *meu marido também não fica pedindo...Ele se preocupa comigo... me ajuda a fazer a dieta, mas diz que não gosta de falar nisso... quanto mais a gente fala é pior. (Ana Maria)*

A família participativa acompanha o diabético no seu cotidiano e, houve quem fizesse questão de salientar que a sua família participa de forma ativa em tudo o que diz respeito a sua condição crônica e o ajudam no tratamento:

- *Eu mostro todos os exames, a minha esposa e filhas, quando eu chego em casa, depois de vir fazer exames, a primeira coisa que elas fazem é vir saber o resultado...Elas também me ajudam a nunca esquecer de tomar a insulina e também me ajudam na dieta. Procuram não fazer o que eu não posso comer. (Seu Flor)*

A família de José também tem esta característica:

- *A minha mulher é muito cuidadosa comigo, sempre me acompanha nas consultas, sempre me ajuda a não esquecer de tomar os remédios e a fazer a dieta. (José)*

Comportamentos familiares semelhantes foram encontrados em um estudo realizado por KYNGÄS, HENTINEN e BARLOW (1998), com adolescentes diabéticos em um hospital universitário da Finlândia, sobre a influência que os mesmos recebiam dos

pais no seu tratamento. Os autores constataram três tipos de comportamentos: **Motivador**, caracterizado pelo consistente apoio e interesse dos pais na vida do jovem em geral e não somente sobre a doença. Os pais ajudam o diabético a resolver problemas relacionados ao seu auto cuidado, e também os decorrentes da vida diária. **Aceitação**, caracterizado pela aceitação do jovem diabético como ele é. Os pais dão liberdade de escolha para o jovem diabético sobre fazer ou não o seu cuidado. **Controle disciplinado**, onde os pais forçam o diabético a fazer as prescrições de seu cuidado. Eles lembram constantemente os diabéticos da necessidade de se cuidarem.

Regina confirma a preocupação da família, mas diz que a responsabilidade do tratamento é dela:

- *O meu velho e a minha filha se preocupam comigo... mas eu me cuido sozinha, mesmo por que além de cuidar de mim tenho que cuidar deles , principalmente do meu velho que é enfermo, não caminha direito, não sai de casa, vive de cama.*

Outro aspecto bastante discutido no grupo foi a influência da família na adesão a dieta, mostrando que a mesma tanto pode ser um fator facilitador como também de dificuldade para este cuidado:

- *Fazer dieta lá em casa é fácil porque eu e o meu marido estamos sozinhos, então ele não quer comida diferente da minha. (Ana Maria)*
- *Quando eu vou visitar a minha mãe e ela me convida para tomar café, mesmo eu dizendo que não quero açúcar ela coloca, não tem jeito de fazer ela entender que eu não posso comer...(Luiza).*

Com estes relatos observa-se também que quando o membro da família que está doente é o homem, todos os membros participam de seu cuidado. Este comportamento pode ser culturalmente explicado uma vez que desde o início dos tempos o cuidado familiar é feito pela mulher, e apesar de toda a transformação ocorrida ao longo dos tempos na sociedade, ainda hoje a responsabilidade do cuidado é da mulher, sobretudo da mãe, e o homem desempenha o papel de provedor do sustento da família (ALVES et al, 1996).

Tia Lu tem uma sugestão para tentar incentivar a participação familiar:

- *Gostaria que os nossos familiares também viessem nesses encontros para ouvir que o que eu sinto, vocês também sentem, que não é “manha”... acho que eles me entenderiam melhor. (Tia Lu)*

Todo o grupo concordou com a sugestão , e Valentim sugere que inicialmente se faça um almoço de confraternização com todos os familiares.

O almoço aconteceu no dia 20/11/1999 , um domingo ensolarado. O lugar escolhido pelo grupo era muito agradável, um galpão de um camping as margens de um riacho. Com exceção de Regina, que alegou não poder participar devido a enfermidade de seu marido, todos participaram desse encontro e trouxeram seus companheiros, pai, filhos, genros, netos e irmãos. Ao todo éramos em vinte e sete pessoas.

Vale ressaltar que apenas o marido de Tia Lu veio, os filhos, segundo ela não quiseram comparecer, confirmando mais uma vez o desinteresse dos mesmos em participar do cotidiano de sua mãe.

Após o almoço, sentamos todos junto num grande círculo e o grupo conversou sobre a importância dos encontros e da participação familiar:

- *O José melhorou muito depois que começou a participar desses encontros, está mais animado, menos nervoso...é outro homem. (esposa de José)*

Tia Lu me agradece por ter iniciado o grupo, e diz que a presença da família nesses encontros é muito importante.

Aproveito a oportunidade para falar da importância do apoio da família no acompanhamento e no tratamento de seus familiares. Enfatizo que todas as pessoas precisam de apoio, interesse e cuidado e convido os familiares a participarem dos encontros.

O esposo de Adriana reforça minhas palavras:

- *A família é o ponto de apoio para qualquer coisa, o marido, a esposa e os filhos devem sempre apoiar, incentivar, se não a vida se torna muito difícil.*

Após esse encontro alguns familiares começaram a participar das reuniões do grupo, mas infelizmente os familiares de Tia Lu não comparecem em nenhum dos encontros.

3 - FATORES ECONÔMICOS

Observa-se neste grupo que com exceção de Monalisa que trabalha, todos os outros são aposentados ou dependem da aposentadoria do companheiro para sua subsistência. Observa-se também que nenhum consegue subsistir somente com o ganho da aposentadoria, tendo para isso algum outro tipo de renda, quer seja de economia que arrecadou ao longo da vida ou da ajuda de filhos:

- *Quando eu me aposentei eu vivia bem...em 2 anos de aposentado perdi quarenta e oito por cento...Agora está difícil, eu até pensei em vender alguma coisa. E isso me preocupa, porque quando a gente tem que vender o patrimônio para sobreviver, é porque a coisa está muito ruim (Brasil).*

A perda do valor da aposentadoria é confirmada por Valentim :

- *É verdade, eu sempre paguei para me aposentar com 10 salários mínimos e hoje recebo 7 salários. Eu não posso me queixar porque tenho a oficina mecânica, mas se eu dependesse só da aposentadoria estaria muito difícil. (Valentim)*

Seu Flor explica a razão da desvalorização da aposentadoria:

- *O problema que o salário de aposentadoria não é o mesmo que o salário mínimo. Para quem ganha mais de um salário de aposentadoria vem o salário base. Vejam só, o salário mínimo hoje é 136 reais, e o salário base para aposentadoria é 105 reais. (Flor)*

Regina deixa claro a dificuldade que tem em sobreviver com a aposentadoria :

- *Nós só conseguimos comer porque o filho paga os remédios. Nós passamos a nossa casa para ele, em uso fruto, nós moramos na parte de cima da casa e ele na de baixo. Então, água, luz, IPTU, todos os*

impostos é ele quem paga. Porque com 130 reais só dá para comer, e olhe lá... tem que ser bastante econômica. (Regina)

Luiza confirma que somente com a aposentadoria seria muito difícil sobreviver:

- O meu marido é aposentado, nós temos o nosso porão alugado, eu também tenho um pensionista, então a gente ganha um pouquinho ali, outro pouquinho lá...mas tudo tem que ser muito bem planejado, a gente tem que viver sempre dentro do orçamento. (Luiza)

Dois elementos do grupo relatam não ter dificuldades financeiras:

- A gente tem que saber da onde vem o dinheiro para saber gastar...Quando eu me casei nós não tínhamos nada...nós dois trabalhamos que nem louco, mas hoje eu não posso me queixar...o que eu quero eu compro, não passo vontade. (Ana Maria)

- Eu também não posso me queixar, eu e o meu marido somos aposentados, temos a nossa casa, o nosso carro e alguns imóveis, então não passamos necessidade, mas não dá para facilitar...(Adriana).

Constato que neste grupo há uma diversidade de situações econômicas, e que isso é uma amostra da característica da Associação, reforçando a necessidade de se refletir e de utilizar o conceito de Equidade, mostrando claramente que em relação a necessidade econômica, nem todos devem ser tratados da mesma maneira e sim cada um segundo suas necessidades, permitindo com isso que todos possam ter acesso ao tratamento medicamentoso, que como já mencionado, é de uso contínuo e de fundamental importância para o controle do *diabetes mellitus*.

4 - FATORES RELIGIOSOS E FILOSÓFICOS

As crenças espirituais, em geral, auxiliam as pessoas em momentos de tensão tal como durante o curso de uma doença e, tradicionalmente, converge para um Deus que é superior a todo o indivíduo, e ocupa-se da relação entre o indivíduo e esse Deus. A religião fornece recursos que podem ajudar a pessoa encarar sua nova situação (Du Gas, 1978).

A religião predominante no grupo é a católica, isso se dá provavelmente pelo fato de a maioria serem de origem italiana, tendo um ancestral próximo (pais ou avós), que vieram da Itália. A Religião está muito presente no cotidiano do grupo, e manifesta-se pela fé nos santos e nas orações em forma de novenas e também pelo uso de velas.

- *No canto da cozinha eu tenho imagens da Nossa Senhora Aparecida, Santa Marta e Santa Rita e um feixinho de novena...quando estou com o serviço pronto, sento na frente e rezo. Peço proteção para todos os filhos, para os amigos e também para os inimigos.(Luiza)*
- *A vela é luz, ilumina as energias...(Monalisa).*

Expressar a fé em forma de conversa com Jesus também está presente no grupo e, esta conversa acontece principalmente nos momentos difíceis de suas vidas, quando necessitam obter uma “graça”:

- *Se você quer obter uma graça, peça a Jesus...Você vai falar com Jesus, com as tuas palavras. Você não precisa usar palavras escritas, você pode empregar a tua cultura...Você diz aquilo que o teu coração mandar. (Tia Lu)*

Sob o ponto de vista da religião a doença é vista por alguns elementos do grupo como sendo um coisa ruim enviada por Deus, uma prova que a pessoa necessita passar para se redimir, ou uma prova que o indivíduo necessita dar para confirmar seu amor por Deus. Desde a pré história a doença era interpretada como o resultado de um feitiço, o desrespeito a normas ou um castigo dos deuses, caracterizando a interpretação mágico-religiosa da doença, que apesar dos avanços da medicina, ainda encontra-se quem acredite nisso, principalmente entre a população leiga (FACCHINI, 1994).

- *Deus me deu só duas coisas ruins, mas me deu muita coisa boa... Ele me deu a diabete e me deu esse problema na perna e no braço.(Luiza)*

Essa crença é repadronizada por alguns elementos do grupo que acreditam que o que acontece em suas vidas não é somente obra de Deus, mas sim as conseqüências de seus atos, de sua maneira de viver:

- *Para mim o que acontece na vida da gente, de bom ou ruim, não é obra de Deus...são coisas que acontecem , não é mandado por Deus...(Tia Lu)*

Para outros a doença é vista como uma fase esperada no processo de viver, e ela acontecerá para todos.

- *Uma coisa é certa, mais cedo ou mais tarde a gente vai ficar doente, é a lógica, porque nós estamos envelhecendo... o nosso corpo vai se desgastando (Brasil).*

A religião é uma instituição social e espiritual e a crença advinda dela quase nunca tem um caráter exclusivo, pelo contrário, faz parte de processos coletivos, no qual o indivíduo pode contar com o apoio familiar ou da comunidade, isso é evidenciado pela necessidade de ouvir a palavra de Deus, freqüentar a igreja, professar a sua fé em comunidade (ELHART et al, 1983):

- *Todo o domingo eu vou na igreja...a gente tem que ouvir a palavra de Deus...participar com a comunidade...(Regina).*

Durante esses diálogos todos expressaram suas opiniões, confirmando o pressuposto inicial de que na convivência em grupo cada indivíduo expressa suas crenças e valores, sente-se respeitado enquanto elemento único que compõe o grupo e, suas opiniões são aproveitadas e tem valor para o desenvolvimento do mesmo.

O conceito de cultura de Leininger (1991), também pode ser identificado, pois as crenças e valores guiam o pensamento do grupo e auxiliam-no nas tomadas de decisões e, esses valores e crenças é culturalmente constituído, pois foram aprendidos das gerações anteriores e agora estão sendo repassadas para seus descendentes, acrescido das crenças e valores próprios de sua época.

5 - FATORES POLÍTICOS E LEGAIS

Os dados aqui apresentados referem-se a percepção do grupo em relação aos aspectos políticos e legais e como esses influenciam o seu modo de vida.

Para este grupo de diabéticos, apesar das facilidades advindas do progresso para melhorar a qualidade de vida, encontram dificuldades que antigamente não sentiam. Relatam que hoje a vida está mais difícil por causa da inflação, violência urbana, incapacidade da polícia em resolver os problemas e também a corrupção existente entre os políticos. Apesar de morarem em uma cidade do interior, com sessenta mil habitantes, sentem-se inseguros quando vão ao banco para receberem suas aposentadorias, pois várias pessoas já foram assaltadas.

- *Uma amiga minha foi no banco tirar a aposentadoria e foi roubada...levaram os 180 reais dela...não tinha um guarda por perto para ajudá-la ... (Regina).*

- *Mas a gente não pode depender da polícia...eles nunca resolvem nada... (Ana Maria).*

Esta insegurança sentida quando vão receber a aposentadoria, faz com que alguns mudem seus hábitos e sugerem para o grupo que faça o mesmo:

- *Quando a gente for receber a aposentadoria, nunca ir sozinho...sempre levar alguém junto... (Luiza).*

Posso observar que a convivência em grupo promove o cuidado culturalmente congruente e caracteriza-se por ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, para melhorar o bem estar ou o status de saúde do grupo, bem como condições humanas gerais, que não dizem respeito somente a sua condição crônica, mas está relacionado também com o estilo de vida em seu contexto ambiental.

O grupo argumenta que essa insegurança é fruto do desenvolvimento, é o preço que a sociedade tem que pagar pelo progresso, mas ao mesmo tempo constatam que isso pode ser decorrente do mau exemplo dado pela classe governante e mostram-se indignados com alguns acontecimentos relatados pela mídia que afeta significativamente suas vidas, mas ao mesmo tempo sentem-se impotentes por não poderem interferir de forma mais efetiva.

- *O maior problema do Brasil é a ladroeira dos políticos, dos altos funcionários do governo...o dinheiro nunca chega onde precisa, fica tudo com eles...O INPS, por exemplo...faz quanto tempo que estão roubando? Não dá para entender como não resolvem isso...e quem paga somos nós*

com mais e mais impostos... tem horas que dá vergonha de ser brasileiro...Político nenhum ganha mais o meu voto...(José)

Este depoimento mostra claramente o que RESENDE (1992), chama de **cultura do negativismo**. Temos muitos motivos, passados e recentes, de origem política, econômica e moral favorecendo o cultivo do espírito negativista e pessimista. Para este autor o brasileiro não é intrinsecamente negativista ou pessimista, ele se tornou assim devido a frustrações, com sucessivos fracassos dos governos, a constante demagogia e irresponsabilidade dos políticos e o aumento da corrupção.

- *O Brasil para endireitar só mudando quem manda...até que tiver esta turma lá em cima...(Brasil).*

Através do diálogo participativo o grupo conclui que todos somos responsáveis pelos acontecimentos e que uma maneira de modificar esta situação é através do exercício da cidadania, votando de forma correta e fiscalizando as ações dos políticos que elegemos, mas ao mesmo tempo constatam que isso levará muito tempo, e que as gerações futuras ainda pagarão um preço bastante alto por tudo isso que está ocorrendo.

6 - FATORES TECNOLÓGICOS

Leininger em seus escritos afirma que os fatores tecnológicos influenciam as praticas de saúde e conseqüentemente o bem estar dos indivíduos, porém não esclarece o que são esses fatores. Sendo assim necessitei buscar subsídios em outros autores para entender o que é tecnologia.

MERHY et al citados por TRENTINI e GONÇALVES (2000 p.?), afirmam que a tecnologia a “tecnologia tem como referência o trabalho que se produz como uma ação intencional sobre a realidade a fim de produzir bens e produtos simbólicos.”

As tecnologias na área da saúde foram agrupadas pelos autores anteriormente citados em três categorias: 1- **Tecnologia dura**- representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário do tipo permanente e de consumo. 2- **Tecnologia leve-dura**- inclui saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam na saúde. 3- **Tecnologia leve**- que se expressa como processo de produção da comunicação, das

relações, dos vínculos que conduzem ao encontro com o usuário com necessidades de saúde.

Neste grupo de diabéticos, os fatores tecnológicos mais citados, podem ser agrupados nas primeira e segunda categorias, pois o mesmo discutiu o avanço tecnológico relacionado ao tratamento do *diabetes mellitus*, e também as facilidades de conforto do dia a dia advinda deles. Um dos aspectos mencionados foi a descoberta da insulina, alguns elementos relataram que isso foi uma grande descoberta da ciência e graças a isso o diabético aumentou sua sobrevivência.

- *Eu agradeço todo o dia que descobriram a insulina. Só assim eu vivo bem...imagina quantas pessoas já estariam mortas se não tivesse insulina?(Tia Lu)*

A insulina foi descoberta em 1921, por dois pesquisadores canadenses, Frederick Bating e Charles Best. Essa descoberta veio prolongar a vida de milhões de diabéticos que fatalmente morreriam precocemente, sem o uso desse medicamento (BRASIL, 1993a).

Refletem também sobre os avanços na fabricação de insulina, lembram que antigamente existia insulina de 40U e de 80U e que isso dificultava a aplicação. A partir de 1989, a portaria n. 11, de 01.09.89 – DIMED, do Ministério da Saúde, padronizou a apresentação das insulinas regular e NPH em 100U por centímetro cúbico, em todo o território nacional, facilitando assim a prescrição e a utilização das mesmas (BRASIL, 1993a).

- *Outra coisa boa é que já existe a insulina 80/20, já vem misturada a NPH e a Regular.(Valentim)*

Alguns elementos que não sabiam deste fato mostram-se surpresos:

- *Eu faço regular e NPH e tenho que misturar...e já existe pronta...que importante.(Adriana)*

A insulina, de acordo com a preparação, é classificada em insulina regular ou simples, NPH e lenta. A insulina regular ou simples é de ação rápida, sendo que sua ação inicia 0,5 a 1 hora após aplicação, alcançando seu pico de ação após 2 a 4 horas e, tendo sua duração por 5 a 7 horas. As insulinas NPH e lenta são de ação intermediária e seus

tempos de ação no organismo duram de 24 a 28 horas, sendo que o início da ação ocorre em torno de 1 a 3 horas após a aplicação e seus picos entre 6 a 12 horas (BRASIL,1993).

Outro fator que surpreende alguns elementos do grupo é quanto a origem da insulina:

- *Eu não sabia que existia esses tipos de insulina...de porco , de boi e humana.(Brasil)*
- *Eu também não sabia. Eu sabia que era feita do pâncreas do boi e do porco, mas não sabia que tinha humana.(Ana Maria)*
- *A insulina humana é bem melhor, eu me sinto muito bem depois que comecei a tomar insulina humana. (Tia Lu).*

Dos dez diabéticos do grupo, quatro possuem aparelho para medir a glicemia capilar, fazendo seu controle diário no domicílio. Alguns elementos do grupo comparam as possibilidades do controle e tratamento do diabetes agora e quando descobriram seu diagnóstico.

- *Hoje em dia está mais fácil para a gente se cuidar... quase todo mundo tem energia elétrica, geladeira para guardar a insulina e até o aparelho para fazer exame em casa. (Flor)*

Segundo BRASIL (1993), a insulina deve ser estocada em refrigerador a uma temperatura em torno de cinco graus centígrados. O frasco em uso pode ser mantido à temperatura ambiente, sem que fique exposta ao sol.

Todos os diabéticos deveriam fazer a automonitorização, independente ou não de serem insulino dependentes. Infelizmente, no Brasil, esta prática ainda é feita por uma parcela muito pequena de diabéticos, seja por problemas financeiros ou falta de orientação dos profissionais, e a conduta terapêutica, em geral, é tomada a partir de um exame de glicemia por mês ou a cada dois meses, demonstrando a precariedade da assistência a essa clientela (BRASIL, 1993a).

Observo, através destes depoimentos, o valor terapêutico do grupo, pois o mesmo compartilha experiências, oferece orientações contextualizadas a partir de experiências vividas, fomentando esperança, solidariedade e altruísmo.

7 - FATORES EDUCACIONAIS

No que se refere a educação formal, a maioria dos componentes do grupo possuem o primeiro grau incompleto. Monalisa completou o segundo grau e Tia Lu não terminou o terceiro grau.

O grupo argumenta que não frequentaram a escola pela dificuldade de acesso, pois moravam no interior e não havia muitas escolas e também por problemas financeiros, tinham que permanecer em casa ajudando na agricultura.

- *Eu ia para a escola só quando chovia, porque nos dias de sol tinha que trabalhar na roça...(José)*
- *Eu estudei até a quarta série, depois tive que trabalhar, não deu mais para estudar...(Valentim)*
- *Eu também tive que parar de estudar e só trabalhar...De solteira eu me formei no curso normal... Depois que casei fiz vestibular para pedagogia, passei...mas não consegui terminar...era muito caro...então eu sempre trabalhei como professora primária...ma sempre tive muita vontade de estudar. (Tia Lu)*
- *Eu sei ler e escrever, nunca fui na escola...Nós fomos criados no mato, mas no mato mesmo, que nem índio...Meu pai era madeireiro e nós íamos com ele cortar madeira. Aprendi a conviver com a natureza, tomávamos água de taquara, banho no rio e comíamos o que caçávamos ... era uma vida dura, mas muito boa...Aprendi a respeitara natureza e os outros ...(Brasil)*

Segundo o grupo, a falta de educação formal não os impediu de arranjar emprego, aprender os valores da vida, terem uma profissão.

- *Mesmo sem ter estudo eu trabalhava na Sadia. Eu comecei a trabalhar com 14 anos...Trabalhava na inspeção de porcos...fiz um treinamento e tinha um quadro para comparar. Eu inspecionava cabeça,*

coração, intestino. As doenças que eu mais encontrava eram tuberculose, aftosa e pipoca...parei de trabalhar quando casei. (Luiza)

- *Pois eu não estudei e também nunca trabalhei fora... mas trabalhei muito na minha vida, trabalhava na roça e cuidava da casa, dos filhos, da roupa...naquele tempo a gente trabalhava que nem um animal...(Regina)*

O grupo refletiu sobre a importância da educação formal e afirmam que fizeram de tudo para que seus filhos pudessem completar os estudos, para que tivessem uma vida mais fácil, conseguissem um emprego melhor.

Concluíram também que apesar de não terem muito estudo, aprenderam e continuam aprendendo muito com a vida, e afirmam que alguns valores importantes da vida não se aprende somente na escola e que hoje, muito podem aprender com os outros, com leituras e também com a televisão.

- *Apesar de eu não ter estudo, sempre fui muito ativo, sempre sai muito e li muito também...Eu leio pelo menos 15 minutos por dia...isso deixa o meu cérebro sempre funcionando...todos deveriam fazer isso.(Brasil)*

- *É...tem certas coisas que a gente aprende com a vida...respeitar os mais velhos...cuidar dos mais velhos...isso não precisa ir na escola para aprender...isso é uma coisa que eu sempre ensino para as minhas filhas.(Seu Flor)*

- *Eu gosto muito de assistir televisão...tem muita entrevista interessante... a gente sempre aprende...(Tia Lu)*

O grupo lamenta a pouca importância dada no nosso meio para as pessoas mais velhas, com experiência, afirmam que eles que já viveram muito, teriam muito que ensinar para os mais novos.

- *É uma pena que aqui no Brasil as pessoas mais velhas não têm muito valor...imagina se nós fossemos aproveitados para ensinar os mais*

novos...todos nós temos o que ensinar...porque nós já vivemos muito...aprendemos muito com a vida. (Brasil).

5.2 - SISTEMAS DE SAÚDE

Os sistemas de saúde estão representados na porção inferior do modelo do Sol Nascente de Leininger, e suas características podem ser conhecidos quando os dados fornecidos pelos sujeitos pesquisados vão se afinando e fornecem informações específicas sobre eles.

As culturas podem apresentar dois tipos de sistemas de saúde, o sistema popular e o sistema profissional, e são capazes de proporcionar cuidado humano, saudável, benéfico e congruente (LEININGER, 1991). Afirma também, que a enfermagem deve servir de elo de integração entre eles, reconhecendo as práticas e valores do sistema popular para que junto com as práticas e valores do sistema profissional resulte o cuidado culturalmente congruente, ou seja sem etnocentrismo ou imposições culturais. Pois quando uma pessoa necessita de cuidados, geralmente transita entre essas alternativas e escolhe as recomendações que faz sentido para ela, e o atendimento profissional sem levar em consideração o mundo cultural do cliente, pode resultar na não adesão ao tratamento ou então na procura de outro sistema.

1 - SISTEMA PROFISSIONAL

O sistema profissional são os serviços de cuidado ou cura organizados e interdependentes, identificados e oferecidos por vários profissionais de saúde (LEININGER, 1985). Compreende as instituições e profissões de saúde sancionadas legalmente e, a exemplo das outras alternativas, é delimitado culturalmente e por isso mesmo deve-se sempre considerá-lo no contexto de valores básicos, ideologia, organização política e sistema econômico da sociedade em que foi criado.

Atualmente, o sistema profissional de saúde no Brasil é constituído por três segmentos principais: o público, vinculado às esferas federal, estadual e municipal; o segmento privado contratado e pago pelo setor público e, o segmento privado liberal e

pago pelo usuário ou pela empresa em que trabalha. Os segmentos público e o privado contratado constituem o SUS – Sistema Único de Saúde.

Pelo fato da maioria dos componentes do grupo dependerem do atendimento feito pelo Sistema Único de Saúde e, este trabalho ter sido implementado nesta alternativa de sistema, farei um breve relato de sua criação e de seus principais preceitos.

Conforme definido pelo artigo 4^o da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990) o Sistema Único de Saúde “é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e, complementarmente,... pela iniciativa privada”.

Baseado nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários previstos no artigo 198, da Constituição Federal:

Universalidade- Todas as pessoas têm direito à saúde, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal.

Equidade - Todo o cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido e acolhido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, com diferenças em relação ao seu modo de viver, de adoecer e também com diferentes oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Assim, os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para atender a cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes. O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares. Se isto ocorrer, algumas pessoas vão ter o que não necessitam e outras não serão atendidas naquilo que necessitam. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais.

Integralidade - As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação. Os serviços devem funcionar atendendo o indivíduo com um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer. O indivíduo não deve ser visto como

um amontoado de partes. O indivíduo é um ser humano, social, cidadão que, biológica, psicológica e socialmente, está sujeito a riscos de vida. Desta forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças. Isto exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar danos.

Estas ações de promoção, proteção e reabilitação, formam um todo indivisível. As unidades prestadoras de serviço, com seus diferentes graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar atenção integral.

Regionalização e Hierarquização- a rede dos serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

Resolutividade - Esse sistema deve estar apto, dentro do limite de sua complexidade e capacidade tecnológica, a resolver os problemas de saúde que levem um paciente a procurar os serviços de saúde, em cada nível de assistência. Deve ainda, enfrentar os problemas relacionados ao impacto coletivo sobre a saúde, a partir da idéia de que os serviços devem se responsabilizar pela vida dos cidadãos de sua área ou território de abrangência, resolvendo-os também até o nível de sua complexidade.

Descentralização - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Deverá haver profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, como nítido reforço do poder municipal sobre a saúde – a este processo dá-se o nome de municipalização. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde diretamente voltadas para os seus cidadãos.

Participação dos cidadãos - É a garantia constitucional de que a população através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Esta participação deve se dar nos conselhos de saúde (nacional, estadual e municipal) com representação paritária de usuários, governo, profissionais da saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo. As conferências de saúde nas três esferas de governo são as instâncias máximas de deliberação, devendo ocorrer periodicamente e definir as prioridades e linhas de ação sobre a saúde. É dever das instituições oferecer informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à saúde. A representação dos conselhos de saúde que é definida pela lei 8.142/90 (BRASIL, 1990), determina que os mesmos deverão ser paritários e tripartites, em todas as esferas de governo, com a seguinte composição: $\frac{1}{2}$ de usuário do sistema; $\frac{1}{4}$ de prestadores de serviços; $\frac{1}{4}$ de trabalhadores do sistema.

A constituição definiu que quando, por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados, isto se deve dar sob três condições: A celebração do contrato conforme as normas de direito público; A instituição privada deverá estar de acordo com os princípios e normas técnicas do Sistema Único de Saúde; A integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS em, termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dentre os serviços privados, devem ter preferência os não lucrativos conforme determina a Constituição.

O grupo comentou o atendimento prestado pelo sistema profissional no que se refere a assistência laboratorial, hospitalar e ambulatorial.

a) - ASSISTÊNCIA LABORATORIAL

Os diabéticos utilizam a assistência laboratorial para realizarem seus exames de rotina, que são solicitados pelos profissionais do SUS. Alguns elementos do grupo relatam suas experiências com este segmento, ressaltando algumas situações que os incomodaram:

- *Algum tempo atrás eu fui fazer exame de glicose no laboratório X e tive que pagar a metade. Eu concordei, mas acho que não está certo...(Adriana)*

Com este depoimento constato que o princípio da universalidade não está sendo seguido em nosso município, pois como dito anteriormente, todas as pessoas têm direito à saúde, sendo que a mesma é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal.

Alguns elementos do grupo mostram-se mais esclarecidos e argumentam que os exames solicitados pelos profissionais do SUS não devem ser pagos, pois o laboratório recebe do governo para fazê-los. Esclarecem ainda que em cada município existe uma lista de exames que são pagos pelo SUS, se por ventura a pessoa necessitar fazer algum exame que não conste nesta lista, aí sim, o laboratório cobrará pelo serviço, pois o mesmo não será pago pelo governo.

- *Eu sei que sempre que nós formos fazer qualquer exame que foi pedido no SUS, não paguem...Se for um exame que o SUS não paga, então não precisa deixar a requisição...Os exames que estão na tabela do SUS, não tem que pagar.(Monalisa)*

Diante desta colocação, mantenho a informação de Monalisa e solicito a mesma para nos trazer a lista de exames pagos pelo SUS, para que todos tomem conhecimento dos mesmos. Constato aqui, o pressuposto de que a enfermagem promove o cuidado cultural congruente através da preservação e/ou manutenção do cuidado cultural, pois o mesmo foi fornecido por um elemento do grupo e, capacitou todo o grupo para utilizarem seu direito de cidadão. Este cuidado também despertou no grupo a usarem a cidadania com naturalidade e constância, pois como afirma RESENDE (1992), cidadania é um estado de espírito e uma postura permanente que levam as pessoas a agirem, com objetivos de defesa de direitos e de cumprimento de deveres civis e sociais. É para ser praticada todos os dias, em todos os lugares, em diferentes situações, com variadas finalidades.

Outra experiência que o grupo fez questão de compartilhar foi a desconfiança que tem em relação aos resultados de seus exames, quando feito pelo laboratório. Relatam que já testaram os laboratórios de várias formas, já fizeram o mesmo exame em vários laboratórios da cidade e até mesmo de municípios vizinhos, com o objetivo de compararem os resultados e, o que constataram deixou-os desconfiado deste segmento do sistema profissional:

- *Eu já testei todos os laboratórios da cidade. Já fiz o mesmo exame, no mesmo dia, com diferença de minutos em todos os laboratórios. Depois comparei os resultados, deu tudo diferente. (Seu Flor)*

Esta experiência foi feita também por Valentim, que afirma ter constatado a mesma coisa:

- *Eu também fiz esta experiência, e os resultados também foram todos diferentes. (Valentim)*

José mostra-se mais enfático em sua conclusão:

- *Eu acho que eles nem fazem o exame...eles botam lá mais ou menos... (José)*

Segundo DILTS, HALLBOM E SMITH (1993), as crenças representam uma das estruturas mais importantes do comportamento e, conseqüentemente nos comportamos de maneira congruente a elas. O fato de alguns elementos do grupo não acreditarem no resultado de seus exames pode gerar a crença que os autores acima citados denominam de **expectativa de reação**, pois a desconfiança dos diabéticos no resultado de seus exames, pode levá-los a não considerar esses resultados como parâmetros para a adesão ao tratamento, fazendo com que mesmo tendo um resultado de glicemia alterado, não considerem como sendo um fator que deva ser corrigido para prevenir as complicações crônicas.

Diante disto senti a necessidade de repadronizar esta crença, e refleti com o grupo que muitos fatores estão envolvidos no resultado de um exame de laboratório. Depende da técnica de realização, do método de leitura e no caso de exame de glicose, alguns momentos de diferença na coleta do material pode resultar em resultados diferentes. Após estas reflexões o grupo chegou em um acordo, conversar com o bioquímico responsável pelo laboratório, sempre que desconfiarem do resultado de seus exames.

Houve também quem fizesse questão de dizer que nunca sentiu insegurança ou outro tipo de problemas em relação aos laboratórios:

- *Eu nunca tive problemas no laboratório. Desde que sou diabética, nunca tive problemas em ser atendida, ou me deixaram de fazer algum exame...eu só tenho que elogiar o SUS...(Tia Lu).*

b) - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Todos os elementos do grupo, exceto eu, já necessitaram da assistência hospitalar. A admissão e permanência em um hospital representa quase sempre uma experiência desgastante para a maioria das pessoas. Com a hospitalização perde-se a privacidade, o controle de sua vida, sua rotina diária (SCHULL, 1996). A cultura hospitalar com suas rotinas rígidas, sua linguagem desconhecida, muitas vezes gera estresse, apesar de ter como objetivo a rápida recuperação do bem estar. A hospitalização gera sentimentos como medo, insegurança, revolta e preocupação. Esses sentimentos, durante a hospitalização, podem ser gerados pela conscientização da vulnerabilidade ou então da incerteza da competência técnica dos profissionais que irão lhe prestar cuidados. Outro fator gerador destes sentimentos, pode ser a incongruência do cuidado, pois muitas vezes os profissionais concentram-se somente no diagnóstico e não consideram outras necessidades apresentadas pelos clientes.

A incongruência do cuidado gerando revolta, pode ser identificado com o depoimento de Monalisa:

- *Em maio eu entrei em hipoglicemia, me levaram para o hospital e eu fugi de lá. Quando eu me senti melhor, fiquei consciente...Eu estava gelada e não me traziam uma bolsa de água quente. Ai eu tirei o soro por conta e fui embora. A enfermeira me deu um papel para assinar, assinei e fui embora. (Monalisa)*

Este tipo de comportamento por parte do cliente, pode ser resultado do trabalho da enfermagem, que segundo ALVES et al (1996), são dirigidos por rotinas desenvolvidas há anos, rotinas essas que na maioria das vezes evitam o envolvimento dos profissionais com os clientes, burocratizam o relacionamento, tiram as individualidades e fragmentam o ser humano.

Para LEININGER (1991), com o avanço das ciências médicas a enfermagem sentiu-se desvalorizada em suas atividades de cuidar e passou a incorporar práticas baseadas no modelo médico e, o cuidado humanístico deu lugar a práticas de assistência centrada nos sinais e sintomas das doenças e também para o cumprimento das prescrições médicas, gerando sentimentos de frustração tanto para o profissional como para o cliente.

- *Quando eu preciso ficar internado sempre fico muito nervoso...a minha diabete não baixa de 240...(Valentim).*

Uma das preocupação do grupo era de como os profissionais do hospital os tratariam se eles tivessem algum acidente ou mal súbito, e chegassem ao hospital inconsciente. Tinham medo de não serem identificados como diabéticos e que lhes fosse aplicado algum medicamento contra indicado.

- *Uma coisa que me preocupa, é se algum dia eu passar mal e se me levarem para o hospital, como vão saber que sou diabético? (Brasil)*

Luiza acomoda esta preocupação com uma orientação simples e precisa:

- *Eu já avisei a minha família, se algum dia me levarem desmaiada para o hospital, a primeira coisa é avisar que sou diabética. (Luiza)*

A Associação dos Diabéticos a qual este grupo pertence, fornece para cada sócio uma carteira de identificação, que além dos dados de identificação contém também tipo de medicação que tomam, nome do médico assistente e cuidados em caso de hipoglicemia. Relembro para o grupo este fato e sugiro que todos andem com sua carteira de diabético, pois isso com certeza facilitará sua identificação se necessitarem de assistência hospitalar, se estiverem inconscientes e não acompanhados por familiares.

Ana Maria se mostra precavida e afirma:

- *Eu sempre tenho a carteirinha de diabética comigo.*

Mesmo assim seu José demonstra preocupação:

- *Uma coisa que eu tenho medo, é que se um dia chegar no hospital acidentado, eles na pressa, me colocarem soro com glicose. (José)*

Tranqüilizo Seu José e o grupo dizendo que nessas emergências sempre se instala soro com sal e não com glicose. E novamente reforço a necessidade de andarem sempre com a carteirinha de diabético.

Constata aqui novamente, que o cuidado de enfermagem culturalmente congruente ocorrerá somente se as crenças e valores dos clientes forem conhecidos e usados apropriadamente e de maneira significativa, e esse processo de cuidar se fortalecerá através da interação da enfermeira com os mesmos a partir da comunicação verbal e não verbal.

c) - ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Na nossa cidade não temos endocrinologista, e a assistência médica ao diabético é feita por clínicos gerais e, isto gera insegurança para alguns membros do grupo, como podemos constatar :

- *Eu me preocupo porque aqui não tem médico especialista em diabetes. (Tia Lu).*

Apesar do grupo contar com uma equipe de enfermagem que os assiste e encaminha para a assistência médica periodicamente ou sempre que necessário, o grupo sente-se inseguro, confirmando aqui, a importância da figura do médico em sua assistência e, confirmando também a importância que a sociedade dá para a figura do médico em detrimento a da enfermagem. Isto talvez se dê pela valorização da cura que é evidenciada pela mídia e também pelo incentivo financeiro em pesquisas neste campo e que está centrada na profissão médica, e o cuidado, que é a essência da enfermagem, não recebe esta mesma atenção, tanto pela mídia como pelos recursos destinados a suas pesquisas (LEININGER, 1991).

Em seu estudo sobre representações culturais de clientes diabéticos sobre saúde, doença e autocuidado, TEIXEIRA (1996), constatou que o cuidado para os elementos pesquisados, foi relacionado à figura do médico e de modo secundário à da enfermeira, e sugere que isso se deva ao processo de medicalização, tão valorizado em nossa cultura, levando a que as outras profissões da saúde sejam menos reconhecidas.

Esta preocupação não é sentida por alguns elementos do grupo e enfatizam que sentem-se seguros com a assistência que estão recebendo:

- *Mas não precisa. Nós temos as enfermeiras que fazem os exames...e elas nos encaminham para os médicos sempre para ver os olhos, os rins, o coração. Eu vou sempre que elas mandam. (Seu Flor)*

Este argumento não tranquiliza Monalisa que retruca:

- *Eu sei. Ma eu me sinto insegura... quando dá alguma coisa que precisa internar, por exemplo, uma hipoglicemia ou uma hiperglicemia...quem a gente pode pegar? Quem a gente vai chamar? A Vilma e a Cristina não podem fazer isso... (Monalisa)*

Concordo com a preocupação de Monalisa e acomodo seu sentimento sugerindo que todos tenham um médico de referência. Como nós não temos endocrinologista, sugiro que escolham um clínico.

Houve também quem enfatizasse a importância da enfermagem no cuidado, reconhecendo que em sendo portadores de uma doença crônica, muitas vezes o cuidado é mais importante:

- *Sabe que tem horas que eu penso, se a gente dependesse só dos médicos para aprender a nos cuidar, se não tivesse as enfermeiras...não sei o que seria de nós. (Brasil)*
- *Isto é verdade...Eu comecei a ser gente, a entender como me cuidar, quando surgiu a associação...porque nenhum médico me explicou o que a Vilma me explica aqui...Ele me mandou tomar insulina, mas nunca me disse que eu não podia comer doce. Eu tomava a insulina e comia muito doce...e ia parar na CTI...Ele nunca me disse “tu não pode comer doce”, Ele nunca me deu uma orientação. E nós que temos uma doença que não tem cura , precisamos desse cuidado para viver melhor. (Monalisa)*

Constato aqui, mais uma vez, que o cuidado é a essência da enfermagem e, que pode haver cuidado que não leve a cura; que a enfermagem é uma profissão e disciplina

humanística e científica, que está focalizada no fenômeno do cuidado humano e nas atividades para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar o grupo para manter ou recuperar seu bem estar, ou ajudá-lo a enfrentar incapacidades de uma maneira culturalmente significativa e benéfica (LEININGER, 1991).

- *Eu gosto muito do atendimento de vocês. Porque vocês me olham a pressão, me pesam, me examinam e, principalmente, conversam com a gente.. O médico examina e dá a receita...mas nem sempre a gente consegue fazer o que eles mandam. (Luiza)*

O tratamento do *diabetes mellitus*, orientado pelos profissionais de saúde, segundo o grupo, baseia-se em três pontos principais: fazer a dieta, tomar os remédios e fazer exercícios.

Dieta:

Dentre os cuidados que o *diabetes mellitus* exige, sem sombra de dúvidas, o que o grupo relatou maior dificuldade foi com a dieta. Apontaram alguns empecilhos que dificultam a sua realização, a prescrição sem levar em consideração suas atividades, dificuldade financeira, fazendo que não tenham opção de alternativa no cardápio, a falta de apoio da família e, também o costume da mesa farta atribuído a sua descendência italiana.

- *Se a gente fizer a dieta como precisa, talvez não precisasse nem tomar os comprimidos...só que ninguém faz. Porque se fizer como vocês mandam...a gente não para de pé...(José)*
- *Eu fiz a dieta como me ensinaram durante quinze dias...fiquei tão fraca que nem o almoço conseguia fazer...só queria ficar deitada...então comecei a comer mais e estou me sentindo bem...(Adriana)*
- *A dieta que vocês dizem para a gente fazer é só para rico, que pode ficar sentado o dia inteiro, sem precisar trabalhar...(Luiza).*

Comportamentos semelhantes foram encontrados por SILVA (2000, p.95), onde constata que os sujeitos de sua pesquisa alegam que diminuir a quantidade dos alimentos, “significa perder as forças, enfraquecer, não poder desenvolver as atividades do seu dia-a-dia”.

A dieta no tratamento do *diabetes mellitus* desempenha um importante papel, deve ser planejada com a finalidade de manter o peso ideal, proporcionar bem estar e prevenir as complicações. Para isso deve ser calculada levando-se em consideração as atividades do indivíduo, seu peso e altura, suas preferências alimentares, para sugerir um cardápio com valor energético total que satisfaça as suas necessidades energéticas e psicológicas. Na alimentação do diabético deve estar incluído glicídios, protídios e lipídios, sendo que os glicídios devem compor cinquenta a sessenta por cento do valor energético total, os protídios de quinze a vinte por cento e os lipídios entre vinte e cinco a trinta por cento do valor energético total (BRASIL, 1993a).

Na nossa cultura o alimento desempenha vários papéis, além de atender as necessidades nutricionais, freqüentemente, encontra-se no centro das atividades sociais. Muitas vezes o alimento é utilizado como recompensa, como meio de expressar afeto ou como forma de auxílio para lidar com o estresse. Tudo isso torna mais difícil a aceitação do regime alimentar (BANTLE, 1995).

- *O problema é como gringo faz comida... se não tiver 4 ou 5 tipos de comida não está satisfeito... e nos domingos é pior, porque sempre tem parentes, filhos, netos que vem almoçar lá em casa, eles me ajudam, mas é difícil... (Flor)*

- *Eu acho assim, mesmo que você seja diabético, que você seja gordo...e todo o mundo diz que você é gordo porque você está comendo demais, o que eu acho um absurdo...mas eu acho que você tem que se satisfazer. Você não pode chegar na mesa com fome e sair com fome, então eu procuro comer aquilo que me deixa satisfeita... Eu acho que é muito difícil fazer uma dieta diferente da família...eu como normal, como a minha família...não faço dieta especial...(Tia Lu)*

TEIXEIRA (1996), afirma que os clientes conhecem os cuidados que devem ter em seu cotidiano e os apontam como um ideal a ser atingido, entretanto, as condições de vida levam a criar adaptações ou até mesmo negligenciar este cuidado em determinadas ocasiões. BANTLE (1995), é mais categórico e afirma que os bem sucedidos são indivíduos com grande força de vontade, que estão preparados para o compromisso de um novo estilo de vida, com melhores hábitos dietéticos, para a vida toda.

Foram discutidos vários aspectos da alimentação e, por fim foi feita em conjunto uma lista de alimentos permitidos, permitidos com moderação e de alimentos que deveriam ser evitados. A lista é lida pela Monalisa e é aprovada por todos:

- *O grupo está de parabéns, ficou muito bom. (Valentim)*

Neste momento algumas dúvidas ainda restavam e foram sanadas:

- *Vilma, vamos supor que amanhã eu vou fazer o almoço, então eu vou fazer macarrão, carne de galinha e salada, é assim? (Luiza)*

O grupo todo afirma que sim. Reforço a afirmação do grupo fazendo mais alguns exemplos de cardápios baseada na lista de alimentos.

- *É acho que estou começando a entender. (Luiza)*
- *Procurar fazer 6 refeições por dia, porque daí a gente não sente muita fome... fazer assim, tomar o café da manhã. Ali pelas 10 horas fazer um lanche, ao meio dia almoçar, as três fazer mais um lanche, jantar e quando ainda tenho fome, come uma fruta antes de deitar, é fácil é só se acostumar. (Brasil)*

No processo do cuidado cultural, a enfermeira respeita e valoriza os comportamentos culturais, e na ação do cuidado neste caso, negociará a dieta levando em conta os costumes de cada região, formulando a dieta junto com os clientes e respeitando o máximo seus gostos e também seu poder aquisitivo.

Medicamentos:

Quanto aos medicamentos o grupo referiu-se a duas modalidades distintas, tomar comprimidos (hipoglicemiante oral) e aplicar insulina e, acham que é o principal item do tratamento. Dos elementos do grupo quatro usavam hipoglicemiante oral e seis usavam insulina, no decorrer dos encontros dois dos que tomavam hipoglicemiante oral iniciaram o tratamento com insulina. Percebi que dificilmente o grupo referia-se ao nome específico do comprimido e quando incentivado a fazê-lo, tinham dificuldade de lembrar, necessitando da ajuda de sua carteirinha de identificação.

Os hipoglicemiantes orais possuem a capacidade de diminuir os níveis glicêmicos de pessoas diabéticas. Foram lançados no mercado farmacêutico na década de 1950 e seu uso é indicado em diabéticos não-insulino-dependentes, em que a dieta por si só não seja suficiente para estabelecer o equilíbrio glicêmico (BRASIL, 1993a).

- *O principal para o diabético é tomar o medicamento...(Ana Maria)*

O grupo comparou seus medicamentos no que se refere ao tipo, horário que tomam, mas principalmente a dosagem, e demonstravam preocupação e tristeza quando sua dosagem era maior que as dos companheiros:

- *Eu tomo 5 comprimidos por dia...O médico disse que talvez diminua...(Ana Maria).*

- *Eu tomo só 1 por dia...comecei com dois, mas estou muito bem e agora só preciso de um...(Brasil).*

- *Eu fico tão triste quando escuto que tiram os comprimidos para os outros...e para mim só aumentam. Tomo 6 comprimidos para diabetes...porque tenho que tomar tanto?(Luiza).*

É bastante comum em pessoas diabéticas a rejeição ao uso da insulina. Muitas alegam que não vão ter capacidade de aplicá-la e que não querem depender de ninguém para fazer isso, que quem precisa de insulina é porque já está no estágio final do diabetes, mas o maior medo dos diabéticos é que esse medicamento “vicia”.

Sabe-se que a dose necessária de insulina diária varia de pessoa para pessoa e, também varia na mesma pessoa de um período para o outro, dependendo de vários fatores como peso, atividade, presença de alguma complicação entre outras. Estudos demonstram, que o diabético insulínico independente, necessita de 0,5 U a 1U de insulina por peso corporal dia, com a média de 0,7U por peso/dia. A resistência insulínica ocorre quando há necessidade maior do que 1 U/kg/dia sem a presença de alguma manifestação clínica como cetoacidose, tirotoxicose, hipercorticismo e infecções (BRASIL, 1993a). Porém com o uso de insulina purificada ou humana essa complicação tornou-se muito rara.

- *meu medo é que o corpo da gente se acostume e daí a insulina não faz mais efeito. (Monalisa).*

- *Se a pessoa que não é diabética produz insulina e o corpo não vicia, quando a gente aplica não vicia também. (Seu Flor)*

Reforço essa explicação de Seu Flor, repadronizando o cuidado e reafirmando que insulina não vicia, que todos nós temos necessidade dela e que quem é diabético o pâncreas não produz insulina ou produz inadequadamente e por isso mesmo há a necessidade de aplicação diária.

Evidencio mais uma vez, que o Seres humanos são seres provedores de cuidado; que as condições crônicas de saúde são enfrentadas de melhor maneira quando compartilhadas em grupo e que a enfermagem promove o cuidado cultural congruente através da preservação e/ou manutenção do cuidado cultural, acomodação e /ou negociação do cuidado cultural e repadronização ou reestruturação do cuidado cultural.

O uso da insulina gera polêmica e dúvidas, e o grupo conversou abertamente sobre isso, dando suas opiniões e ouvindo atentamente as explicações:

- *Por que não dão insulina em comprimidos? (Luiza)*
- *Porque em comprimidos não entra na circulação. (Tia Lu)*
- *A insulina não pode ser tomada pela boca, dizem que o ácido do estômago a destrói. (José)*

O “fantasma” da insulina foi assunto de muitas reflexões, e eu então falei sobre os tipos de insulina (humana, suína, bovina), as formas de apresentação (NPH, Regular). Expliquei que a insulina humana é feita por engenharia genética. Distribuí um folheto educativo da Biobras mostrando passo a passo a fabricação dos vários tipos de insulina. Para reforçar essas explicações, mostrei frascos de insulina humana, suína, bovina na forma regular e NPH. Todos pegam os frascos e olham atentamente.

Luiza diz que no momento o que mais a está preocupando é que talvez tenha que iniciar tomar insulina, que já faz uns seis meses que têm esta indicação médica, mas que até agora não aceitou porque acha que não será capaz de aplicar:

- *...Eu não tenho medo que dói...mas eu vou ter que aprender...eu tenho medo que a minha mão não segura. (Luiza)*

Na tentativa de melhorar esse sentimento de Luiza, pego uma seringa e peço à ela para manuseá-la. Demonstro como aplicar e com a ajuda de um cartaz mostro os locais de aplicação. A insulina deve ser aplicada em áreas que tenham uma camada de gordura sob a pele e estejam isentas de grandes vasos sanguíneos e nervos, como: face externa dos braços e coxas, abdome e região glútea. Deve ser evitado aplicá-la perto das articulações, na área da virilha, no umbigo e na linha média do abdome (BRASIL,1993).

O grupo se sente solidário com Luiza e Tia Lu e Seu Flor chegam perto dela e lhe mostram como aplicar, como segurar a seringa. Mostram nos seus corpos onde aplicam. O grupo todo incentiva Luiza com palavras de encorajamento:

- *Eu comecei a me sentir melhor depois que comecei a tomar insulina. (Regina)*

- *No início a gente tem a preocupação em aplicar a insulina, mas depois a gente se acostuma e o corpo da gente fica bem... tu não sente mais nada...tu não sente aquelas dores.(Seu Flor)*

- *Eu também no início achei que não iria conseguir, mas a Vilma me ensinou, ela me fez aplicar na frente dela...fiquei um pouco nervosa...mas Ela me encorajou e agora aplico sempre sozinha.(Adriana)*

A solidariedade e o sentimento de grupo fica claro com o oferecimento de Valentim.

- *Como sou teu vizinho, se você quiser posso aplicar para você até você aprender bem. Te garanto que vais aprender logo.(Valentim)*

Confirma-se a importância da comunicação no interior dos grupos como meio de interação. Quando isso ocorre de forma espontânea estabelece-se um clima de confiança onde cada participante expressa sua opinião e ao mesmo tempo recebe a opinião do outro com maturidade, criando-se um clima de compreensão e de desabafo das ansiedades. Os participantes tornam-se conscientes de suas realidades e também recebem ajuda para que possam repadronizar as suas condutas (WESTPHAL, et al, 1996. RUDIO,1991. FONSECA, 1988. KISNERMAN, 1984. SILVERMAN, 1980. MAILHIOT, 1970).

Exercícios Físicos:

Outro item importante para o tratamento do *diabetes mellitus*, mencionado pelo grupo, foi a prática de exercícios físicos, demonstrando que as orientações dadas a eles pelos profissionais, são importantes. Durante os diálogos o grupo descreveu como deveria ser os exercícios, o horário que devem praticá-los e a vestimenta adequada. Apesar do grupo achar por unanimidade que o exercício é importante no tratamento, nem todos o praticam, alegando dificuldades das mais diversas.

- *O exercício ajuda, o melhor é caminhar, e caminhar sem nenhuma bolsa pendurada, sem deixar os músculos contraídos. (Ana Maria)*
- *Outra coisa importante é o sapato, tem que ser baixinho e confortável... (Tia Lu).*
- *Não é só o calçado, a roupa também... a gente tem que se sentir bem...se não, não adianta. (José)*

Os benefícios dos exercícios regulares para a pessoa com *diabetes mellitus* não deixam dúvidas, pois o mesmo aumenta a utilização de glicose pelo músculo em até vinte vezes, aumenta a secreção de hormônios contra-reguladores da insulina e conseqüentemente melhora o nível glicêmico. Entretanto alguns cuidados devem ser tomados para a sua realização, como: - ser praticado somente quando o estado metabólico estiver razoavelmente compensado; - ser praticado de forma regular e gradativa; - deve ser adequado às possibilidades e limitações da pessoa e a possibilidade de hipoglicemia deve ser levada em conta durante e após a pratica dos mesmos (BRASIL, 1993a).

Em nosso município há um programa de orientação e acompanhamento para a realização de exercícios físicos para pessoas que possuem alguma condição crônica, mantido pelo curso de educação física da Universidade do Contestado, o mesmo é desenvolvido diariamente no estádio municipal. Alguns elementos do grupo já conheciam o programa e enumeram suas qualidades:

- *Este programa é muito bom...Eles tiram a pressão da gente, medem a gente, fazem tudo antes de caminhar... e marcam quanto tempo a gente*

pode caminhar. Quando a gente termina de caminhar eles medem tudo de novo...é um programa bem feito.(Seu Flor)

O grupo também reconhece que sabe o valor dos exercícios para o seu bem estar, entretanto relatam que muitas vezes não fazem:

- *Todos nós somos é muito relaxados, porque todos poderíamos fazer exercícios, mas muitas vezes não fazemos...(José).*
- *E também não adianta começar a fazer e desistir...o importante é fazer sempre.(Brasil)*

Constato que o fato do cliente saber a importância do cuidado, não o convence da necessidade de fazê-lo, confirmando mais uma vez a importância do grupo para o incentivo de se adquirir novos hábitos que o leve a uma melhor qualidade de vida.

2 - SISTEMA POPULAR

O sistema de cuidado popular ou genérico refere-se ao conhecimento e habilidades aprendido e transmitido culturalmente, usado para proporcionar ajuda, suporte, para capacitar atos facilitadores para com outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou promover uma condição humana saudável, encarar incapacidades, novos estilos de vida ou a morte (LEIN INGER, 1985, 1991). Este sistema contém também informações e práticas do sistema profissional, embora seja realizado exclusivamente por membros da comunidade como benzedeadas, curandeiras, pessoas da comunidade sem formação formal.

Nesta alternativa o cliente é tratado de uma forma holística, pois os curandeiros populares compartilham os mesmos valores culturais básicos e visões de mundo das comunidades em que vivem, sendo assim tratam de todos os aspectos da vida do paciente, seus relacionamentos interpessoais, com o meio ambiente, com o sobrenatural além dos seus sintomas físicos e emocionais (HELMAN, 1994).

O grupo relatou ter tido ou está tendo experiência de cuidado com o sistema popular, no que se refere a uso de chás, simpatias e benzimentos. Relatam também que procuram a alternativa popular porque segundo os médicos e as enfermeiras, diabetes não

tem cura, mas que eles nunca perdem a esperança de que isso aconteça, e também pela influência de parentes e amigos.

As ervas mais utilizadas nos chás para o combate do *diabetes mellitus*, pelo grupo, foram folhas de amora branca, babosa, carambola, capim gordura, pau amargo, jambolão e pata de vaca.

Para ALVES et al (1996), o uso de ervas medicinais é um recurso tradicional das famílias, e a maioria as cultivam nos próprios quintais ou as obtém de vizinhos e amigos, sendo que somente uma minoria as adquire no comércio. Afirmam também que algumas ervas já tem sua eficácia comprovada e, que o uso da fitoterapia, quando feita com critério, deve ser considerado como uma alternativa válida para minimizar os custos dos medicamentos e também diminuir os riscos de exposição das pessoas aos efeitos deletéricos das drogas industrializadas.

Todavia, o uso de ervas medicinais, no caso do *diabetes mellitus*, não substitui o uso dos medicamentos industrializados, principalmente para os diabéticos insulino dependentes, uma vez que é uma condição crônica onde o seu controle é feito principalmente pelo uso de insulina exógena, sendo assim os chás não devem ser abolidos, porém os clientes devem estar conscientes que o seu uso pode melhorar o seu bem estar, mas dificilmente os levará a cura.

- *Vocês podem me perguntar qual é o tipo de chá que dizem que cura diabetes que eu não tenha tomado... (Valentim)*

Sabe-se que a flora brasileira possui uma quantidade inumerável de plantas medicinais, cujas propriedades vem sendo estudadas cientificamente, e algumas já estão sendo usadas com sucesso no controle do *diabetes mellitus tipo II*.

No estado do Amapá (AMAPÁ, 1999), desde 1997 funciona o Programa de Avaliação e Controle de Diabetes através do tratamento fitoterápico. Atualmente dos 100% portadores de diabetes tipo II que estão fazendo parte desse programa, 80% referem melhora do quadro clínico da doença, com redução de sintomas como: polifagia, polidipsia, poliúria e fraqueza. Das plantas medicinais utilizadas neste programa a mais usada é a Pata de Vaca (*Bauhinia variegata*). A ação hipoglicemiante dessa planta é atribuída a *Isoquercitina* e a *Astrogolina*, do grupo dos *flavonides*. Essas substâncias

aumentam a permeabilidade capilar facilitando a absorção da molécula da glicose pelas células. Os profissionais que fazem parte deste programa chegaram as seguintes conclusões: -“ A associação de determinadas plantas à Pata de Vaca tem uma ação mais significativa; - Mesmo com a glicemia em níveis elevados, o uso da Pata de Vaca ocasiona melhoras significativas dos sintomas clínicos e das complicações; - No diabético idoso, os efeitos terapêuticos com fitoterápicos ocorrem em um espaço de tempo menos do que o observado nos jovens” (AMAPÁ, 1999, p.8).

Uma das características que tenho observado durante a minha prática com clientes diabéticos é que o uso de chás é cíclico, ou seja, têm épocas que usam um determinado chá, e este é substituído quando aparece outro com fama de poderes terapêuticos maiores. Outra característica que observo é que a maioria deles tem indicações para várias patologias, não se restringindo seu uso somente para o *diabetes mellitus*.

- *...O último que tomei foi babosa com mel e dizem que além de curar a diabete é bom para tratar o câncer ou qualquer outra doença...(Regina)*

Neste momento interfiro e reflito com o grupo, que mel é um alimento que não deve ser consumido por diabético, e negocio o cuidado sugerido que façam o chá de babosa sem mel. Continuo refletindo e pergunto para o grupo se há algum remédio que cure diabetes. Todos me respondem que não.

- *É verdade, se chá curasse diabete eu já estaria curado...o que eu chá de pata de vaca, amora branca, jambolão...(Se Flor).*

- *Eu tomei chá de amora branca 2 anos a fio, sem parar...e a minha diabete não curou...Eu também fiz um cocho de pau amargo. Todo o dia de manhã eu colocava água limpa, dentro de uma hora estava amarga que só...fiz isso durante nove meses e também não adiantou...(Regina)*

SILVA (2000), atribui o uso dessa variedade de chás no combate a *diabetes mellitus* ao fato da mesma ser uma doença ainda não bem definida dentro do conhecimento do sistema popular, fazendo que os diabéticos experimentem diferentes tipos de ervas na busca de consolidação e sistematização desse conhecimento.

Além dos chás usados para combater o *diabetes mellitus*, o grupo utiliza outras substâncias e também várias simpatias. Para TEIXEIRA(1996), a utilização das simpatias caracteriza-se pela tentativa de transferir o mal/doença para um determinado objeto e a ingestão de substâncias amargas para combater o doce do organismo.

- *A simpatia da cana foi assim que ensinaram: Pega-se uma cana de açúcar do tamanho da gente, com raiz e tudo...tira as folhas e lava bem...coloca a cana embaixo do colchão, do lado que a gente dorme. Quando a cana secar a gente joga ela fora num rio... e ela leva a diabete junto. Eu fiz e também não deu certo. (Luiza)*

- *Eu fiz xixi dentro de um coco, fechei e depois o meu avô enterrou em terra virgem, num lugar que eu nunca iria passar...(Monalisa)*

- *Eu fiz xixi dentro de uma lata e depois coloquei num ninho de formiga. (Ana Maria)*

- *Para me curar, eu tomei o fel da galinha. Foi no começo, quando a gente vai em busca da cura. Você pega o fel da galinha da colônia, não pode ser de granja, coloca no congelador...quando estiver congelado você toma com suco ou café. Para se curar tem que tomar três, eu só consegui tomar dois...(Tia Lu)*

Achados semelhantes foram encontrados por SILVA(2000), onde os sujeitos de sua pesquisa relataram também que fizeram xixi dentro de um mamão e o enterraram em um lugar onde não iriam passar, bem como o uso do fel de galinha.

Outra prática observada no grupo foi a necessidade de periodicamente tomarem alguma substância para afinar o sangue a fim de manterem os sistemas urinário e digestivo em bom funcionamento.

- *Eu sempre parti do princípio que a gente deve ter o sangue sempre limpo. Depois do sangue limpo, tomar chá para limpar o rim...e depois o aparelho digestivo. Para manter o sangue limpo, afinar o sangue... eu tomo chá de cancro rosa por 2 meses no ano...depois uso o sal amargo...e na época do limão eu tomo limão. Isso é básico para a gente*

ter saúde. Agora, eu vou revelar um segredo...uma vez por ano eu tomo criolina , pego de uma gota até nove e de nove até uma.(Brasil).

- *Para afinar o sangue eu tomo chá de noqueira...só que as folhas precisam ser colhidas na lua minguante que é quando a seiva está subindo...trabalhando.(Ana Maria)*

- *Isso eu aprendi com os antigos. A gente precisa afinar o sangue nos meses de setembro e outubro, porque é nesses meses que o sangue da gente se renova.(José)*

Através desses depoimentos confirmo que toda a cultura humana tem conhecimento e práticas de cuidado popular e que esses conhecimentos são passados de geração em geração. Apesar dos avanços científicos essas práticas são mantidas e praticadas , sendo que o conhecimento das mesmas é de fundamental para que a enfermeira possa desenvolver ações efetivas de cuidado. Diante disso enfatizo a importância de se tomar a medicação corretamente e continuar com os cuidados alimentares, e também tomar chá, se benzer, isso tudo ajuda.

3 - CUIDADO DE ENFERMAGEM

O cuidado de enfermagem está representado na parte inferior do modelo do sol nascente e deve ser o elo de ligação entre o sistema profissional e o sistema popular. Para que isso aconteça, faz-se necessário conhecer o grupo, perceber sua visão “*emic*” e a partir daí utilizar os aspectos favoráveis do cuidado popular, tornando-o a base epistêmica e antológica do conhecimento profissional de enfermagem (LEININGER, 1991).

O Cuidado enquanto substantivo “se refere às atividades de assistência, apoio ou facilitadoras para com o outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a condição de vida. Enquanto verbo, cuidar se refere as ações de assistência, apoio, ou facilitadoras para com o indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida” (LEININGER, 1985, p.261).

A enfermeira apresenta três tipos de ações para o cuidar, procurando fazer o cuidado cultural coerente através da preservação ou manutenção do cuidado apresentado pelo grupo com ações de assistência, suporte, educação que ajudem o grupo a conservar seus valores de cuidado para manter seu bem estar, recuperar-se de doenças ou enfrentar incapacidades; acomodação ou negociação do cuidado para ajudar o grupo a adaptar-se a um estado satisfatório ou benéfico de saúde e, através da repadronização do cuidado para modificar as formas de cuidado que não são benéficas, por um novo estilo de vida, e novos padrões de cuidado respeitando-se as crenças e os valores culturais do grupo (LEININGER, 1991).

A enfermagem como profissão científica e humanística deverá conhecer as práticas de cuidado do sistema popular dos indivíduos que está assistindo, pois só assim poderá junto com o cliente planejar o cuidado de enfermagem culturalmente coerente. Quando o cuidado é feito sem levar em consideração esses aspectos gera descontentamento e também comportamentos não cooperativo por parte dos clientes, tornando a relação enfermeiro-cliente bastante prejudicada.

Quando entramos no mundo dos clientes, novos horizontes se abrem, conhecemos sua visão de mundo, as dimensões de sua estrutura cultural e social, compreendemos suas práticas de cuidado, e assim poderemos avaliar, embasadas em nosso conhecimento científico, quais dessas práticas estão sendo benéficas e levando-os a uma melhor qualidade de vida e também quais dessas que podem estar lhes prejudicando, e através do diálogo franco e participativo proporcionar meios para que aconteça a manutenção, negociação ou repadronização dessas práticas.

O modelo do sol nascente realmente serviu de guia para me conduzir durante este trabalho, seu uso é coerente e proporciona uma visão completa do mundo do cliente. O conhecimento das dimensões da estrutura social e cultural deu-se através do conhecimento das várias estruturas que compõem essas dimensões. Durante a caminhada com o grupo, o mesmo falou sobre os fatores tecnológico, educacional, político e legal, religioso e filosófico, familiar e social, expressou seus valores culturais e estilo de vida, proporcionando condições para que eu, enquanto pesquisadora e cuidadora, compreendesse os padrões e expressões de cuidados e ao mesmo tempo identificasse quais as práticas que poderiam ser mantidas, negociadas e repadronizadas.

O sistema popular apesar de ser legitimado pelos clientes, com certeza contém práticas que proporciona bem estar, devendo portanto serem mantidas, todavia, contém também atitudes que os prejudicam, e é neste ponto que a enfermagem encontra seu maior desafio: encontrar maneiras, através de suas ações de acomodação e repadronização do cuidado, que os leve a adquirirem práticas de cuidado culturalmente coerente e eficaz, sem etnocentrismo ou imposições culturais.

Durante este trabalho vários foram os momentos em que houve necessidade da acomodação, negociação ou repadronização do cuidado, podendo citar como exemplos a repadronização da crença no poder de cura dos *chás*, na forma de se alimentar, o medo de iniciar o tratamento com insulina.

Luiza, que tinha indicação do uso de insulina há aproximadamente seis meses, não a aceitava por medo de não conseguir aplicar-se sozinha, após a repadronização desse sentimento a mesma deu o seguinte depoimento:

- *Eu não queria tomar insulina...achava que era o fim...que não conseguiria me aplicar. Estou aplicando com a mão esquerda. No primeiro dia eu apliquei na barriga e no segundo na perna...gostei mais na barriga...Estou me sentindo melhor...mais disposta.(Luiza)*

O grupo acreditava que os chás poderiam curá-los de sua condição de diabéticos, e para isso usavam os mais variados tipos, com substâncias comprovadamente maléficas para o *diabetes mellitus*.

- *Eu estou tomando chá de babosa com mel, diz que além de curar a diabete...(Regina)*

Após reflexões através do diálogo franco e participativo o grupo aceitou continuar tomando o chá de babosa, porém sem mel.

- *Vocês já notaram que nós somos que nem cobaia...nós estamos tomando de tudo para curar a diabete...(Ana Maria)*

- *Olha, uma coisa é certa, diabete não tem cura...e o que a gente tem que fazer e se cuidar...parar de tomar tudo que nos indicam...(Regina)*

Durante este processo pude observar que a crença na cura do *diabetes mellitus* através do uso de chá foi repadronizada, isso se evidenciou em vários depoimentos:

- *A semana passada foi um conhecido meu lá em casa me levar carambola, para curar a minha diabete...Eu disse para ele: Obrigado meu amigo, mas isso já era...(Flor).*
- *Eu continuo tomando chá... eu me sinto bem...mas sei que não cura diabete...(Adriana).*
- *Quando as pessoas me dizem que sabem de um chá que cura a diabete...eu explico para elas que isso não é possível...diabetes não tem cura, tem controle...(Tia Lu).*

A dieta continua sendo o item de maior dificuldade para o tratamento do *diabetes mellitus*, segundo o grupo, mas após a algumas reflexões o grupo aderiu novos costumes que os estão ajudando:

- *Agora, depois que eu comecei a vir aqui, eu estou pedindo para a minha mulher fazer menos comida...se não a gente come tudo que tem na mesa...(Flor)*
- *Quando eu vou no clube de mães e elas insistem para eu pegar docinhos, não explico mais que não posso comer...elas não acreditam...pego e levo para casa...os meus filhos e marido adoram...(Tia Lu).*
- *Fazer a dieta é difícil...é muito difícil...mas sempre que estou na frente de uma coisa que não posso comer...penso em vocês...no que nós conversamos...e tento me controlar...(Adriana)*

Durante a caminhada, com a implementação do marco, observei que o cuidado permeou toda a trajetória, sendo que oras era feito por mim, ora pelos próprios clientes.

O uso da teoria de Leininger como referencial para a prática do cuidado, proporciona condições para a acomodação, negociação e repadronização das práticas de cuidado dos clientes, como demonstrado nos depoimentos acima descritos. Vários são os

trabalhos que utilizaram a teoria de Leininger como referencial teórico e que chegaram a esta mesma constatação.

BOEHS (1990), no seu trabalho com recém nascido e a sua família, concluiu que o marco baseado na teoria de Leininger é operacionavel, principalmente no domicilio das famílias, pois este local proporciona maior compreensão das crenças, valores e práticas de cuidado das famílias. Afirmo ainda, que a comparação do cuidado da família com o cuidado de enfermagem conduz à manutenção, acomodação, repadronização e instituição de novos cuidados.

Para HENCKEMEIER (1999), o uso de um referencial baseado na teoria de Leininger, além de proporcionar mudanças no cliente e no profissional, opera mudanças também na equipe de enfermagem, mesmo sem conhecerem a teoria, apenas cuidando com a enfermeira com tal referencial. Concluiu também que a aplicação do referencial de Leininger, facilita o trabalho de enfermagem na estrutura hospitalar, pois além de proporcionar meios para que ocorra o cuidado culturalmente congruente, humaniza as relações entre a enfermeira e a equipe que está assistindo o cliente.

Outro ponto que gostaria de salientar, é que através das ações de enfermagem preconizadas por Leininger propiciou-se um clima favorável para a avaliação das crenças e valores do grupo, e conseqüentemente proporcionou-se condições para que os clientes pudessem adquirir novos hábitos, pois os assuntos discutidos emergiram do grupo e todos deram suas opiniões, avaliaram as possibilidades de se incorporar novos hábitos e conseqüentemente melhorar suas qualidades de vida.

VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo reflito sobre o cuidado de enfermagem feito em grupo, utilizando o referencial teórico baseado na teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madaleine Leininger.

A teoria LEININGER (1987,1991), ajudou-me a compreender a importância da estrutura social, familiar, enfim a cultura do cliente para o planejamento do cuidado de enfermagem. Mostrou-me também que esse planejamento deve ser feito com o cliente, pois ele é o maior interessado e, que as culturas podem determinar quase todos ou cuidados que desejam ou necessitam receber dos profissionais de saúde, através da propagação de seus pontos de vista, conhecimento e práticas (ALEXANDER, 1994).

O marco conceitual desenvolvido para este trabalho foi operacionalizável, porém para um melhor entendimento e posterior análise dos dados fez-se necessário buscar maior fundamentação sobre o conceito de cultura, que para isso além de utilizar as idéias de Leininger utilizei também outros autores, principalmente as idéias de Geertz, por ser mais abrangente facilitando o entendimento desse conceito tão complexo e conseqüentemente a sua operacionalização.

A assistência de enfermagem com clientes crônicos feita em grupo propicia uma maior interação, e ajuda o indivíduo a perceber que ele não está sozinho nesta caminhada e que a maioria dos problemas que ele enfrenta em relação ao diabetes são comuns a muitos outros. Desta maneira facilita o entendimento das situações que se apresentam e propiciam formas criativas de encará-las e superá-las.

A assistência de enfermagem que leva ao cuidado cultural congruente está fundamentada no diálogo, na valorização da cultura, na participação, na junção do saber popular com o saber profissional e, na certeza de que todos os sujeitos desse processo podem participar ativamente no planejamento e nas decisões, pois todos têm o que ensinar e o que aprender.

O cuidado nesta prática assistencial referiu-se às ações facilitadoras feitas com a participação de todo o grupo, trabalhando juntos para identificarem, planejarem, implementarem e avaliarem cada modo de cuidar, ou seja, para que o grupo preserve ou mantenha o cuidado, acomode ou negocie o cuidado e, repadronize ou reestruture o cuidado, com o objetivo de alcançarem uma qualidade de vida satisfatória, para que possam lidar com as situações cotidianas decorrentes ou não de sua condição crônica de saúde (LEININGER, 1991).

Constatai que os meus pressupostos, citados na página 57, foram confirmados, pois realmente quando se compartilha as dificuldades advindas das condições crônicas de saúde, os sujeitos se fortalecem, percebem que seus sentimentos, preocupações, dificuldades estão sendo ou já foram sentidos por seus pares e isso propicia um clima de confiança e conforto que os encoraja para buscarem alternativas para supera-las, e conseqüentemente sua adesão ao tratamento/cuidado é facilitado e isso lhes proporciona uma melhor qualidade de vida, seja pela melhora de seu estado clínico, melhora de sua auto estima e conseqüentemente seus relacionamentos sociais.

Já a partir do primeiro encontro pude constatar que a assistência de enfermagem feita em grupo é muito rica, pois cada indivíduo expressa suas crenças e valores, sente-se respeitado enquanto elemento único que compõe o grupo, suas opiniões são valorizadas e aproveitadas e tem valor para o desenvolvimento do grupo. A valorização dos comportamentos culturais de cada um, favorece a aproximação natural das pessoas, fortalece as potencialidades individuais e grupais na manutenção da saúde e na utilização dos recursos disponíveis.

Assim como o ser humano necessita de tempo e de ambiente favorável para o seu pleno desenvolvimento e amadurecimento, o grupo também necessita de auxílio e incentivo para alcançar o nível de intimidade de seus participantes, para que cada elemento possa desenvolver o seu papel no grupo, para que a identidade grupal se fortaleça e para

que as ações facilitadoras do cuidado efetivamente ocorram e que leve ao cuidado cultural coerente.

A interação do grupo deu-se de maneira natural e gradativa. Inicialmente o grupo falou de sua condição crônica, de seu cotidiano como diabéticos. Foi necessário alguns encontros para que ocorresse um clima de confiança e intimidade, então o grupo expressou seus valores e crenças, seu estilo de vida, não se limitando apenas no que se refere a sua condição de diabetes mas sim a todo o seu processo de viver e também consolidou sua característica com provedor de cuidado.

Este processo foi facilitado por mim, como moderadora do grupo, que além de pesquisadora e cuidadora, integrei-me com o grupo e também falei de meu cotidiano, de meus valores e crenças. Refletimos sobre o nosso ambiente, nosso estado de saúde, nossas práticas de cuidado, sobre a nossa realidade, porque quanto mais refletimos sobre a realidade, sobre nossas situações concretas, mais conscientes seremos e, conseqüentemente seremos capazes de interferir nestas realidades para modificá-las.

Várias estratégias foram utilizadas para fortalecer a interação do grupo, como o diálogo participativo, dinâmica em pequenos grupos, mas uma das estratégias utilizadas que gostaria de salientar foi o lanche oferecido no final dos encontros, “pois comer juntos é uma forma de conhecer o outro e a si próprio, porque significa a vivência de um ritual de ofertas, um exercício de generosidade. Espaço onde cada um recebe e oferece o seu gosto, seu cheiro, sua textura, seu sabor. É um momento de cuidado e atenção” (FREIRE, 1993, p. 65).

Pude constatar que os elementos do grupo mantiveram suas identidades, mas formaram uma identidade grupal, onde alguns valores e crenças foram modificados, repadronizados e novas atitudes foram assumidas, criando com isso uma nova cultura, própria do grupo, que os ajudará a conviver de maneira mais saudável. Acredito que com isso os participantes melhoraram sua auto estima, e conseqüentemente poderão se posicionar com mais segurança frente aos fatos cotidianos. Alguns depoimentos podem confirmar estas constatações:

- *Eu acho que essas nossas reuniões são muito importante, a gente conversa uns assuntos que ajudam a gente, acho que é bastante proveitoso. (Brasil)*

- *Eu estou gostando muito de vir aqui no grupo. Eu fico esperando a semana inteira pela quinta feira para vir aqui, porque aqui a gente fala o que sente e todo mundo entende... é muito bom. (Luiza)*

- *Aqui no grupo a gente se sente bem...e todo o dia aprendemos coisas novas. É muito legal vir aqui. (Adriana)*

- *Eu mudei depois que comecei a vir aqui. Eu era um cara que não saia mais de casa, estava sempre preocupado. Quando tinha uma festa não sabia se fazia ou não a insulina...agora saio. Estou me sentindo aliviado...aprendi a me cuidar melhor. (Seu Flor)*

- *Acho que nós aqui podemos nos considerar todos irmãos... e é muito bom poder falar da gente. (Brasil)*

- *...Aqui eu contei também as minhas tristezas...é tão bom botar para fora o que a gente sente. (Monalisa).*

O uso do processo dos **Quatro Erres – 4Rs**, de TRENTINI e DIAS (1997), mostrou-me com clareza a natureza convergente assistencial deste trabalho, pois ao mesmo tempo que possibilitou a realização da coleta de dados para conhecer a realidade de vida de um grupo de pessoas com *diabetes mellitus*, facilitou a assistência de enfermagem, de uma forma coerente, sem imposição cultural, fazendo com que o grupo planejasse, executasse e avaliasse a prática do cuidado, confirmando que “grupos de convergência têm a intencionalidade de produzir “bens relações” dentro de um processo participativo para a assistência e para a pesquisa em enfermagem” (TRENTINI e GONÇALVES, 2000, p. 10).

A prática assistencial esteve presente em todas as fases do processo, mas foi principalmente na fase do repartir que o grupo confirmou ser um instrumento possível para a prática do cuidado e cuidou de si. Os temas discutidos emergiram do grupo segundo suas necessidades e, serviram de base para o planejamento e execução das ações e decisões de enfermagem para que se desse o cuidado cultural coerente.

Durante esta caminhada repadronizei minha conduta profissional frente ao cliente e, para isso tive que mudar minha visão, onde interagi com o grupo para poder compreender a sua realidade. Abandonei a visão míope do funcionamento do corpo, dos sinais e sintomas das doenças e alarguei meus interesses para tudo que diz respeito ao ambiente cultural e social do indivíduo.

Percebi mudanças também em mim, enquanto profissional docente, e o processo de ensino aprendizagem está ocorrendo de forma natural, onde valorizo as experiências dos alunos e incentivo suas criatividade para a aquisição e elaboração de novos conhecimentos. Para que isso aconteça de forma efetiva é importante o conhecimento de antropologia cultural, e sugiro que esta disciplina seja uma constante nos currículos das escolas de enfermagem, pois ela é a base para que possamos entender Ser Humano de forma holística, não mais em partes e, conseqüentemente estaremos resgatando a essência da enfermagem como uma profissão e disciplina humanística e científica, que está focalizada no fenômeno do cuidado humano (LEINIGER, 1991).

Confirmo que com a pesquisa convergente assistencial o profissional renova sua prática assistencial, porque com este método vai além do “simples fazer”, ou seguir automaticamente regras predeterminadas, para o “saber fazer” através de reflexões, adquire o hábito do “saber pensar” que o levará para “pensar fazer” e conseqüentemente para o “aprender fazer”, fomenta a pesquisa para que se efetive o cuidado de forma consciente e culturalmente congruente (TRENTINI e PAIM, 1999).

Essa prática assistencial gerou também mudanças significativas em toda a metodologia de assistência feita na Associação dos Diabéticos, pois a outra enfermeira também fez parte do grupo e também repadronizou sua conduta frente aos clientes:

- *Eu me sinto mais a vontade com os clientes, deixo eles falarem...perguntarem o que querem. Antes eu planejava o que ia orientar para cada um, e nem me dava conta que muitas vezes não era o que eles queriam saber...Esta experiência está sendo muito valiosa.(Cristina)*

No desenvolver das atividades pude observar uma maior interação e envolvimento dos profissionais com os clientes. Um exemplo claro dessa mudança foram as reuniões

mensais com diabéticos e familiares. Antes, aconteciam de uma maneira formal, onde se levava um assunto e falava-se em forma de palestra, não havia participação efetiva. Muitas vezes observava que os clientes dormiam durante essas palestras. A partir de então essas reuniões acontecem de maneira informal, onde se deixa a palavra livre e os clientes falam os assuntos que lhes interessam, e os profissionais presentes agiam como mediadores e facilitadores.

Outro fato que gostaria de mencionar foi a confirmação das possíveis causas de abandono do tratamento por parte dos diabéticos, mencionados por mim no início deste trabalho. Durante esta caminhada constatei realmente que a falta de habilidade dos profissionais que assistem essa clientela, a dificuldade por parte dos clientes em adquirirem medicamento, a esperança por curar-se seguida da frustração quando informados que são portadores de uma condição crônica, a falta de apoio por parte de familiares e amigos e a dificuldade de adaptar o tratamento ao seu estilo de vida leva-os a abandonar o tratamento, sendo que muitos retornam somente quando uma complicação crônica se evidencia. Demonstrando mais uma vez a importância do conhecimento, por parte dos profissionais, da cultura do cliente, dos fatores que influenciam sua visão de mundo, comportamentos e crenças para que juntos possam planejar o cuidado que os levará a um viver mais saudável.

Este trabalho levou a uma nova assistência de enfermagem, práticas antigas que há muito vinham sendo desenvolvidas foram repadronizadas e deram lugar a uma assistência mais dinâmica, demonstrando com isso que novas metodologias de cuidado podem ser desenvolvidas, onde o cliente participe ativamente, interfira nas orientações dadas, colocando sua opinião e planejando junto com o profissional, o cuidado a ser implementado.

As reflexões e conclusões contidas neste trabalho, com esta modalidade de assistência contribuirá para uma nova formação profissional, poderá servir de referência para o ensino do cuidado de enfermagem feito em grupo. Espero que profissionais adotem esta metodologia em suas atividades de ensino e assistência alargando o campo de atuação da enfermagem, disseminando este conhecimento e contribuindo para o reconhecimento da profissão de enfermagem como uma profissão científica e humanística.

Espero também que este trabalho fomente o interesse pela pesquisa, desmistificando o pensamento que somente a academia pode fazê-la, pois como

demonstrado, a pesquisa convergente assistencial é uma modalidade que concilia assistência e pesquisa e deve ser realizada no cenário da prática assistencial. Para que isso se concretize a academia e a assistência devem formar grupos de pesquisa, em parceria, a fim de alargar o conhecimento da realidade das pessoas em condições crônicas de saúde, e o conhecimento adquirido deve servir de guia para o ensino, e prática do cuidado de enfermagem culturalmente coerente.

O cuidado de enfermagem culturalmente coerente somente será possível se conhecermos as dimensões da estrutura cultural e social, as práticas do sistema popular dos clientes, valorizarmos seus saberes e juntos com o conhecimento científico, cliente e profissional, planejarem o cuidado de enfermagem para que se dê a preservação, acomodação e repadronização das práticas e também a aquisição de novos conhecimentos que os leve a um novo estilo de vida, sempre com o objetivo de um viver mais saudável.

Acredito que esse trabalho tornou os clientes mais conscientes e conseqüentemente, agentes de mudanças de suas realidades, criando oportunidade para que formem novos grupos onde possam refletir com seus pares maneiras saudáveis de conviverem com sua situação crônica.

A aplicação dessa metodologia foi um desafio para mim, pois tive que mudar radicalmente a minha prática, repadronizar condutas que vinha realizando a muito tempo. Adquiri o hábito de ouvir, considerar as sugestões dos clientes, pois o planejamento era feito em conjunto e os assuntos discutidos emergiram do grupo segundo suas necessidades e prioridades. O que mais me inquietou foi a preocupação para que as crenças e valores do sistema popular fossem avaliadas e respeitadas criteriosamente, para que a partir daí passassem a fazer parte do sistema profissional, e junto com o saber científico formarem o corpo de conhecimentos da enfermagem que habilita os profissionais a cuidarem de clientes diabéticos sem etnocentrismo, levando-os a uma melhor qualidade de vida.

Para que isso aconteça, além de ouvir os clientes, conhecer suas práticas de cuidado, os profissionais devem estar atentos aos avanços da medicina tradicional e também para a medicina alternativa, pois como demonstrado o uso de práticas alternativas pelos clientes é uma constante, que muitas vezes é praticada sem fundamentação, cabendo aos profissionais o estudo e a sistematização desse conhecimento para que possam orientar e acompanhar essa pratica a fim de que realmente traga benefícios para seus usuários.

Programas como o realizado no estado do Amapá (AMAPÁ, 1999), devem ser incentivados pelas autoridades de saúde para que os clientes possam ter acesso ao tratamento fitoterápico do *diabetes mellitus* no Sistema Único de Saúde.

Ao analisar a implementação desta metodologia, constato que é possível, efetiva e gratificante, visto que seus principais conceitos mostraram-se adequados e os pressupostos se concretizaram na prática, sendo assim, constato que o uso da teoria de Leininger realmente proporciona condições de se conhecer o mundo do cliente, e a partir daí se planejar o cuidado de enfermagem culturalmente coerente, mas o profissional que deseja implementá-la terá que inicialmente reconhecer-se para poder reconhecer o outro, dentro de uma nova perspectiva, onde não há quem só cuide ou quem só é cuidado.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBRECHT, Terrance L., JOHNSON, Gerianne M., WALTHER, Joseph B. Understanding communication processes in focus groups. In: MORGAN, David L. **Successful focus groups : advancing the state of the art**. California : Sage, 1993.
- ALCANTARA, Solange M. Cavalcanti, GONÇALVES, Nely Furtado. Assistência a crianças diabéticas em colônia de férias: uma contribuição de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 1, n. 2, p. 118-138, dez., 1984.
- ALEXANDER, Judith et al. Madeleine Leininger. In: MARRINER, Ann. **Nursing theorists and their work**. 3. ed. St Louis : Mosby, 1994.
- ALVES, Albertina Rodrigues, et al. Saúde doença uma abordagem sociocultural. In : SILVA, Y. Flores e FRANCO, M. Celsa (Org.). **Saúde e doença uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis : Papa livro, 1996.
- AMAPÁ. Processamento de dados do Amapá – Prodap. **Controle do diabetes com plantas medicinais** – uma alternativa de saúde pública. Macapá. [1999]. Endereço eletrônico: <http://www.amapa.gov.br/iepa-diabetes.htm>
- AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. **As possibilidades de uma abordagem cultural no cuidado ao cliente com infarto agudo do miocárdio**. Florianópolis. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- BRAGA, C. G. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 498-516, dez. 1997.

BANTLE, John P. Recomendações atuais relativas ao tratamento com dieta para *diabetes mellitus*. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 39, n. 3-4, p. 141-146, mar. 1995.

BARROS, Carlos A. S. M. História dos grupos. In: ZIMMERMAN, David, E. , OSORIO, Luiz Carlos (Orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

BOEHS, Astrid Eggert. **Prática do cuidado ao recém nascido e sua família**, baseado na Teoria Transcultural de Leininger e na Teoria de Desenvolvimento da família. Florianópolis. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990

BOHAY, Irene Zwarycz. Culture care meanings and experiences of pregnancy and childbirth of Ukrainians. In: LEININGER, Madeleine. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York : National League for Nursing Press, 1991. p. 203-230.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Aplicação dos métodos e normas gerais de pesquisa**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da saúde. SINDPREVS. **Sistema único de saúde, leis do SUS: Constituição Federal seção II, Lei Orgânica da saúde 8080, lei 8.142**. Brasília, 1990.

_____. **Manual de diabetes mellitus**. 2. ed. Brasília, 1993 a.

_____. Coordenação de doenças crônicas degenerativas. **Orientações básicas para o diabético**. 2. ed. Brasília, 1993 b.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS. **Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil: resultados**. Brasília, 1989.

BRUGGER, Walter. **Dicionário de Filosofia**. 3. ed. São Paulo : EPU, 1977.

BRYANT, Coral, GULITZ, Elizabeth. Focus group discussions : an application to teaching. **Journal of health education**, Florida, v.24, n.3, p. 125-137, mai./jun. 1993.

CHANDRASOMA, Parakrama, TAYLOR, Clive R. **Patologia básica**. Rio de Janeiro : Prentice-Hall do Brasil, 1993.

CORREA, G. Mussi, GEBERA, Odete. Higiene dentária : relato de uma experiência desenvolvida com grupos de mães. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 37, v. 3-4, p. 228-236, jul./dez. 1984.

- COSTA, Marina Elisa de Brito, LIMA, R. de C. Duarte. Proposta de orientação para a pessoa diabética e sua família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 2, p. 169-172, abr./jun. 1988.
- DASHIFF, Carol. Using group-process skills in change. In: LANCASTER, Janet, LANCASTER, Wade. **Concepts for advanced nursing practice : the nurse as a change agent**. St. Louis : Mosby, 1982.
- DEL CASTANHEL, Márcia Sueli, BOEHS, Astrid Eggert. Cuidando de uma família na comunidade : uma experiência utilizando um referencial teórico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 87-98, jul./dez. 1993.
- DELFINO, Vinicius Dahaer A., MOCELIN, Altair J. *Diabetes mellitus* : uma viagem ao passado. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 43-46, 1997.
- DILTS, Robert, HALLBOM, Tim, SMITH, Suzi. **Crenças : caminhos para a saúde e o bem estar**. São Paulo : Summus, 1993.
- DRURY, M. I. **Diabetes mellitus**. São Paulo : Santos, 1979.
- DU GAS, Beverly Witter. **Enfermagem prática**. 3. ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1977.
- ELHART, Dorothy, et al. **Princípios científicos de enfermagem**. Lisboa : LTC, 1983.
- FACCHINI, Luiz Augusto. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, Lyz Esther, RIGOTTO, Raquel Maria, BUSCHINELLI, J. T. Penteado (Orgs.). **Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo : Vozes, 1994.
- FILHO, João Paulo Botelho Vieira. Genótipo econômico e produção de insulina. In: **Diabetes, Saúde & Cia**. São Paulo, v. 2, n. 5, p. 2, mar./abr. 2000.
- FONSECA, Afonso H. Lisboa. **Grupo : fugacidade ritmo e forma: processo de grupo e facilitação na psicologia humanista**. São Paulo : Ágora, 1988.
- FREIRE, Madalena. O que é grupo? In: PILLAR, Esther Grossi, BORDIN, Jussara. (Orgs.). **Paixão de aprender**. 2. Ed. Petrópolis : Vozes, 1993.
- GAMBA, Mônica Antar. Amputações por *Diabetes mellitus*: uma prática prevenível? In: **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, n. 11, v. 3, p.92-100, set./dez. 1998.

- GARRO, Linda C. Individual or societal responsibility? Explanations of diabetes in na Anishinaabe (Ojibaway) community. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 40, p. 37-46, 1995.
- GATES, M. F. Transcultural comparasion of hospital and hospice as caring environments for dying patients. **Journal Transcultural Nursing**, Menphis, n. 2, v. 2, p. 3-15, Winter, 1991.
- GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989.
- GEORGE, Julia B. Madeleine Leininger. In: _____. **Teorias de enfermagem : os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. p. 286-299.
- GONZALES, Luiz Angélica Muñoz. Vivenciando la diabetes: un estudio etnografico. **Revista escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 91-103, abr. 1995.
- GONZÁLES, Rosário Garcia, PÉREZ, Rolando Suárez, MATEO-de-ACOSTA, Oscar. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 2, n. 1, p. 32-36, jun/jul. 1997.
- GROSSI, Sonia Aurora Alves. Prevenção de úlceras nos membros inferiores em pacientes com *diabetes mellitus*. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 377-85, dez. 1998.
- GUALDA, Dulce Maria Rosa. Assistência ao parto hospitalar sob a perspectiva da mulher. **Revista paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1/3, p. 24-27, jan./dez. 1994.
- GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro : Guanabrara Koogan, 1988.
- HARTFORD, Margaret E. . **Grupos em serviço social**. Rio de Janeiro : Agir, 1983.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.
- HENCKEMAIER, Luizita. **O cuidado transcultural às famílias no hospital: o cotidiano de uma enfermeira em busca de um referencial para sua prática**. Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
- HENDRIKX, Hendrika Maria. **Diabetes : como reconquistar a doçura da vida**. São Paulo : Arte Impressa, 1990.

- HERNANDEZ, Cheri Ann, ANTONE, Irwin, CORNELIUS, Ida. A grounded theory study of the experience of type 2 *diabetes mellitus* in first nations adults in Canada. **Journal of transcultural nursing**, Memphis, v. 10, n. 3, p. 220-228, jul. 1999.
- HUNT, Linda M., ARAR, Nedal H., LARME, Anne C. Contrasting patient and practitioner perspectives in type 2 diabetes management. **Western journal of nursing research**, Newbury Park, v. 20, n. 6, p. 656-682, dez. 1998.
- HUNT, Linda M. , VALENZUELA, Miguel A., PUGH, Jacqueline A. Porque me tocó a mi? Mexican American diabetes patients' causal stories and their relationship to treatment behaviors. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 46, n. 8, p. 959-969, 1998.
- IRVING, Susan. **Enfermagem psiquiátrica básica**. 2. ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1979.
- ISLA, Pilar, LOPES, Carmen, VALLS, Roser. *Diabetes mellitus* expectativas de futuro en la educación sanitaria. **Revista Rol de Enfermaria**, Barcelona, n. 224, p. 51-53, abr. 1997.
- KISNERMAN, Natalio. **Serviço social de grupo : uma resposta ao nosso tempo**. 4. ed. Petrópolis : Vozes, 1984.
- KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of culture**. Berkley : University of California, 1980.
- KOLLER, Evely M. Pereira. **Cuidando de família sob o impacto do vírus HIV em seu espaço sociocultural**. Florianópolis, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 2. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1985
- KYNGÄS, Helvi, HENTINEN, Maija e BARLOW, Julie H. Adolescents' perceptions of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care? **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 27, n. 4, p. 760-769, abr. 1998.
- LAPLANTINE, François. **Aprender antropologia**. São Paulo : Brasiliense, 1991.
- LARAIA, Roque de Barros. **Cultura : um conceito antropológico**. 10. ed. Rio de Janeiro : Zahar. 1986.
- LEININGER, Madaleine. **Care the essence of nursing and health**. Detroit : Thorofare, 1984.

- _____. Assumptive premises of the theory. In: MCQUISTON, C. Netzeer, WEBB, Adele A. **Foudatious of nursing theory: contributions of 12 key theorists.** California : Sage, 1995
- _____. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis : UFSC, 1985. p. 255-276.
- _____. Madeleine Leininger. In : MARRINER-TOMEY, Ann. 3. Ed. **Nursing theorists and their work.** St Louis : Mosby, 1994.
- _____. **Transcultural nursing : concepts, theories and practices.** New York : J. Wiley, 1978.
- _____. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York : National League for Nursing, 1991.
- LENARDT, Maria Helena. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica.** Curitiba. 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Rede de Pós-graduação em Enfermagem – REPENSUL. Expansão Pólo I- Universidade Federal do Paraná – Universidade Federal de Santa Catarina, 1996
- LIGA DE DIABETES. **Epidemiologia do diabetes mellitus.** Ribeirão Preto. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. [1999]. Endereço eletrônico: <http://rnf.furp.usp.br/diabetes>.
- LINDHOLM, R. R. Cuidado do lactente no primeiro ano de vida : conhecimentos desejados por um grupo de mães. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 36-46, jan./mar. 1984.
- MAILHIOT, Gérald Bernard. **Dinâmica e gênese dos grupos.** São Paulo : Duas Cidades, 1970.
- MARTINS, Luciana Mendes et al. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, dez. 1996.
- MARTINS, Y. P. , MORETTO S. C. Educação para a saúde a um grupo de adolescentes : relato de uma experiência de estudantes de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, n. 38, v. 3-4, p. 370-379, jul./dez. 1985.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo : HUCITEC-ABRASCO, 1992.

- MONDIN, Battista. **O homem, quem ele é?** Elementos de antropologia filosófica. São Paulo : Paulinas, 1980.
- MOLES, Abraham Antoine. **Sociodinâmica da cultura.** São Paulo : EDUSP, 1975.
- MONTICELLI, Marisa. O conceito de cultura e a prática da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 15, n. 1-2, p. 20-26, jan./dez. 1994 a.
- _____. **O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos.** Florianópolis. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994 b.
- _____, ALONSO, Ilca L. K., LEOPARDI, M. Tereza. Madeleine Leininger – teoria de enfermagem transcultural. In: LEOPARDI, M. Tereza. **Teorias em enfermagem : instrumentos para a prática.** Florianópolis : Papa livros, 1999.
- MUNARI, D. B. , RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e grupos.** Goiânia : AB, 1997.
- MULLER, J. Politics and care : a study of Czech Americans within Leininger's theory of culture care diversity and universality. **Journal Transcultural Nursing**, Memphis, v. 9, n. 1, p. 3-13, jul./dez. 1997.
- NEVES, Eloísa Pereira, GONÇALVES, Lúcia, H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis : UFSC, 1984. p. 210-229.
- PAIVA, Mônica Maria dos, et al. Avaliação das ações educativas em enfermagem para diabéticos: uma experiência de integração docente assistencial, no Hospital Universitário – UFC, Fortaleza – CE. **Revista brasileira de enfermagem.** Brasília, v. 39, n. 2-3, p. 55-65, abr./set. 1986.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural.** Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- _____. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 89-106, jan./jun. 1992.
- POMATTI, Dalva Maria. **Cultivo de um viver criativo na terceira idade : uma prática de cuidado cultural na enfermagem.** Florianópolis. 1998. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

PORTELLA, M. Rodrigues. **Cuidar para um envelhecer saudável** : a construção de um processo educativo com mulheres de uma comunidade rural de Passo Fundo/RS. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

PROCHNOW, Adelina Giacomelli. **Possibilidades de vida com melhor qualidade das pessoas com diabetes** : um estudo de enfermagem fundamentado em Callista Roy. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

RESENDE, Ênio J. **Cidadania** : o remédio para doenças culturais brasileiras. São Paulo : Summus, 1992.

REYNOLDS, Cheryl L. , LEININGER Madeleine. Madeleine Leininger : cultural care diversity and universality theory. In: MCQUISTION, C. Netzeer, WEBB, Adele A. **Foundations of nursing theory** : contributions of 12 key theorists. California : Sage, 1995.

ROBBINS, Stanley L. et al. **Patologia estrutural e funcional**. 5. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1994.

ROCHA, Dager Moreira. **Tudo azul** : conversando com os diabéticos. Juiz de Fora : Zas, 1993.

ROCHA, Maria do Perpétuo Socorro. Assistência de enfermagem em uma unidade de cuidados terceiros ao diabético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 3-4, p. 182-187, jul.dez. 1984.

RODRIGUES, Maria Lúcia. **O trabalho com grupos e o serviço Social**. 2. ed. São Paulo : Cortez & Moraes, 1979.

RUDIO, Franz Victor. **Compreensão humana e ajuda ao outro**. Petrópolis : Vozes, 1991.

SCHULL, Patrícia. **Enfermagem básica** : teoria & prática. São Paulo : Rideel, 1996.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. **Narrativas do viver com diabetes mellitus** : experiências pessoais e culturais. Florianópolis, 2000. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2000

- SILVA, Heloisa Moura. Programa de Assistência ambulatorial de enfermagem para clientes diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 3-4, p. 289-299, jun./dez. 1985
- SILVEIRA, Ismar Chaves. Crescimento do diabetes no mundo. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 5, p. 45, maio 1999.
- SILVEIRA, Suzana Dutra de Oliveira. Modelo prático da aplicação de insulina domiciliar: calendário mensal. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 115-118, jul./se. 1985.
- SILVERMAN, Phyllis R. . **Mutual help groups : organization and development**. London : Sage, 1980.
- SOUZA, Tânia Theodoro et al . Qualidade de vida da pessoa diabética. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 150-164, abr. 1997.
- SPANGLER, Zenaida. Culture care of Philippine na Anglo-Americana nurses in a hospital context. In : LEININGER, Madeleine. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York : National League for Nursing Press, 1991. p.119-146.
- STASIAK, David B. Culture care theory whith Mexican-Americans in na urban context. In: LEININGER, Madeleine. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York : National League for Nursing, 1991. p. 179-201.
- TEIXEIRA, Enéias Rangel. Representações culturais de clientes diabéticos sobre saúde, doença e autocuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 163-169, dez. 1996.
- TRENTINI, Mercedes et al. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e *Diabetes mellitus*. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 20-27, jul. 1990.
- _____, DIAS, Lygia P. M. SER-MAIS : uma possibilidade de promover a saúde pela prática educativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 53-61, jan./abr. 1997.
- _____, GONÇALVES, Lúcia T. Pequenos grupos: um método no desenvolvimento de tecnologias em enfermagem. (Aceito para publicação) **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 1, jan./abril. 2000. (No prelo).
- TRENTINI, Mercedes, SILVA, Denise Guerreiro V. Marcos conceituais e diagnóstico de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSYICO DE ENFERMAGEM, 1. , 1991, São Paulo. **Anais...** São Paulo, [s.n.], 1991 p. 116-128.

- _____, LEIMANN, Artur Henrique. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 18-28, jan. 1990.
- _____. PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem : uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis : UFSC, 1999.
- VARGAS, G. O., SCAIN, S. F. Educação para a saúde a grupo de obesos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 38-49, jan./mar. 1983.
- VÁSQUEZ, Marta Lúcia. **Significado da regulação da fecundidade para os/as adolescentes de uma comunidade urbana marginal**. Florianópolis, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999
- VENDRELL, Esteves, AYER, J. Carlos. Estruturas de grupos. In: GONÇALVES, Pilar. **Psicologia de los grupos : teoría y aplicación**. Madrid : Síntesis, 1997.
- VOLPINI, Walkyria M. G., TAMBASCIA, Marcos A. *Diabetes mellitus* insulino dependente: história natural de uma síndrome auto-imune. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 83-92, 1997.
- WALDOW, Vera R., LOPES, M. J. M., MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- WEISS, Kenneth M. et al. *Diabetes mellitus* in American Indians: characteristics, origins and preventive health care implications. In: **Medical Anthropology**, Estados Unidos, v. 11, p. 283-304, 1989.
- WESTPHAL, Marcia Faria et al. Grupos focais : experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim oficina sanitária panamericana**, Washinton, v. 6 n. 120, p. 472-481, 1996.
- ZAGURY, Leão, ZAGURY, Tania, GUIDACCI, Jorge. **Diabetes sem medo**. 4 ed. Rio de Janeiro : Rocco, 1987.
- ZIMERMAN, David, OSÓRIO, Luiz Carlos. Grupos de auto-ajuda. In: ZIMERMAN, David, OSÓRIO, Luiz Carlos (Orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

ANEXOS

Concórdia, 15 de junho de 1999.

**Ilmo Sr.
José Alberto Dantas
Presidente do Conselho Municipal de Saúde
NESTA**

Venho através desta à vossa presença, solicitar sua costumeira colaboração quando do enriquecimento das atividades ligadas à Saúde de nossos municípios.

Como vossa senhoria é sabedora, estou afastada de minhas atividades para poder dedicar-me ao mestrado em Assistência de Enfermagem oferecido pela UFSC-UnC-URI e para tanto necessito permissão para fazer uma pesquisa de elaboração de dissertação de mestrado, a qual será qualitativa a um grupo de 10 pacientes portadores de Diabetes Melittus, com o objetivo de conhecer como estes indivíduos vivenciam a sua condição de Diabético. Todo este trabalho será usado posteriormente para a construção de uma Metodologia de Assistência de Enfermagem.

Informo que tenciono iniciar tal trabalho a partir de agosto próximo e para tanto necessito de uma resposta com a maior brevidade possível.

Sendo o que tinha para o momento, votos de estima e consideração.

De acordo com o Sr. José Alberto Dantas
com uma colaboração
de acordo com o Sr. José Alberto Dantas

Vilma Beltrame
Vilma Beltrame

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado a participar de um grupo de convivência para pessoas com Diabetes Mellitus.

O objetivo desses encontros é de facilitar um processo de educação em saúde para o cuidado de si.

Se você concordar em participar, faremos reuniões quinzenais na sede da Associação em horário a combinar entre todos os participantes.

A participação dos pacientes neste estudo é confidencial e nenhum nome será divulgado em qualquer publicação, nem tão pouco informações que possam identificá-lo.

Você será consultado sobre todas as informações dadas se poderão ou não ser anotadas.

A participação neste estudo é voluntária e você poderá retirar-se do mesmo a qualquer momento e por qualquer razão. Você não tem obrigação de participar.

Caso você não concorde em participar deste estudo, você continuará recebendo o mesmo atendimento e terá os mesmos direitos como sócio desta associação.

Pense bem, faça a pergunta que desejar, esclareça todas as suas dúvidas mesmo durante o andamento do estudo.

Todos os itens deste termo de consentimento e informação serão cumpridos e respeitados pela enfermeira pesquisadora.

CONSENTIMENTO

Eu recebi uma cópia e li (ou leram para mim) as informações acima descritas. Foi explicado qual o objetivo deste estudo e como se dará. Sei que posso perguntar o que desejar e compreendo que sou livre para retirar-me deste estudo a qualquer momento.

Eu concordo com a minha participação neste estudo.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura: _____

Nome completo da enfermeira: _____

Assinatura: _____

Data: _____