



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Programa de pós-graduação *Stricto Sensu* em psicologia
Curso de Mestrado em Psicologia

**Influência do Grupo Educativo sobre a Qualidade de Vida dos Idosos Diabéticos
de uma Unidade Básica de Saúde do DF**

Maria Suênia de Medeiros Gomes

Brasília-DF
Dezembro de 2014



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Programa de pós-graduação *Stricto Sensu* em psicologia
Curso de Mestrado em Psicologia
Linha de Pesquisa: Psicologia da Saúde

**Influência do Grupo Educativo sobre a Qualidade de Vida dos idosos diabéticos
de uma Unidade Básica de Saúde do DF**

Maria Suênia de Medeiros Gomes

Dissertação apresentada ao Centro Universitário de Brasília - UniCEUB como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Orientador: Professor Doutor Sérgio Henrique de Souza Alves.

Brasília-DF
Dezembro de 2014

Gomes, Maria Suênia de Medeiros.

Influência do Grupo Educativo sobre a Qualidade de Vida dos Idosos Diabéticos de uma Unidade Básica de Saúde do DF / Maria Suênia de Medeiros Gomes. – Brasília - DF, 2014.

132 f.: il.

Dissertação de Mestrado do Curso de Psicologia. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2014.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Henrique de Souza Alves.

1. Envelhecimento no Mundo e no Brasil. 2. Diabetes. 3. Qualidade de Vida. 4. Grupo Educativo. I. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. II. Título.

É concedido ao Centro Universitário de Brasília - (UniCEUB) permissão para reproduzir cópias desta dissertação e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. A autora reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta dissertação pode ser reproduzida sem a autorização por escrito da autora.

Folha de Avaliação

Autora: Maria Suênia de Medeiros Gomes

Título: Influência do Grupo Educativo sobre a Qualidade de Vida dos idosos diabéticos de uma Unidade Básica de Saúde do DF

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sérgio Henrique de Souza Alves
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
(Orientador)

Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti
Instituto de Psicologia – UNB
(Examinador Externo)

Profa. Dra. Amalia Raquel Pérez Nebra
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
(Examinador Interno)

Profa. Dra. Valéria Deusdará Mori
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
(Examinador Suplente)

Brasília-DF
Dezembro de 2014

Dedico esse trabalho ao meu amado esposo Borges, parceiro em todos os momentos de dificuldades, que muitas vezes escondeu suas dores físicas e emocionais para que eu pudesse estudar com tranquilidade. No período do Mestrado você enfrentou e venceu um câncer, fez várias cirurgias, passou pela UTI, mas em nenhum momento deixou de me apoiar, incentivar, torcer e acreditar em mim. Você é o grande amor da minha vida, e agradeço a Deus por você estar ao meu lado.

Agradecimentos

A Deus, pelo dom da vida. Aos meus pais que sempre valorizaram o estudo e, especialmente, ao meu pai Sebastião Gomes que aos 80 anos, dança um forró como ninguém e nos ensina que é possível envelhecer com alegria. Aos meus irmãos, sobrinhos e todos os familiares pelo incentivo.

Agradeço também aos meus avôs Coacyr Medeiros, Geny Queiróz, Agripino Gomes e Lia Gomes, todos *in memoriam*, pelo exemplo valioso de honrar o trabalho, a honestidade e a luta na superação das dificuldades da vida, mostrando-me que o sertanejo é antes de tudo um forte, e que às vezes tem que “arribar” em busca de voos mais altos para conquistar seus sonhos, sem perder de vista as suas raízes, vencendo os preconceitos, e espalhando alegria e felicidade no caminho de seus irmãos, que são a humanidade inteira. Eles me ensinaram a ter fé em Deus, Jesus, Nossa Senhora, São José, na espiritualidade, e acreditar, sobretudo, que a eternidade é a volta para a casa do Pai, onde existem várias moradas.

A minha tia Edi Medeiros, doçura do mel de abelha, considerada pela família como sendo uma locomotiva, pois aos 90 anos, já encontrou vários obstáculos, sem desistir nas subidas íngremes, nas ladeiras árduas, mas consertando os trilhos quebrados com autenticidade, alegria e bom humor, e impulsionando corajosamente e com muita fé a toda família.

Aos meus tios idosos Severina Gomes, Chico Gomes, Cecília Gomes, Tota Gomes, Raimundo Gomes, Ceci Gomes, Constância Gomes, Severino Gomes, Maria Alice Queiróz, Francisca Medeiros de Queiróz, Nocy Queiróz, Francisca Lucena de Medeiros, e minha madrinha de crisma Carminha Dantas pelos valores transmitidos de educação, humildade, verdade, respeito, bondade e amor.

Aos familiares do meu esposo Borges, tia Zica e João Gomes, tia Dinorah, tia Doca, tia Nen, e tia Diomar, pelo carinho e amor que transmitem, e por me presentear com a entrevista de Cora Coralina colhida no museu da Cidade de Goiás¹ [...] Fonte: Wikipédia, em outubro de 2012:

“Um repórter perguntou a Cora Coralina o que é viver bem? Ela disse-lhe: Eu não tenho medo dos anos e não penso em velhice. E digo para você, não pense. Nunca diga estou envelhecendo, estou ficando velha. Eu não digo. Eu não digo estou velha, e não digo que estou ouvindo pouco. É claro que quando preciso de ajuda, eu digo que preciso. Procuo sempre ler, estar atualizada com os fatos me ajuda a vencer as dificuldades da vida. O melhor roteiro é sempre ler e praticar o que lê. O bom é produzir incessantemente. Também não diga para você que está ficando esquecida, porque assim você fica mais. Nunca digo que estou doente, digo sempre: estou ótima. Eu não digo nunca que estou cansada. Nada de palavra negativa. Quanto mais você diz estar ficando cansada e esquecida, mais esquecida fica. Você vai se convencendo daquilo, e convence os outros. Então, silêncio! Sei que tenho muitos anos. Sei que venho do século passado, e que trago comigo todas as idades, mas não sei se sou velha não. Você acha que eu sou? Posso dizer que eu sou a terra, e nada mais quero ser. Filha desta abençoada terra de Goiás. Convoco os velhos como eu, ou mais velhos que eu, para exercerem seus direitos. Sei que alguém vai ter que me enterrar, mas eu não vou fazer isso comigo. Tenho a consciência de ser autêntica, e procuro superar todos os dias minha própria personalidade, despedaçando dentro de mim tudo que é velho e morto, pois lutar é a palavra vibrante que levanta os fracos, e determina os fortes. O importante é semear, produzir milhões de sorrisos de solidariedade e amizade. Procuo semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça. Digo o que penso, com esperança. Penso no que faço, com fé. Faço o que devo fazer, com amor. Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois bondade também se aprende”.

Agradeço também a minha cunhada Roseli, que em nenhum momento permitiu que a diabetes fosse empecilho para a sua felicidade, e sempre transmitiu para toda a família tranquilidade e equilíbrio emocional, apesar de todo o sofrimento pelo qual já passou.

A D. Ieve, D. Ilza, D. Analice Cavalcanti e D. Sylvia Carvalho, idosas que sempre me acolheram com amor e carinho, referências de velhice bem sucedida.

¹ “[...] O Museu Casa de Cora Coralina foi inaugurado em 1989, localiza-se na cidade de Goiás, às margens do rio Vermelho. Ele busca preservar e divulgar a obra da poetisa brasileira Cora Coralina”.

Aos idosos diabéticos da Unidade Básica de Saúde que me ensinaram que é possível envelhecer com cidadania e compromisso social.

Ao meu orientador Prof. Dr. Sérgio Henrique de Souza Alves pelas correções, sugestões de leitura, envio de vários textos, livros e artigos científicos. A sua ética profissional, e esforço para pesquisar os melhores livros para me indicar, são exemplos de um trabalho feito com seriedade e comprometimento profissional que honra e dignifica a missão do professor.

Aos meus amigos do Mestrado com quem aprendi muito. Em especial gostaria de agradecer à Vânia e à Dulce pelos gestos de amizade, solidariedade, laços eternos de carinho e ternura.

Às Professoras Dra. Amalia Raquel Pérez Nebra e Dra. Larissa Polejack Brambatti por comporem a banca de qualificação de defesa deste trabalho e contribuírem com excelentes sugestões para o desenvolvimento do mesmo.

Aos amigos que compreenderam a minha ausência, pelo fato de estar sempre estudando nas ocasiões de aniversários e reuniões.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, ao Comitê de Ética em Pesquisa e demais superiores hierárquicos que autorizaram essa pesquisa, e aos servidores da Unidade Básica de Saúde pelo acolhimento, comprometimento, eficiência e eficácia profissional.

Ao Coordenador do Mestrado em Psicologia, aos Professores do Mestrado e aos funcionários do UniCEUB pela atenção.

Finalmente, agradeço ao Prof. Dr. Fernando González Rey, pelo seu exemplo de coragem, e principalmente pela sua coerência em praticar na sua vida pessoal e profissional, tudo aquilo que ele escreve em seus livros, e a todas as mãos amigas que me ajudaram a concluir esse trabalho.

Idosos e Rebeldes

*Quem são vocês, velhos, rebeldes, aposentados?
 Como ousam dizer não à elite que manda no país?
 Quem são vocês que se levantam bravos
 E contestam os Três Poderes da República?
 Com que ousadia saem às ruas, viajam horas e horas,
 Demonstrando mais energia, mais raça
 E espírito guerreiro do que os jovens?*

*Vocês, jovens, já esqueceram, mas somos aqueles que, quando choravam,
 Cantávamos cansados, mas com força, para fazê-los dormir.
 Somos aqueles que, na madrugada fria,
 Cobríamos seus corpos com o melhor cobertor.
 Somos aqueles que os viram crescer.
 Quando ficavam doentes, nós adoecíamos também.
 Sua febre era a nossa febre, sua dor era a nossa dor.
 Reclamavam nossa ausência,
 Mas estávamos trabalhando em horas extras,
 Para que pudessem estudar, vestir, morar, comer e brincar.
 Somos aqueles que, muitas vezes, choravam em silêncio,
 Por não podermos dar tudo o que queriam e mereciam.
 Ah, quantas vezes gostaríamos de parar e brincar mais
 Mas não podíamos, tínhamos que trabalhar, trabalhar, trabalhar...
 Ficávamos de coração nas mãos e sem dormir
 Quando vocês, ainda adolescentes, saíam para as festas,
 Vivemos para vocês.
 Embora saibamos que vocês não viverão para nós,
 Viverão para os seus filhos.
 Ensinamos tudo o que vocês quiseram aprender.
 E hoje, o nosso papo não interessa mais a vocês como no passado.
 Pode ser saudosismo, mas gostaríamos de poder ver vocês
 Correrem novamente pela casa, acompanhá-los ao jogo de futebol
 Ou nas velhas pescarias.
 Hoje, caminhamos devagar,
 Podemos até pensar diferente,
 Mas amamos vocês como vocês amam seus filhos,
 Não nos digam que esse sentimento
 É apenas gerado pela saudade de um tempo que não voltará mais.
 Hoje, discute-se a inteligência da emoção...
 Só quem ama sabe que esta teoria é correta.
 A idade nos tempera, nos deixa mais sábios,
 Fomos forjados com o fogo da natureza,
 Amamos a vida e não tememos a morte.
 Temos orgulho de nossa história de lutas
 Quem ama faz a guerra, se preciso for.
 Se vamos hoje à batalha,
 Queremos que vocês nos acompanhem,
 Pois acreditamos neste país.*

Paulo Paim (2003) *Estatuto do Idoso*.

Lista de Abreviaturas

CJI - Central Judicial do Idoso

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

CREPOP - Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

CS - Centro de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DF - Distrito Federal

DM - Diabetes Mellitus

DP - Defensoria Pública

GE - Grupo Educativo

HUB - Hospital Universitário de Brasília

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ID - Idosos Diabéticos

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS - Ministério da Saúde

NUCRON - Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas

PSF - Programa Saúde da Família

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

QV - Qualidade de Vida

SUS - Sistema Único de Saúde

SES-DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO - World Health Organization

Sumário

Introdução.....	1
Capítulo 1: Envelhecimento no Mundo e no Brasil.....	7
Envelhecimento populacional: Um desafio para o Sistema Único de Saúde.....	12
Envelhecimento na ótica do Hiperdia - Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos.....	14
Envelhecimento x Subjetividade e suas implicações no contexto de uma Unidade Básica de Saúde.....	16
Capítulo 2: Diabetes Mellitus em Idosos no Mundo e no Brasil.....	19
Capítulo 3: Qualidade de Vida dos Idosos Diabéticos na Unidade Básica de Saúde.....	29
Capítulo 4: Grupo Educativo de Idosos Diabéticos uma alternativa para o apoio social e adesão ao tratamento.....	36
Apoio Social: Suporte Emocional no Grupo de Idosos Diabéticos.....	38
Adesão ao tratamento	39
Capítulo 5: Método	44
Pesquisa Qualitativa	45
Caracterização do Grupo Educativo, cenário e dimensões sociais dos sujeitos da pesquisa	46
Participantes da Pesquisa	47
Local	48
Instrumentos da pesquisa	49
Procedimento.....	52
Estudo Quantitativo - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - Abreviado (Whoqol-Bref).....	55
Participantes da pesquisa quantitativa.....	55
Instrumento da pesquisa.....	58
Procedimento.....	59
Capítulo 6: Resultados e Discussão do Grupo Educativo e do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - Abreviado (Whoqol-Bref).....	60
Grupo Educativo.....	60
Verbalizações dos idosos diabéticos que frequentam o Grupo Educativo sobre o significado de Qualidade de Vida.	69
Estudo Quantitativo: Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - Abreviado (Whoqol-Bref).....	79
Considerações Finais.....	83
Referências Bibliográficas.....	94
Apêndice.....	106
Apêndice A: Tabela temática de atividades desenvolvidas no Grupo Educativo da UBS todas as quintas-feiras no período de 1º de outubro de 2013 até 1º de julho de 2014 com duração de 2:00 (duas horas).....	107
Apêndice B: Roteiro para aplicação do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - Abreviado - Whoqol-Bref.....	109
Apêndice C: Roteiro de Perguntas para ficha de preenchimento dos dados relativos às características dos idosos diabéticos participantes do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida Abreviado - Whoqol-Bref.....	110
Apêndice D: Depoimento de um idoso diabético ao término de uma reunião do Grupo Educativo da UBS sobre Qualidade de Vida	111
Anexos.....	112
Anexo A: Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - Abreviado (Whoqol-Bref).....	113

Lista de Ilustrações

Figura 1. Escolaridade dos participantes.....	56
Figura 2. Renda familiar dos participantes.....	57
Figura 3. Tipo de diabetes dos participantes.	57
Figura 4. Participação em Grupo Educativo para diabéticos.....	58

Lista de Tabelas

Tabela 1: Conceitos de adesão	39
Tabela 2: Metodologias utilizadas na pesquisa	45
Tabela 3: Resultados do Test - T para comparação entre grupos.....	80

Resumo

No cenário atual o Brasil configura-se como uma nação de “cabelos brancos”. Brasília apesar dos 54 anos, apresenta uma significativa parcela da população com mais de 60 anos e problemas crônicos, devido às consequências da Diabetes Mellitus (DM) Tipo 2 e outros aspectos inerentes à modernidade. No âmbito da Administração Pública do Distrito Federal, a Secretaria de Saúde instituiu na Unidade Básica de Saúde - UBS, Grupos Educativos para auxiliar idosos diabéticos a enfrentar os desafios decorrentes da enfermidade. A intervenção em grupo proporciona um enfoque interdisciplinar nas questões articuladas com a Diabetes Mellitus e o envelhecimento, permitindo ao idoso diabético falar sobre o temor do ridículo, das complicações com a diabetes, medo da impotência sexual e receio da morte. A integração dos pacientes em Grupos Educativos reduz a ansiedade, vergonha, depressão, culpa, rejeição e solidão, ao estimular uma mudança de estilo de vida para escolhas saudáveis. O objetivo dessa pesquisa foi compreender e avaliar a influência das atividades desenvolvidas no Grupo Educativo, sobre a Qualidade de Vida dos pacientes idosos diabéticos de uma Unidade Básica de Saúde do DF. O método utilizado foi de observação participativa no Grupo Educativo e os resultados foram avaliados por meio dos depoimentos transcritos e pelo instrumento quantitativo para avaliação de Qualidade de Vida - (QV) abreviado, questionário Whoqol-Bref, desenvolvido pela World Health Organization. Os depoimentos revelaram que o idoso diabético considera que o Grupo Educativo contribui para uma melhor Qualidade de Vida. Os dados quantitativos demonstraram a melhoria da Qualidade de Vida dos idosos diabéticos que participavam das atividades da UBS - DF. Presume-se que se capacitar para aprender a respeito do manejo da diabetes no Grupo Educativo, para agir de forma independente e autônoma, pode conferir sentido e dignidade à desejabilidade do idoso diabético por “querer viver”. Assim, receber o encorajamento e apoio dos frequentadores do grupo para comprometer-se com a melhoria da Qualidade de Vida constitui um fator de prolongamento existencial, e pode influenciar no processo de tratamento e na gestão da diabetes. Destaca-se também, a necessidade de direcionar recursos da saúde pública para educação continuada desses grupos, além de incentivos para que profissionais da psicologia possam realizar pesquisas sobre as necessidades sociais desse segmento populacional, contribuindo com novas intervenções para o processo psicológico do envelhecimento, atuação em processos de trabalhos democráticos e de acolhimento ao idoso diabético no Distrito Federal, criando oportunidades para outras realidades e melhorias da Qualidade de Vida do idoso diabético de Brasília, tornando os Grupos Educativos em componentes da Política Pública da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Palavras-chave: Envelhecimento, Diabetes, Qualidade de Vida, Grupo Educativo.

Abstract

Brazil can nowadays be described as a graying nation. Though Brasilia is only 54 years old, a significant share of its population is over 60 years of age and has chronic problems due to the consequences of Diabetes Mellitus (DM) type 2 and other problems inherent to modernity. Within the public administration of the Federal District, the Health Secretariat created Educational Groups in the Basic Health Unit (UBS-DF) to help elderly diabetics face the challenges of the disease. Group intervention provides an interdisciplinary focus on issues related to Diabetes Mellitus and aging, allowing the elderly with diabetes to talk about their fears of ridicule, of the complications of diabetes, of sexual impotence, and of death. The integration of patients into Educational Groups reduces feelings of anxiety, shame, depression, guilt, rejection and loneliness by stimulating a lifestyle shift towards healthy choices. The aim of this research was to understand and assess the influence of the activities developed in the educational group on the quality of life of the elderly diabetic patients of a Basic Health Unit of the Federal District. The method employed was participative observation in the Educational Group and the results were assessed through transcribed statements and by means of a Quality of Life qualitative assessment instrument, the WHOQOL-BREF questionnaire, a shorter version of the original World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. The statements revealed that the elderly diabetics consider that the educational group contributes to a better Quality of Life. The qualitative data showed the improvement in the quality of life of the elderly diabetics who participated in the activities of the UBS-DF. It can be assumed that enabling the elderly to learn about diabetes management in the Educational Group and to act in a independent, and autonomous way can bring meaning and dignity to the desirability of the elderly diabetics to “want to live”. Thus receiving encouragement and support from the other group members to commit themselves to improving their Quality of Life is a life-prolonging factor and may influence the treatment process and the management of diabetes. The study also highlights the need to channel public healthcare resources to the continuing education of these groups, as well as the need for incentives so that psychologists can carry out research into the social needs of this segment of the population, thus contributing with new interventions for the psychological process of aging, participating in democratic work processes and caring for the elderly diabetics in the Federal District, creating opportunities for other possible realities and improvements regarding the quality of life of the elderly with diabetes in Brasilia, and turning the Educational Groups into Public Policy components of the Health Secretariat of the Federal District.

Keywords: Aging; Diabetes; Quality of Life; Educational Group.

Introdução

O avanço das Políticas Públicas que contribuíram para a aposentadoria integral modificou a participação do idoso no âmbito familiar, tornando-o um protagonista e um cidadão com relativos direitos e um ganho salarial que propicia uma substancial ajuda na sustentação de sua parentela, colocando-o como um sujeito participativo, produtivo, com articulação na sociedade e no exercício da cidadania, em sua plenitude. Sua inserção social, nesse contexto, o conduz a buscar autonomia, independência, sentido e significado para a sua vida.

Por outro lado, os envelhecidos enfrentam rupturas com o trabalho, perdas de familiares e amigos, doenças crônicas e expressam insatisfação devido à falta de qualidade no atendimento da rede de saúde pública ou particular. Fatores de diversas naturezas e aspectos se manifestam com as seguintes vozes vindas de um Grupo Educativo no Distrito Federal (DF), conforme atendimento realizado pela Central Judicial do Idoso (CJI), onde atuava como psicóloga: “fazem palestras com conteúdo tão alarmante que dá vontade de correr pra casa com medo da morte, isso quando a gente entende o que eles estão dizendo”; ou “realizaram uma oficina sobre sexualidade como se fosse para adolescentes, aliás, eles acham que idoso é assexuado e não pensa mais nem nisso”; e que também “político acha que idoso não vota e nem tem familiar articulado com várias pessoas”. Entre outros, estes são alguns recortes de falas que ressaltam a necessidade de uma transformação nas Políticas Públicas, mais especificamente para que se possa envelhecer de forma saudável e digna.

No atendimento a idosos diabéticos na rede pública, particularmente no Grupo Educativo da Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal (UBS - DF), fonte deste estudo, um dos técnicos do Projeto Hiperdia, cujo objetivo é prevenir e tratar a diabetes mellitus, disse que trabalha com “um olho no gato e outro no peixe”, pois tem que atender o idoso

diabético que está a sua frente realizando um procedimento de glicemia capilar, e também acolher os que chegam à Unidade desesperados por receberem o impacto do diagnóstico da diabetes. Além disso, outros pacientes ficam batendo à porta reclamando que o grupo está demorando demais, e que estão esperando para obter informação. Esses fatos sinalizam o aumento de uma demanda populacional com relação à diabetes mellitus, além de considerá-la como sendo um desafio para a atenção básica à saúde.

É interessante observar, segundo o referido profissional de saúde dessa unidade, que ao mesmo tempo em que os pacientes solicitam informações científicas para o ensinamento dos procedimentos medicamentosos, também o interrompem para dizer que ‘já sabem o que ele vai dizer, pois já pesquisaram no Dr. Google’. No entanto, ele faz a seguinte consideração: “quando precisar é melhor você procurar um profissional de saúde, pois ele pode te ajudar no momento da dor, diferente da máquina que não te ouve, não se importa e nem vai cuidar de você”.

O profissional de saúde citado argumenta que a doença crônica não envolve apenas a medicação, e que o fato de estar ao lado de seus pares faz com que a pessoa não se sinta mais sozinha, portanto, as consultas médicas e a participação no Grupo Educativo são considerados um instrumento de socialização e bem-estar. Além disso, entende que é importante o usuário do serviço ouvir informações científicas fidedignas, com profissionais comprometidos que pesquisam para fornecer dados que contribuirão para o seu restabelecimento.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS), cujo objetivo é promover a Qualidade de Vida, integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação, comunicação e sustentabilidade (Ministério da Saúde - (MS), 2006a), também têm financiado estudos sobre o controle integrado de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco.

Além disso, o Ministério da Saúde (2012) divulgou no Portal Brasil uma pesquisa apontando a diabetes mellitus (DM) como a doença que mata quatro vezes mais do que a síndrome da imunodeficiência adquirida, superando o número de vítimas do trânsito, sendo que a faixa etária que apresentou a maior parte das mortes pertence aos idosos.

O interesse temático sobre o assunto surgiu no período de trabalho como psicóloga no Núcleo de Assistência Jurídica de Defesa do Idoso - Defensoria Pública, que tem por missão oferecer acesso à justiça para aqueles que são hipossuficientes, ou seja, não possuem recursos para se sustentar, além de propiciar atendimento psicológico às pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social. Esse Núcleo é articulado com a Central Judicial do Idoso, no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), junto ao Ministério Público do DF e Territórios (MPDFT), Defensoria Pública da União e Polícia Civil do DF.

Durante a permanência no Núcleo de Defesa do Idoso, lotada no *Projeto Cidadania Para Todas As Idades*, foram realizadas palestras educativas sobre prevenção à violência contra o idoso, bem como palestras sobre assuntos psicológicos, tais como: felicidade não tem idade, sexualidade em idosos, autocuidado, conflitos intergeracionais, enfrentamento da solidão, aspectos psicológicos do Alzheimer e outras questões correlatas. Tais palestras foram realizadas na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES – DF), associações de idosos do Distrito Federal, organizações não governamentais, instituições religiosas, instituições de longa permanência para idosos, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) do (DF).

Entretanto, no desenrolar das referidas palestras questionou-se o seguinte aspecto: será que a participação desses idosos nos Grupos Educativos contribui para sua melhoria de Qualidade de Vida? O mestrado foi a oportunidade de realizar pesquisas para investigar estudos anteriores de autores que se dedicaram a essa temática, além de aprofundar essa indagação.

Frente ao exposto, reconhecendo o risco social que a pessoa idosa enfrenta na sua condição de saúde, foi assumido o compromisso de pesquisar esse assunto, cujo **objetivo** é o de compreender e avaliar a influência das atividades desenvolvidas no Grupo Educativo, sobre a Qualidade de Vida dos pacientes idosos diabéticos de uma Unidade Básica de Saúde do (DF), fenômeno de significativa relevância para a sociedade. Assim, as proposições apresentadas por autores com vastas referências e domínio empírico a respeito da abrangência desse campo, poderão contribuir para o propósito desta pesquisa.

Faz-se necessário observar as implicações deste estudo no sentido de tornar essa pesquisa um objeto gerador de novos debates epistemológicos, além da busca do conhecimento dos aspectos institucionais no contexto social, em que a presente população encontra-se inserida. Ou seja, considerar a produção humana de conhecimento no universo de idosos diabéticos, atendidos na (UBS) do Distrito Federal.

O antigo Centro de Saúde (CS) é, atualmente, a Unidade Básica de Saúde (UBS), onde são oferecidos serviços gratuitos de consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. A UBS orienta-se pelos princípios consolidados do Sistema Único de Saúde (SUS), que são: universalidade, integralidade e equidade. Estrategicamente, está inserido na Atenção Primária à Saúde abarcando as ações preventivas e curativas (Ministério da Saúde, 2006b).

No primeiro capítulo desse estudo, a ênfase temática apresenta o envelhecimento no mundo, utilizando-se de dados do Fundo de População das Nações Unidas. Além disso, é abordado o envelhecimento no Brasil com abrangência na Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal. Paulatinamente, é ampliado o debate a respeito do envelhecimento populacional como sendo um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), resultando no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - Hiperdia.

No capítulo seguinte, o enfoque versará sobre o tema da diabetes em idosos, especificando a sua classificação em diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2. Nessa perspectiva, os recursos analíticos identificaram o enfrentamento da doença e a adesão das pessoas ao tratamento. Ao longo da pesquisa, surgiu a necessidade de explanar a respeito da Qualidade de Vida, da concepção da World Health Organization e do Ministério da Saúde sobre o tema, as suas considerações e conceitos, assuntos do terceiro capítulo.

No quarto capítulo de construção desse estudo, é destacado o comportamento do Grupo Educativo de idosos diabéticos. Trata-se de uma configuração com os argumentos dos principais autores envolvidos, participantes da Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal. Para analisar os fenômenos investigados nesse tópico, fez-se também necessário focar no estudo sobre o apoio social. Ainda nesse capítulo, destaca-se o fato de que os pesquisadores têm discutido sobre o papel da adesão ao tratamento como expressão para o avanço de uma análise da questão da diabetes em idosos. Com relação a essa justificativa, é evidenciado o debate do tema.

Com a finalidade de colher subsídios sobre a pesquisa, o quinto capítulo destina-se ao método. Ele versará discussão sobre os pressupostos da metodologia qualitativa, seguindo-se da descrição do método quantitativo e do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - Abreviado (Whoqol-Bref) de Fleck et al. (2000) objetivando construir informações acadêmicas da Qualidade de Vida no seio do Grupo Educativo de idosos diabéticos.

O próximo passo, sexto capítulo, apresenta os resultados e discussões dos depoimentos dos participantes do Grupo Educativo da UBS - DF, além da análise dos dados estatísticos observados no teste de Qualidade de Vida (QV) Whoqol - Abreviado. As considerações finais têm o intuito de ressaltar as deliberações apontadas pelos elementos da pesquisa, seguindo-se do compromisso de transformar todo o aprendizado do mestrado em algo útil à sociedade brasileira.

Espera-se, com isso, contribuir para a melhoria da Qualidade de Vida dos idosos diabéticos do Distrito Federal, por entender que uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletida na melhoria das condições de vida. (Secretaria de Direitos Humanos, 2013).

Capítulo 1: Envelhecimento no Mundo e no Brasil

O crescimento da população de idosos é destaque, atualmente, como um fenômeno mundial. O Fundo de População das Nações Unidas em parceria com a HelpAge International, uma entidade que auxilia idosos a reivindicar por seus direitos, lutar contra a discriminação, superar a pobreza, no prolongamento de uma vida digna, segura, ativa e saudável, publicou um artigo mostrando que o envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI (Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA], 2012).

O sucesso da longevidade humana, segundo o Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA], 2012, pode ser observado na China e na Índia, países considerados com as maiores populações de pessoas idosas. A World Health Organization (WHO) pontua que o número de pessoas com 80 anos vai quadruplicar entre 2000 e 2050. Este dado leva a supor que existirão muito mais pessoas que poderão conviver com seus pais, avós e bisavós. Analisando tal contexto, é possível conceber o desafio que a sociedade mundial terá que realizar para se adaptar ao alinhamento dessa proposta coletiva (World Health Organization [WHO], 2012).

A maximização da capacidade funcional da saúde dos idosos, em âmbito mundial, segundo a WHO (2012), viabilizará uma transformação desses atores na participação social e segurança pública, pois, entre 2000 e 2050, a proporção da população mundial com mais de 60 anos vai dobrar de 11% para 22%.

O envelhecimento populacional no mundo, pela amostra da WHO (2012), reflete o controle da natalidade e o sucesso em lidar de forma eficaz com as doenças infantis. Ao expor esses dados, emergem sentimentos de satisfação pelo fato de as pessoas idosas representarem um recurso inestimável para suas famílias, comunidades, sociedade de uma

forma geral, e pela contribuição prestada ao mercado de trabalho, haja vista a experiência acumulada que poderá ser transmitida para as outras gerações.

Assim, o legado do conhecimento do idoso, que pode ser catalogado, simbolicamente, como representação de um passado ontológico, ocupará um lugar que poderá ajudar aos mais jovens a não cometerem os mesmos erros dos seus antepassados. Configura-se o envelhecimento da população mundial, apresentado pela WHO (2012), como um indicador da melhoria da saúde global, o que é objeto de celebração, na medida em que os idosos continuaram a realizar contribuições importantes para o mundo em que vivem, constituindo-se em um recurso social, vital pela luta do salto qualitativo para o desenvolvimento humano.

A WHO relata que o perfil demográfico do Brasil, até 2025, convergirá para se tornar o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas. Essa projeção sugere que os indicadores demográficos apontam para a rapidez com que esse processo deverá se estabelecer no nosso país. Essa mudança na transformação demográfica nos leva a reconhecer as amplas discussões que deverão compor esse momento histórico (WHO, 2012).

Os dados da WHO vêm corroborar as estimativas apontadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2012), segundo o qual, em 2060, a população com 60 anos de idade ou mais representará 33,7% (73,6 milhões) da população brasileira (218,2 milhões de pessoas). A título de comparação, para 2014, segundo a mesma conjectura realizada pelo IBGE (2012), a população desta faixa etária corresponderá a 11,34%, ou seja, de uma população total de 202,8 milhões, esta camada representará 23,0 milhões de pessoas. Registra-se, neste período, uma evolução de 219,6% no número de pessoas idosas.

Com relação à promoção da saúde no Brasil, o Ministério da Saúde (MS), ao delinear uma articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, objetiva romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento. O que implica assegurar o acesso universal e igualitário dos

cidadãos aos serviços de saúde e à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer (Ministério da Saúde, 2006c). Ou seja, o fato de estar acontecendo no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, uma melhor assistência médica e farmacológica, maior participação nos exercícios físicos, além de uma alimentação saudável, pode implicar numa melhoria da Qualidade de Vida da população idosa.

O envelhecimento é definido como um fenômeno universal inerente a todos os seres vivos. Configura-se em um processo multidimensional, dinâmico, progressivo, que pode ser definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de pesquisa, da área de interesse e do objeto de estudo (Serra, 2005).

Ao estudar e definir a velhice como sendo única e personalizada para cada ser humano, o autor defende a ideia de que cada sujeito ocupa um espaço que se diferencia em suas condições econômicas e sociais, e que o envelhecer deve ser avaliado em toda a sua complexidade psicológica, biofisiológica, sociológica, cultural, além da lógica cronológica (Serra, 2005).

Minayo (2003) define envelhecimento como um processo biológico, que é real e pode ser reconhecido por sinais externos ao corpo. A velhice é apropriada e elaborada simbolicamente por todas as sociedades, em rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social.

Observou-se que o trabalho de Minayo (2003) foi pautado no intuito de desconstruir a visão de que não só os aspectos que estudam a transmissão hereditária devem ser enfatizados na velhice, mas também o sistema social, e as relações de poder que possibilitam evidenciar a força dessa categoria. Trata-se de defender a tentativa de trazer para o campo social a discussão sobre essa temática e de investigar as especificidades históricas, sociais e políticas.

Beauvoir (1990), que lutou para dar voz e trazer uma compreensão social sobre os aspectos da velhice, destaca que este estágio existencial não é apenas uma causa de origem

genética, mas um processo imbuído de um catalisador profundo de mudanças no psiquismo humano. Ela enfatizou a contribuição que o envelhecer traz para a coletividade social.

Birrem e Cunningham (1985, citado por Fontaine, 2010) registraram que todo indivíduo tem três idades diferentes: sua idade biológica (envelhecimento orgânico); sua idade social (refere-se ao papel, ao status e aos hábitos da pessoa em relação aos outros membros da sociedade); e a idade psicológica relativa às competências mentais que a pessoa pode mobilizar em resposta à mudança do meio ambiente, abarcando as capacidades mnésicas, intelectuais, e as motivações postas em execução. Segundo os autores, uma boa manutenção destas atividades permite autoestima e a conservação de um nível significativo de autonomia e controle.

No estudo do envelhecimento bem sucedido, é importante destacar a revolução psicofarmacológica, o advento da neuroimagem funcional, o desenvolvimento de técnicas cognitivas e comportamentais de reabilitação neuropsicológica que aumentam o bem-estar e Qualidade de Vida, contribuindo para a independência na velhice. Além disso, a saúde emocional precisa ser considerada, pois a manutenção da sensação de bem-estar na presença da adversidade envolve a adoção de novos comportamentos (a chamada resiliência psicológica) o que pode levar esses idosos a se considerarem envelhecendo de forma positiva (Malloy-Diniz, Fuentes & Cosenza, 2013).

Vários fatores podem influenciar a capacidade de raciocínio de um sujeito e certamente vão ter impacto positivo ou negativo no processo de envelhecimento cognitivo. Dentre esses fatores se destacam a idade, o nível de escolaridade, qual era o tipo de trabalho ao longo da vida, o estado geral de saúde, uso de medicamentos, a manutenção de atividades mentais estimulantes, a prática regular de atividades físicas e a participação em atividades sociais recreativas (Daffner, 2010). Entretanto, no processo de envelhecimento cognitivo, as

queixas e o desempenho mental de cada idoso devem ser avaliados de modo crítico e individualizados (Santos, Silva, Almeida & Oliveira, 2013).

O Estatuto do Idoso (2003) instituiu os direitos fundamentais e medidas de proteção a fim de garantir a longevidade de uma Qualidade de Vida satisfatória. Ele considera idosa a pessoa que tem idade igual ou superior a 60 anos. Os temas abordados em seu conteúdo versam sobre direito à vida, liberdade e respeito (a discriminação não pode ser tolerada, é preciso assegurar os direitos de cidadania, a participação na comunidade, e defender a dignidade e o bem-estar).

Para arguir o desrespeito aos direitos humanos, o Estatuto defende o atendimento das necessidades básicas de alimentos, saúde, cultura e lazer, moradia, justiça e transporte. Incluiu-se o direito à educação na política dos idosos, os quais competem:

- ✓ Incentivar o desenvolvimento de programas educativos voltados para a comunidade, ao idoso e sua família, mediante os meios de comunicação de massa;
- ✓ Implantar programas educacionais voltados para o idoso, estimulando e apoiando assim, a admissão dos idosos em universidades e outras instituições de ensino;
- ✓ Incentivar a inclusão nos programas educacionais de conteúdo sobre o envelhecimento, pois cada indivíduo envelhece de maneira diferenciada, na singularidade de suas condições genéticas, ambientais, alimentares, familiares, socioeconômicas, educacionais, históricas e culturais (Falcão e Dias, 2006).

O somatório dessas questões contribui para que os direitos dos idosos sejam assegurados. Netto (2005), ainda nesse campo de estudo no contexto contemporâneo, considera que se pode pontuar a importância de assistir o idoso e sua família de forma integral, tornando-o independente e autônomo para suas atividades diárias, reintegrando-o para a vida social, além de desenvolver ações educativas no âmbito primário, secundário e terciário.

Envelhecimento populacional: Um desafio para o Sistema Único de Saúde

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria de número 2.528, de 19 de outubro de 2006, institucionalizou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que tem como premissa precípua a recuperação, manutenção, promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos de idade ou mais (Ministério da Saúde, 2010).

O SUS é o resultado de propostas defendidas durante muitos anos pela população brasileira. Em seus princípios, ele consolida o direito universal, que é o atendimento de toda a população, o que significa dizer que compete ao SUS à atenção integral, e equânime ao cidadão brasileiro. Com relação à questão do acesso igualitário, ele é considerado como equivalente ao respeito aos direitos de cada um no serviço de promoção, proteção e recuperação da saúde, em diferentes realidades.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a agenda de compromisso pela saúde, que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde; em Defesa da Vida; e o da Gestão. Destaca-se, o Pacto em Defesa da Vida, que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades para cada um.

Foram ajustadas seis prioridades, sendo que três delas possuem especial relevância com afinidade ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso; a promoção da saúde; e o fortalecimento da atenção básica, sendo ambas implantadas no ano de 2006. Importante lembrar que, com base no princípio de territorialização, a atenção básica saúde da família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que

estão na sua área de abrangência, inclusive, aquelas que se encontram em instituições públicas ou privadas. Assim, diante do envelhecimento populacional, muitas ações estão sendo planejadas para atender às demandas (Ministério da Saúde, 2006a).

A mobilização e a articulação em torno do Pacto, segundo o MS, deve seguir as seguintes diretrizes: (a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; (b) atenção integral e agregada à saúde da pessoa idosa; (c) estímulo às ações intersetoriais, visando à plenitude da atenção; (d) implantação de serviços de atenção domiciliar; (e) acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; (f) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde; (g) fortalecimento da participação social; (h) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; (i) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; e (j) a promoção de cooperação nacional e internacional em experiências na atenção à saúde da pessoa idosa (Ministério da Saúde, 2006a).

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) define as políticas públicas como sendo um conjunto de ações coletivas geridas e implementadas pelo Estado, que devem estar voltadas para a garantia dos direitos sociais, norteando-se pelos princípios de impessoalidade, universalidade, economia e racionalidade e tendendo a dialogar com o sujeito cidadão. (CREPOP, 2007).

A discussão a respeito das políticas públicas para o envelhecimento populacional reflete-se também no Distrito Federal. Os pacientes com idade maior ou igual a 60 (sessenta) anos procuram as Unidades Básicas de Saúde (Centros e Postos de Saúde), presentes em todas as regionais, oriundos da família, comunidade ou por encaminhamento das equipes do PSF (Programa Saúde da Família) (Cruz, 2006).

Envelhecimento na ótica do Hiperdia - Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos

O reconhecimento impactante de que a diabetes representa um considerável índice de morte e incidência de doenças, com elevado custo social e financeiro para a sociedade, culminou na elaboração de estratégias pelo Ministério da Saúde (MS), mediante o SUS, de um Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus.

Neste plano, encontra-se inserido, segundo a equipe técnica da unidade, o programa com ações educativas de promoção à saúde com vistas a abordar a prevenção, diagnóstico, tratamento e assistência farmacêutica dos pacientes diabéticos, por meio de palestras que visam acompanhar e monitorar a diabetes, utilizando-se de informações fornecidas pelos profissionais de saúde que trabalham com a atenção primária na Unidade Básica de Saúde, objeto do presente estudo.

O programa realiza o cadastramento e o acompanhamento de pacientes diabéticos, gerando informações e medicamentos essenciais, padronizados, para distribuição gratuita, de forma regular e sistemática aos usuários do sistema, e, também, no fornecimento de insumos para o automonitoramento da glicemia capilar.

Esse serviço, nominado de Sistema Hiperdia ou SIS-Hiperdia, permite conhecer o perfil epidemiológico da diabetes mellitus na população, suas funcionalidades, além de gerar informações fundamentais para a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e para o MS, por meio do envio de dados para o SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica, ao CadSUS – Sistema de cadastramento de usuários do SUS onde fica registrado os dados estatísticos das pesquisas sociais e censos para serem aprimorados (CadSUS-MS 2014).

O SIS - Hiperdia possui, em seus dados percentuais, a faixa etária dos usuários do serviço e dados socioeconômicos. Para aprofundar o assunto, é possível acessar o site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS ²[...], onde está descrito os profissionais partícipes da referida unidade, responsáveis em verificar a taxa de hemoglobina glicosada e os dados de morbi-mortalidade.

Pode-se evidenciar a importância social da temática dessa pesquisa na faixa etária dos idosos, a exemplo do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, descrito em seu parágrafo 19, elaborado em Madrid, no ano 2002, segundo referência da Organização das Nações Unidas (ONU) no Brasil, que é assim ressaltado: “Uma sociedade para todas as idades possui metas para dar aos idosos a oportunidade de continuar contribuindo com a sociedade. Para trabalhar neste sentido é necessário remover tudo que representa exclusão e discriminação contra eles.” (ONU BRASIL, 2011 fonte site <http://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas>).

A partir de tais proposições, em 2002, a ONU no Brasil, começou a elaborar informações sobre o cuidado a ser destinado à faixa etária dos idosos, alertando sobre a mudança de perfil do idoso que contribui para o seu desenvolvimento, bem como de nossa sociedade. Entretanto, existe parcela de idosos que vivencia o processo de envelhecimento passando por enormes dificuldades e vulnerabilidades sociais.

² “[...] <http://hiperdia.datasus.gov.br/relatorio.asp>”.

Envelhecimento x Subjetividade e suas implicações no contexto de uma Unidade Básica de Saúde

Corroborando a ideia de subjetividade, Gonelli (2008) teceu as seguintes considerações:

O envelhecimento evidencia uma concepção de subjetividade fundamentada na identidade individual, social, psíquica e de gênero... A noção de subjetividade apoia-se nas ideias de invenção, de produção, de novas situações vividas pelo desempenho, tanto individual quanto grupal dos idosos, de suas decisões cotidianas (p. 21).

Repensando-se o espaço de interlocução do idoso na perspectiva de Gonelli (2008), compreende-se que esse sujeito escolhe e executa suas ações na perspectiva de incorporar novos saberes, portanto, escolher essa linha de pesquisa é buscar compreender e avaliar a influência do Grupo Educativo na UBS, tendo em vista que se está abordando o compromisso social que advém dessa opção.

González Rey (2012) afirma:

A subjetividade é uma expressão histórica tanto das pessoas quanto dos espaços sociais em que acontecem as suas práticas e sistemas de relações. Toda institucionalização é um processo gerador de subjetividades a nível social que leva à produção de múltiplas singularidades individuais que subvertem essa ordem dominante. A subjetividade individual mantém sua capacidade de contradição com a subjetividade social, pois a pessoa como sujeito de posicionamento social diferenciado é o resultado de uma história diferente daquela que se configurou como ordem social da instituição (p. 50).

González Rey (2004) relatou que o desenvolvimento de uma personalidade plena, ativa, é capaz de determinar por si própria seu relacionamento com a vida e de defender com vigor o sentido de suas distintas formas de envolvimento social. Este é um requisito essencial do indivíduo saudável, uma vez que ele não pode realizar-se, com relação à sua saúde, de uma maneira totalmente oposta empregada em outras esferas relevantes de sua vida.

Pretende-se observar nas atividades desenvolvidas no Grupo Educativo, se o idoso diabético extrai benefícios para a sua Qualidade de Vida, se as informações o ajudam a tornar-se um protagonista de sua própria história de vida, se ele aprende a responder de forma combativa a um contexto social que muitas vezes se limita a dizer que não tem jeito de mudar aquela situação de enfermidade, e, mesmo assim, esse sujeito persiste, não desiste, para continuar se fortalecendo interiormente, no sentido de modificar sua realidade social e, assim, obter uma resposta favorável para a sua Qualidade de Vida. Na semana de prevenção à diabetes, que ocorreu em novembro de 2013 na UBS, colheu-se um depoimento de um idoso diabético que pode ilustrar essa questão:

A primeira vez que ouvi falar sobre diabetes foi quando me disseram que: é um inimigo silencioso que pode te derrotar no primeiro vacilo seu. Assim, eu comecei a culpar os profissionais de saúde dizendo que tinham espírito de porco, e que se a doença fosse com eles, ou com seus parentes, eles não agiriam assim. Depois comecei a culpar os meus familiares quando a minha taxa de glicemia subia, pois se eles não tivessem me convidado para aquele churrasco isso não teria acontecido. Depois descobri que o meu grande inimigo está dentro de mim mesmo quando me deixo vencer pelo desânimo, quando sou irresponsável por não cuidar de mim. A diabetes me ensinou que cabe a mim me controlar, aceitar as minhas limitações e lutar por minha saúde”. (Depoimento colhido na semana da prevenção a diabetes em novembro de 2013).

Nesse sentido, percebe-se o processo de aprendizagem do idoso com relação à diabetes. Tavares e Rodrigues (2002) ressaltaram que os idosos são capazes de aprender:

o envelhecimento não altera a capacidade de aprendizagem do idoso. Constatase no decorrer dos anos um declínio na atividade física, na visão, na audição, no olfato, no tato e na habilidade da fala, entretanto, não se observa um declínio na função intelectual do idoso (p. 93).

González Rey (2003) também enfatiza na abordagem sobre o protagonismo que o sujeito ativo torna-se produtor de suas ações, aprendizagem e educação, e que na área de saúde possui capacidade de decisão, escolha e compreensão da situação na qual se encontra

inserido, além de possuir inteligibilidade e potencialidade para intervir nesse processo. Em suas palavras, (...) os espaços de inteligibilidade (...) não esgotam a questão que significam, senão que pelo contrário, abrem a possibilidade de seguir aprofundando um campo de construção teórica. González Rey (2005 p. 6)

Capítulo 2: Diabetes Mellitus em idosos no mundo e no Brasil

A Diabetes Mellitus é considerada um distúrbio crônico, caracterizado pelo comprometimento do metabolismo da glicose (Victor, 2005). A *Internacional Diabetes Federation* (IDF), que tem por missão promover o cuidado com a diabetes no mundo, divulgou seu maior estudo multinacional sobre o assunto, de escopo envolvendo cerca de 17.000 inquiridos dentro de um universo populacional que inclui 6.500 médicos e mais de 10.000 pacientes em 26 países, cujo objetivo foi investigar a existência da correlação entre a primeira conversa médica, quando o paciente recebe o diagnóstico de diabetes tipo 2 e o seu impacto na gestão da doença. Os desdobramentos dessa pesquisa podem ser alvissareiros com vista a articular ações com relação à diabetes no Brasil e no mundo. (Internacional Diabetes Federation [IDF], 2014).

Nessa pesquisa multinacional, a IDF (2014) preocupa-se em estimular e encorajar as pessoas com diabetes. Elaborou sínteses de campeões na área esportiva com diabetes, que continuam superando suas dificuldades, além de ajudar outras pessoas no mundo inteiro a enfrentar a doença, destacando-se os seguintes:

- A) “Quanto mais você sabe sobre diabetes melhor equipado você estará para fazer todas as coisas que deseja fazer. Diabetes não tem que ficar no caminho de seus sonhos”.
- B) “Foi-me dito que uma pessoa com diabetes não podia correr ultramaratona. Contrariei todo mundo”.
- C) “Meu sonho é acordar em um mundo onde nenhuma pessoa fica cega de diabetes”.
- D) “Diabetes tem ajudado a moldar-me como pessoa. Eu sou quem eu sou hoje por causa da diabetes, e, francamente, eu não gostaria de ser outra pessoa”.

E) “Eu tento pensar em minha diabetes como meu melhor amigo... o que significa que até que a cura seja encontrada, minha diabetes estará sempre lá, assim como um melhor amigo”.

As mudanças demográficas são também acompanhadas por mudanças epidemiológicas. O aumento do envelhecimento populacional acarreta alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (Cianciarullo, 2002). O Ministério da Saúde possui a tecnologia da informação a serviço do SUS, que é o DATASUS, cujas informações são obtidas por meio de pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Em 2011, essa pesquisa demonstrou que a prevalência de diabetes está crescendo no Brasil: em homens, o percentual subiu de 4,4%, em 2006, para 5,2%; entre as mulheres a taxa é de 6%. O levantamento, que coletou dados nas 26 capitais, e no Distrito Federal, revela que 5,6% da população declaram ter a doença. (Ministério da Saúde, 2011a).

O autorrelato de diabetes também aumentou com a idade da população. A diabetes atinge 21,6% dos idosos (maiores de 65 anos), índice bem maior do que entre a faixa etária de 18 a 24 anos (0,6%). A capital com maior percentual de diabéticos foi Fortaleza (7,3%), seguido de Vitória (7,1%) e Porto Alegre (6,3%). Os menores índices estão em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%). Os percentuais crescentes de diabetes no país podem estar relacionados com o aumento da obesidade e do excesso de peso, principais fatores de risco para a doença. Contribui, ainda, o aumento da população idosa e o aumento do diagnóstico realizado na rede de atenção básica à saúde (Ministério da Saúde, 2011b).

Segundo Dullius (2007), há um aumento da prevalência de (DM) na população de pessoas idosas, sendo esta uma das doenças crônicas mais comuns nesta faixa etária. Ela relata que a DM é uma condição prevalente em toda população, em qualquer classe social ou idade, e hoje é possível viver com longevidade e bem, mesmo com a doença.

Dullius (2007) relata que possui diabetes mellitus desde 1971, mas que ela não é o foco de sua vida, pois a DM jamais lhe tirou a possibilidade de realizar qualquer coisa, é atleta, bailarina, profissional, esposa, mãe e mantém-se saudável. A autora cita um relato pessoal: “A vida não precisa ser amarga só porque sou doce” (p. 399). Por isso ela busca sempre preservar a sua Qualidade de Vida e valorizar o que está ao seu alcance, consolidando os estudos multicêntricos prospectivos, os quais têm demonstrado a possibilidade de levar uma vida saudável e longa com diabetes.

Cruz (2006) define diabetes como uma síndrome decorrente de alterações metabólicas, caracterizada pela hiperglicemia inapropriada, em consequência da ausência da ação biológica da insulina. Historicamente as descrições mais antigas da doença foram feitas no Egito, há 3 mil anos. Os médicos romanos Aretaeus e Celsus deram-lhe o nome pelo qual é conhecido até hoje, que significa em grego (sifão) diabetes, pois o paciente urina constantemente como se fosse um (sifão “adocicado”). Mellitus, mel em latim, é devido ao fato de sua principal característica ser a urina doce (Fortes, Silva & Costa, 2005).

Existem dois tipos de diabetes: tipo 1 e tipo 2. O diabetes tipo 1 acontece quando a produção de insulina do pâncreas é insuficiente, pois suas células sofrem de destruição autoimune. O pâncreas perde a capacidade de produzir insulina em decorrência de um defeito do sistema imunológico, fazendo com que nossos anticorpos ataquem as células que produzem esse hormônio (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014).

Nesse cenário do diabetes tipo 1, o corpo acaba atacando as células que produzem insulina por não as reconhecerem como sendo da pessoa. Ele ocorre em cerca de 5 a 10% dos pacientes com diabetes. Os diabéticos tipo 1 necessitam injeções diárias de insulina para manterem a glicose no sangue em valores normais e há risco de vida, se as doses de insulina não são dadas diariamente. O diabetes tipo 1, embora ocorra em qualquer idade, é mais

comum ser diagnosticado em crianças, adolescentes ou adultos jovens (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014).

Kovács (2005) adverte que se tratando especificamente do paciente portador de diabetes tipo 1, torna-se quase impossível separar os aspectos psicológicos dos aspectos clínicos envolvidos. O diabetes interfere diretamente nos fatores nutricionais e hormonais. Segundo ainda a autora, com uma frequência maior do que a da população em geral, os pacientes diabéticos apresentam descontroles emocionais, sinais de irritabilidade e instabilidade afetiva. Tais situações parecem ser relacionadas às neuroses impostas pelo tratamento continuado que requer a doença.

A diabetes mellitus tipo 2, segundo pesquisas sobre o assunto, resulta em geral de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa a secreção de insulina. É considerada parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos (Ministério da Saúde, 2001). Além disso, António (2010) destaca “a título informativo que a obesidade é o principal fator de risco para a diabetes tipo 2” (p. 19). Grillo e Gorini (2007) enfatizam que a DM Tipo 2 aumentou como resultado da “maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono” (p. 49).

Segundo Ohara e Saito (2010), DM é uma alteração associada à deficiência absoluta ou relativa de insulina, caracterizada por alterações metabólicas, complicações vasculares e neuropáticas. A prevalência é de 13% em população adulta, sendo que, em idosos, esse número aumenta para 19%. Os fatores associados a DM são: obesidade; hipertensão arterial; fatores genéticos; dislipidemia, sendo os seguintes os principais sinais e sintomas: poliúria; sede intensa; fraqueza; confusão; limitação dolorosa de movimentação dos ombros, e aumento das infecções.

Na literatura pesquisada junto ao MS, observou-se que os sintomas mais comuns da diabetes são: (1) urinar excessivamente, inclusive acordar várias vezes na noite para urinar; (2) sede excessiva; (3) aumento do apetite; (4) perda de peso; (5) cansaço, vista embaçada ou turvação visual; (6) infecções frequentes, sendo as mais comuns, as infecções de pele. Além disso, estudos mostram que a diabetes mellitus está associado à doença cardiovascular. (Ministério da Saúde, 2006c).

O tratamento pode ser medicamentoso e não medicamentoso (o que inclui exercício físico e dieta alimentar). O tratamento medicamentoso consiste em promover a compensação metabólica por meio da redução da glicemia, além de constar antidiabéticos orais e/ou insulina injetável, dieta, e exercícios e incluir as seguintes estratégias: educação; modificações dos hábitos de vida; suspensão do fumo; bebidas alcoólicas e drogas; além do controle da obesidade evitando o sedentarismo (Ohara & Saito, 2010).

Barsaglini (2011) enfatiza os determinantes macroestruturais da enfermidade, conforme os estudos de Poss e Jezewski (2002), Chesla, Skaff e Bart (2000) e Garro (1995, 1996), que versam sobre os aspectos da diabetes em diferentes grupos sociais.

O alerta de Barsaglini (2011) é que “para se compreender a doença é essencial examinar os fatores sociais, políticos e econômicos que afetam as populações, como a pobreza extrema, as aglomerações, a nutrição inadequada, o sistema de saúde ineficiente e as condições opressivas dos trabalhadores” (p. 25). Nesse sentido, as respostas dos pacientes frente à doença não são vistas de forma isolada, mas sim incluídas dentro de um contexto social mais amplo que envolve as experiências situacionais de sua história de vida individual e coletiva.

Viver com diabetes mellitus requer uma vida inteira de comportamentos especiais de autocuidado. Prestar assistência a essa pessoa deve ir além de ajudá-la a controlar os sintomas, a viver com incapacidade e adaptar-se às mudanças sociais e psicológicas

decorrentes da doença. É preciso ter com ela uma abordagem compreensiva que leve em conta a complexidade, a multiplicidade e a diversidade da doença crônica (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014).

Silva (1994, citado por Marcelino e Carvalho, 2005) ressalta sobre o medo da perda e somatização, onde o autor identifica nesses pacientes o desejo de não amar para não sofrer. Esses autores observaram também que a dinâmica da dificuldade de não tolerar a frustração, por não suportar a perda, assemelha-se ao quadro de diabetes, na medida em que ele “não permite que o açúcar (doce), que simboliza o amor, entre no seu corpo e o faça sofrer” (p. 74). Na emocionalidade do diabético, segundo esse autor, encontra-se também sentimentos de auto-agressão, de ambivalência ao desejar algo e ter que fazer outra coisa por medo, levando-o, segundo esse estudo, a estar constantemente controlando a sua impulsividade e se fiscalizando. Entretanto, pode-se observar que apesar da dificuldade de entrega a maioria dos diabéticos consegue se submeter ao tratamento.

Chafey e Dávila (2007), como recorte temático, relacionam que:

a diabetes se tem convertido em um problema serio de saúde pública que está aumentando tanto na população de idade avançada como nas crianças e adolescentes. Como toda doença física, o estado psicológico da pessoa frequentemente influi no desenvolvimento, gestão e transcurso da doença (p. 127).

Além disso, esse estudo informa que o diagnóstico inicial da diabetes pode ocasionar um impacto significativo devido aos mitos, crenças, histórias familiares de casos de diabetes existentes nos núcleos familiares e de amigos.

Chafey e Dávila (2007) citam o trabalho de Rubin (2000) para ressaltar que alguns fatores que podem afetar a Qualidade de Vida são:

a complexidade e intensidade das tarefas de autocuidado, a interferência das mesmas na vida cotidiana, o medo das complicações e dos sintomas de hiperglicemia

(cansaço, letargia) e hipoglicemia (tonturas, taquicardia, irritabilidade, tremor), que podem interferir no funcionamento psicossocial e ocupacional (p. 129).

Destaca-se nesse estudo, também, a importância do apoio social, autoeficácia, motivação e atividade física como uma boa resposta para a melhoria da Qualidade de Vida dos diabéticos.

No Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON), vinculado ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Francioni e Silva (2007) procuraram correlacionar alguns fatores que contribuem para um viver saudável, mesmo tendo uma doença crônica como a diabetes mellitus, pois ela depende também

da maneira como a pessoa convive com sua condição de saúde, de conhecer suas possibilidades e limites, do apoio e do acesso a uma educação em saúde com base no diálogo, em que a pessoa possa se expressar e construir novas maneiras de lidar com sua doença (p. 106).

Configura-se assim no grupo de diabéticos, segundo Francioni e Silva (2007), situações de convivialidade onde os pacientes desenvolvem a promoção da autonomia, ampliação da criatividade, além do estabelecimento de articulações com outras redes sociais. Ou seja, cada sujeito traz a sua bagagem individual que influencia na dinâmica do grupo, além de acrescentar aspectos que ajudam a melhorar a Qualidade de Vida de outros participantes. De acordo com os autores, inicia-se uma relação de cumplicidade e valor terapêutico,

que ajuda os integrantes do grupo a quebrarem barreiras, especialmente pela possibilidade de receberem *feedback* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou experimentam os mesmos problemas (...) o sucesso do grupo ancora-se na perspectiva de que a doença faz parte do seu viver, mas não é todo o seu viver,

ou seja não é o centro de sua existência. As pessoas conseguem transcender suas limitações, encontrando forças para enfrentar impossibilidades e limitações (p. 108).

Assim, Francioni e Silva (2007) presumem que, quanto mais os pacientes expressam seus medos, mais se sentem fortalecidos para enfrentar a diabetes, pois se sentem no controle de suas decisões, podem negociar as regras alimentares, passam a ter outra percepção sobre a doença, reduzem a resistência e a negação ao tratamento, aprendem a desempenhar novos papéis e ensinam também a seus familiares, que passam a ter outra funcionalidade na organização da Qualidade de Vida de seus membros, pois “ser saudável não é fazer tudo sem restrições e sofrer consequências desastrosas, mas é manter uma conduta de cuidado que lhe permite viver com qualidade” (p.110).

Torres, Franco, Stradioto, Hortale e Schall (2009) apontam que o aumento da prevalência da diabetes, aliado à complexidade de seu tratamento, tais como restrições dietéticas, uso de medicamentos e complicações crônicas associadas (retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia, pé neuropático, entre outras) reforçam a necessidade de programas educativos eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde (p. 292).

Nesse sentido, observa-se que o Grupo Educativo poderá ser fator de influência, no sentido de melhorar a Qualidade de Vida dos idosos diabéticos.

Rables-Silva et al. (1995, citado por Barsaglini, 2011) destaca a família como uma instância privilegiada no estudo da enfermidade, pois além de ser uma potencial fonte de apoio emocional (companhia, informação, conselhos), tangível (preparar refeições, supervisionar horários) e econômico (prover recursos para a aquisição de medicamentos), pode auxiliar os sujeitos nas situações de doença (p. 29).

Outro ponto enfatizado por esses autores é sobre o fato da diabetes ser gerada pelo fator emocional. O exemplo ilustrativo citado com relação a essa abordagem foi de uma situação vivenciada por um paciente que

não aceitava a vida do jeito que ela é, e por questões de autoestima, idealiza que o mundo tem de ser daquele jeito: eu não posso ser feio, não posso ser pobre, não deveria estar morando aqui (...) a cobrança que faz de si mesmo naquela situação é maior que deveria ser (p. 99).

Enfatizando ainda os fatores emocionais, Barsaglini (2011) destaca que as pressões internas e sociais que o sujeito enfrenta são importantes vetores na constituição da diabetes. Esse autor ressalta que

a doença permite ao doente esquivar-se de um papel social repressor da individualidade [...] ela usa aquilo como arma, é conveniente e ela esquece do malefício que faz a si própria [...] procure chegar em casa mais cedo não crie confusão que a mãe não está legal [...] eu sou diabético para que você olhe para ele de forma respeitosa” (p. 100).

Ou seja o fator emocional pode contribuir para a formação de um quadro diabético.

Nesse sentido, o estudo de Barsaglini (2011) aponta para o lado emocional da diabetes, onde muitos pacientes descontam na comida as suas frustrações, insatisfações, perdas e ansiedades. Além disso, observa também que existe todo um contexto social no qual o diabético está inserido, como as dificuldades socioeconômicas que interferem nesse processo, mas também destaca que o sujeito não pode jogar seus desapontamentos todos no governo, pois muitas vezes ele não realiza os seus sonhos porque não sabe lutar por seus objetivos, ou por não saber aceitar as orientações que lhe são sugeridas. Além disso, o autor relata os seguintes exemplos: “A minha diabetes é emocional, é de fundo nervoso: não posso passar muito nervoso que daí ela sobe, mas estando tudo calmo, tudo bem. Só que é difícil o

pobre estar calmo...” (p. 141) e “O nervoso que eu passava porque guardava muita coisa que faziam comigo, encrenca de família, vizinho e eu ficava quieta e um dia explodiu no corpo.” (p. 152).

Assim, Barsaglini (2011) reconhece os fatores psicológicos, sociais, e culturais da diabetes. Para esse pesquisador, a diabetes pode ser entendida como sendo “pluricausal e relacional, remetendo à compreensão holística da doença [...] comportamentos, acontecimentos e eventos corporais e sociais se imbricam e somente ganham sentido quando reportados ao contexto econômico, social e cultural” (p. 227). Portanto, a compreensão da doença não é mais individualizada, e sim incluída em sua historicidade social.

Pinto (2013) ressalta que

se uma pessoa não vê saída para o seu problema, pode desenvolver comportamentos autodestrutivos. É preciso deixar claro para o paciente que só sua participação pode modificar o seu futuro. As atividades em grupo podem auxiliar muito esclarecendo dúvidas e permitindo aos diabéticos revelarem anseios, angústias e medos [...] o diabético precisa entender que possui todas as possibilidades de evitar as complicações da doença” (p. XVIII).

Assim, Pinto (2013), que aprendeu com a diabetes a ser uma pessoa determinada e responsável, declara que o diabético é capaz de aprender a gerenciar a sua doença, mas que ele precisa “ser um membro ativo da equipe” (p. XVIII), ou seja, não basta só tomar medicação, ficar poliqueixoso reclamando de tudo, é preciso ouvir as orientações e estímulos que o incentivem a fazer modificações para melhorar a sua Qualidade de Vida. Segundo esse autor, a diabetes é considerada pelo seu aspecto físico, emocional, social e pode ser bem administrada quando o paciente além de tomar medicação, participa de um Grupo Educativo e também de outras atividades.

Capítulo 3: Qualidade de Vida dos Idosos Diabéticos na Unidade Básica de Saúde

Para Ribeiro, Rocha e Popim (2010), a Qualidade de Vida é “um conceito marcado pela subjetividade e multidimensionalidade” (p. 766), ou seja, refere-se a aspectos psicológicos, históricos-culturais, espirituais e tudo o que interage com o ser humano. De acordo com a World Health Organization, segundo esses autores, Qualidade de Vida é “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p. 766). Nesse contexto, González Rey (2003) destaca a produção de atos que vislumbam o bem-estar, o cuidado, a segurança e proteção. Ancorado nessa concepção, observa-se que na definição de Qualidade de Vida também se configura as relações sociais.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal entende que uma boa QV para os idosos é: “conseguir realizar os esforços da vida diária; não apresentar grande quebra de homeostase durante as atividades; e que os programas para os idosos devem ser delineados considerando-se: eficiência, segurança e aspectos motivacionais” (Cruz, 2006, p.96). Assim, se o idoso consegue ter autonomia para administrar a sua própria vida, escolhendo e decidindo sobre com quem quer conviver, onde quer ir passear, em que Grupo Educativo quer conviver, esses aspectos podem ser considerados como fatores para a sua satisfação e Qualidade de Vida.

Portanto, a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso (Fillenbaum, 1984). Ramos (2003) corrobora a ideia de que nem todos ficam limitados pela doença crônica e muitos levam uma vida perfeitamente normal com sua enfermidade controlada, além de expressarem satisfação com a sua vida, merecendo destaque a seguinte definição:

Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. O bem estar na velhice seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas (Ramos, 2003, p.794).

O conceito preciso de Qualidade de Vida ainda não é consenso entre pesquisadores dedicados ao envelhecimento humano. Minayo, Hartz e Buss (2000) explicam melhor o porquê de tamanha variabilidade de conceitos e assinalam que o termo abrange muitos significados, refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

De acordo com Bueno (1992), a busca pela melhoria da Qualidade de Vida é uma procura incessante do ser humano. Ao se afirmar isto, está-se partindo da tese de que uma das características fundamentais da nossa espécie é a eterna necessidade de querer constantemente vislumbrar novas condições para melhoria do cotidiano, de tentar superar as condições mais adversas por outras, um tanto melhores.

Ao contemplar algumas interfaces no delineamento da Qualidade de Vida, nessa proposição da compreensão da QV no envelhecimento, e na observação dos seus limites para o desenvolvimento humano, Vianna (2008) aponta para a seguinte reflexão com relação ao espaço da sexualidade nessa área:

O que falamos para os idosos é o seguinte: não adianta não treinar e querer jogar, pois então vai se sentir muito cansado. Quem não treina com frequência, no dia do jogo, também não tem um bom desempenho. Para manter a vida sexual com qualidade, tem de manter-se ativo nessa atividade também (p.117), Vianna (2008).

Quando se adentra no universo do idoso, é importante entender os conflitos e saberes dessa população, como descortinou Alves (2001) que descreve sobre o medo do ridículo nessa faixa etária. O autor aborda a velhice fazendo uma comparação com o crepúsculo na chegada do final do dia. Em sua consideração, entende que existe um momento sagrado de contemplar o eterno, apresentando-se, também, permeado pelo medo de sonhar devido ao fato de alguns idosos terem vivenciado muitas decepções, o que, segundo o autor, propicia o estado psíquico de “alma engaiolada”, podendo levar ao enclausuramento do ser, afastando-o do convívio social. Além disso, encontra-se, também, o medo do ridículo: “O fogo com que o velho forja a corrente que prende a sua alma se chama medo do ridículo. Ridículo: aquilo que procura o riso dos outros. Velho Ridículo. Aquele que faz ou sonha algo impróprio para sua idade”. (Alves, 2001, p. 141).

Faleiros (2008, cita Dolto 1998), com respeito à importância das condutas mapeadas no convívio social dos idosos descreve:

O mais importante para dar sentido à vida são as trocas sociais, pois não há sentido no sozinho, ele se constrói no encontro recíproco, na troca em todas as fases da vida e diante da morte. As trocas é que nos fazem alimentar projetos e articular a Qualidade de Vida (p. 75), Faleiros (2008).

Neri e Nascimento (1993) avaliam a Qualidade de Vida na velhice ao observar que ela implica na adoção de múltiplos critérios que são de natureza biológica, psicológica e sociocultural. Assim, vários indicadores são apontados como pertencentes ao conceito de bem estar, tais como longevidade, controle cognitivo, satisfação, competência social, atividade, eficácia cognitiva, renda, continuidade de papéis familiares e continuidade de relações informais em grupos primários, principalmente rede de amigos. Nesse enfoque do conhecimento científico apresentado pelos autores, observa-se o resgate do foco principal, o idoso como protagonista, pois eles consideram a pluralidade das dimensões sociais, citadas

no manancial fecundo desses pesquisadores, enumerando vários estudos no campo da investigação da velhice.

Outro registro encontrado em Neri e Nascimento (1993) é com relação ao fato de o idoso aprender a lidar com os próprios sentimentos desagradáveis, que pode ser fonte de recurso para a promoção da própria Qualidade de Vida. A referência aqui é com relação às pressões encontradas pelos idosos nas mudanças devido às perdas físicas e emocionais. As autoras declaram: “Velhice não é sinônimo de doença” (p. 34). Outra demarcação dessas autoras é: “O velho brasileiro não existe. Existem várias realidades de velhice referenciadas a diferentes condições de Qualidade de Vida” (p. 39).

Com relação às comunidades mais pobres do nosso país, no aspecto da Qualidade de Vida, Gonelli (2008, p. 25) sinaliza que “a ampliação de benefícios e de renda para a população pobre foi potencializada pelo Benefício de Prestação Continuada e pelo Programa Bolsa Família, que contribuíram para a ampliação de renda desse segmento populacional”. O foco de atuação da renda familiar, per capita, para participar do Programa Bolsa Família deve ser inferior a R\$ 77,00 (setenta e sete) reais mensais.

Os cenários relevantes que viabilizam novos significados para a investigação, a propósito das condições que possibilitam uma boa Qualidade de Vida na velhice, bem como as transformações que a idade apresenta, são de grande importância científica e social. Trentini (2004) acredita que tentar responder à aparente contradição que permanece entre velhice e bem-estar poderá contribuir para a compreensão de novas alternativas de intervenção.

A definição da Qualidade de Vida torna sua conceitualização um processo complexo, por ter caráter subjetivo em seus vários domínios, e estes são dependentes de fatores internos e externos que variam de acordo com a individualidade. (Laurenti, 2003).

González Rey (2003) afirma que Qualidade de Vida é um sistema complexo, recursivo e plurideterminado, que integra a história individual do sujeito e os diferentes contextos dentro dos quais desenvolve suas atividades atuais. Portanto, a Qualidade de Vida é permeada pela complexidade, multiplicidade e singularidade dos processos de subjetivação da realidade simbólica, que facilita o recurso da saúde.

A emocionalidade e o conceito de estilo de vida, segundo Gonzalez Rey (2003), também são indicadores de QV e podem ser caracterizados pela congruência interna e flexibilidade das formas de comportamento, constituindo-se através do desenvolvimento constante em diferentes esferas da existência humana, configurando-se, assim, em áreas como família, amigos, dentre outras.

González Rey (2004) defende o pressuposto teórico de que a saúde não pode ficar alheia às políticas públicas e a epidemiologia social, e que esses aspectos se refletem nos aspectos sociais e psicológicos da origem das doenças. O autor faz referência à ligação entre sociedade e doença, mobilizando e articulando a complexa conexão entre essas temáticas que implica nas várias formas de se relacionar com as instituições sociais, com a mídia e com os contextos culturais.

A saúde, segundo González Rey (2004), em seu objeto de estudo, delineado no percurso metodológico, é vista como um processo sistêmico. O autor exorta que a subjetividade sempre vai estar envolvida no processo de saúde, pois o homem é o sujeito da doença, como também pode ser o sujeito da saúde. Observa-se assim, a responsabilidade de cada pessoa pela melhoria de sua saúde, pois se ela assume uma orientação ativa em relação a sua própria vida, e se esforça para alcançar esse objetivo, certamente obterá êxito.

Resumidamente, González Rey (2004) consubstancia situações emblemáticas, abordando a saúde como sendo um processo integral e histórico, onde a postura ativa, e não passiva diante dos obstáculos, irá gerar motivação e força interior para o enfrentamento do

problema. O autor considera a saúde como sendo um processo e não um produto, pois na saúde combinam-se fatores genéticos, congênitos, sociais, psicológicos, plurideterminados, e seu curso pertence à participação ativa do homem, e de toda a sociedade.

Nesse sentido, este sujeito pode se autorealizar, ser dono de suas decisões, adaptar-se e focar-se em novas realidades. A produção de significados e sentidos nesse sujeito tem significado social, cultural e biológico que se relacionam de forma correlata. Portanto, a Qualidade de Vida pode ser compreendida como sendo devido ao fato desse sujeito ter uma boa relação consigo mesmo e com o meio no qual está inserido.

Assim, o conceito de envelhecimento ativo, como significante de QV para o idoso, coaduna-se, segundo Smethurst (2009), com o conceito de sociedade inclusiva, e é definida por Ratzka (1999) como sendo uma sociedade não apenas aberta e acessível a todos, mas uma sociedade que acolhe e aprecia a diversidade.

Nas definições empreendidas, nos diversos autores desse estudo, observa-se que a QV em idosos abrange além da capacidade funcional, aspectos da autoestima, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, valores culturais, éticos e espiritualidade. Também compreende a importância do estilo de vida, com a organização das atividades diárias de forma saudável no ambiente em que se vive.

Uma frase de Jung (1875-1961, citado por Garrido e Menezes, 2002, p. 5) permite refletir sobre a Qualidade de Vida na velhice: "o anoitecer da vida deve também possuir um significado próprio e não pode ser apenas, um apêndice lamentável da manhã da vida". Ou seja, porque não dar sentido e significado a essa nova etapa existencial, que é a velhice?

González Rey (2003) quando aborda a temática da postura ativa nos lembra de que os idosos não precisam envelhecer passivamente, como meros objetos da vontade dos profissionais de saúde, de seus familiares ou daqueles que lhes façam companhia, mas como

sujeitos autônomos e dinâmicos, encontrando prazer e significado naquilo que realizam. Assim, o idoso diabético pode produzir novos sentidos subjetivos que possibilitem o seu envolvimento em novas atividades que lhe tragam Qualidade de Vida, o que envolve múltiplas dimensões com várias possibilidades e desafios para esta etapa de vida.

De acordo com Grillo e Gorini (2007) em um estudo realizado sobre caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2,

Qualidade de Vida diz respeito aos atributos e às propriedades que a qualificam, no sentido que cada ser humano dá a ela, o que dependerá da forma como as pessoas percebem a sua própria vida, ou seja, da forma como conduzem o cotidiano, podendo variar de pessoa para pessoa, não podendo ser generalizado (p. 53).

Grillo e Gorini (2007) depreendem-se que: “para uma melhor Qualidade de Vida do paciente diabético é importante o seu acompanhamento por uma equipe multidisciplinar formada de profissionais como: médico, nutricionista, enfermeiro, odontólogo, psicólogo e assistente social” (p. 53).

Tavares, Cortês e Dias (2011) consideram que na Qualidade de Vida dos idosos com diabetes mellitus “É relevante que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar as características da comunidade à qual direcionam o cuidado, objetivando atender a demanda de acordo com suas especificidades” (p. 296). Observa-se, assim, que a postura de respeito com o grupo específico para o Idoso Diabético (ID) faz-se necessário.

Um idoso diabético participante do Grupo Educativo fez o seguinte depoimento:

“Tenho amigos que se isolam, se excluem e vivem de lamentações e de arrependimentos, simplesmente raciocino que esse comportamento destrutivo não me leva a nada, portanto, escolho ter prazer e mostrar para o mundo que é possível envelhecer bem e saudável, apesar da diabetes”. Apêndice D

Assim, de acordo com o depoimento desse paciente, entende-se que Qualidade de Vida pode representar o ato de viver bem, apesar da diabetes.

Capítulo 4: Grupo Educativo de Idosos Diabéticos uma alternativa para o apoio social e adesão ao tratamento

Villela, Ribeiro, Cuginotti, Hayana, Brito e Ramos (2009), conforme a World Health Organization Primary Health Care, argumentam que na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reunida em Alma-Ata, república do Cazaquistão, em 1978,

a atenção básica à saúde tem sido considerada um dos pilares da organização de qualquer sistema de saúde. Sendo o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, o nível básico de atenção à saúde, tem um grande potencial de resolver parte significativa das queixas/demandas apresentadas (p. 1316).

Essa Conferência congregou governos de várias nacionalidades para buscar a promoção da saúde, sendo destacada a importância da Unidade Básica de Saúde.

Segundo Villela et al. (2009), o acolhimento, o escutar de forma humanizada e o cuidado, tem sido incorporada à ideia de integralidade, pois “as necessidades de saúde devem ser compreendidas como os resultados de articulações singulares entre condições biológicas, sociais e psíquicas de um sujeito em um dado momento da vida” (p. 1317). Ou seja, existem conexões, inter-conexões e comunicação com o todo:

A comunicação é um direito humano que integra e promove a cidadania. promove a longevidade. Porque, uma vez transformada, torna-se conhecimento capaz de mudar a realidade. Capaz de mudar nossa forma de pensar a velhice e o envelhecimento. Nesse sentido, nós lutamos pelo direito de uma informação de qualidade e o conhecimento, hoje, passa a ser um recurso essencial na sociedade da informação (Côrte, 2008, p.59).

A contingência pontual de Côrte (2008) sobre o aspecto da importância da comunicação pode ser considerada um fator importante no estudo do idoso diabético.

Freire (1996) reflete sobre a relevância da dialética na Educação, preconizando que é importante relacionar o que você lê com o que está ocorrendo na sua cidade, na sociedade brasileira e no mundo. Com base na mesma lógica, afirma que uma das tarefas da educação é trabalhar criticamente a inteligibilidade das coisas e dos fatos, e a sua comunicabilidade, para que se possa assumir o seu papel de sujeito na produção de sua inteligência no mundo, e não ser apenas o receptor do conhecimento transferido pelos outros. Esse aspecto dialético se faz presente no Grupo Educativo, pois os profissionais que atuam no grupo procuram fazer relações com os acontecimentos histórico-culturais da população brasiliense.

Entretanto, Fontaine (2010) afirma que “muitos se veem pela idade cronológica, no entanto, duas pessoas de 70 anos não são iguais” (p.21). Portanto, não se pode generalizar essa população, e sim, respeitar cada individualidade para promover discussões com a finalidade de atualizar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas do Grupo Educativo. Ao fazer uma correlação com a metodologia proposta por Freire (1996), pode-se observar que ele sabia ouvir os seus alunos e respeitava o seu saber, não sendo só um transmissor de conteúdo. Tal saber pode ser transposto para o Grupo Educativo, pois a postura de acolhimento traz para o idoso diabético segurança e confiança.

Essa reflexão sobre os caminhos educativos do idoso diabético leva a questionamentos e a buscas de evidências científicas. Segundo Mello e Garbellini (2011), as pessoas com diabetes têm direito, por lei, a receber medicamentos, glicosímetros, fitas reagentes, insulina e seringas necessárias para fazer o controle diário. Participar de um conselho municipal de saúde é uma forma de garantir que esse direito seja respeitado, não só para a própria pessoa, mas também para todos os diabéticos do seu município.

Koenig (1986) enfatizou que participar de um grupo de apoio faz com que a pessoa descubra que ela não está sozinha, que os outros participantes já passaram por situações

semelhantes. Os grupos também são importantes métodos de se compartilhar sentimentos, opiniões e experiências.

Cazarini, Zanetti, Ribeiro, Pace e Foss (2002) consideram que os participantes do grupo encontram “não só apoio emocional, mas também, ideias e sugestões para seu novo estilo de vida, possibilitando o desenvolvimento de destrezas e aliviando as pressões e temores da pessoa” (p. 143). Assim, a crença é de que o aspecto educacional e motivacional do grupo para diabéticos, segundo esses autores, ajuda a manter o controle metabólico, o que estimulou a sua equipe a sugerir a ampliação dessa atividade em todas as áreas do hospital onde esse serviço era realizado.

Apoio Social: Suporte Emocional no Grupo de Idosos Diabéticos

Em 2010, Silva publicou que

o apoio social tem sido descrito, de uma forma geral, como a presença ou ausência de recursos psicossociais de apoio, caracterizados pelos laços sociais que os indivíduos criam com outras pessoas significativas (familiares, colegas de trabalho, amigos), grupos ou comunidades, que desempenham funções úteis para a pessoa” (p. 41).

Cheng e Boey (2000, citado por Silva, 2010) relata que no apoio social com idosos diabéticos, o grupo de amigos desempenha um fator mais significativo com relação ao processo de adaptação da doença, do que a rede familiar.

Nunes (2005) observa a diversificação na terminologia de apoio social que inclui “suporte instrumental e emocional, feedback, aconselhamento, interação positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação, assistência material e outros” (p. 137). Resumidamente, o autor define apoio social como sendo um espaço onde existe uma relação de confiança, ajuda, segurança e aprovação, onde as pessoas se sentem amparadas e com o sentimento de que serão erguidas, caso venham a sofrer algum dano emocional.

Segundo Nunes (2005), quanto melhor o apoio social menos sintomas de depressão os pacientes expressam, sendo ele também indicativo de adesão ao tratamento e à Qualidade de Vida. Assim, o autor conclui, baseando-se em alguns pesquisadores, que “os diabéticos que se beneficiam de mais apoio social, usufruem de Qualidade de Vida mais satisfatória” (p. 147).

Para Garcia, Yagi, Odoni, Frigério e Merlin (2006),

os grupos facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na auto-estima e, até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade” (p. 176).

Trazendo essa investigação discorrida por esses autores para o presente estudo, observa-se que eles destacam que esses aspectos ajudam a aceitar a cronicidade da doença, o envelhecimento e suas limitações, além de proporcionar a descoberta de potenciais interiores que oportunizam a promoção da saúde.

Adesão ao tratamento

Segundo o Ministério da Saúde (2007) o conceito de adesão é:

Tabela 1

Conceitos de adesão.

A adesão:

É “Um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre a pessoa, a equipe e a rede social”. (p.14)

“Deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado”. (p. 14)

“Transcende à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde”. (p. 14)

Adesão

“É um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo”. (p.14)

Para Machado (2009) ³[...] “Toda relação é dinâmica. Relação é a capacidade de estar sempre dando novos laços (re-lação)”. Assim, a relação significa cuidar, é o mundo da presença, ou seja, é o se importar, prestar atenção, estar atento as necessidades do outro, pois as circunstancias existenciais muitas vezes criam nós de dificuldades difíceis de desatar. Weil (1996, citado por Zoboli, 2004, p.25) coloca que “A atenção é um esforço que consiste em suspender o próprio pensamento, deixando-o neutro, vazio e pronto para receber o outro, como ele é, em toda sua verdade”

O cuidado é essa predisposição interior para perceber e ouvir o outro, e muitas vezes escutar o que ele não diz. Cuidar de alguém é prestar-lhe atenção solícita, é ter uma disposição de afetividade. Alguns profissionais de saúde assumem o compromisso de ser um cidadão comprometido com o bem-estar coletivo. Tais profissionais optam por valores compatíveis com a honestidade, a verdade e a justiça, e adotam a proteção ao ser humano que está ao seu lado.

Outro fator que pode colaborar para a adesão ao tratamento é o apoio familiar. Articula-se com o estudo de Cazarini et al. (2002), ao se destacar o seguinte percurso investigativo: “Concordamos que a família influencia e ajuda no controle da diabetes mellitus, pois quando acompanhado e apoiado, o paciente apresenta maior adesão ao tratamento e melhora do controle metabólico” (p. 147).

³[...] Flavia Machado (www.espacocuidar.com.br/psicologia/artigos/lacos-ou-nos-afetivos, *acessado em maio de 2014*)”.

Cazarini et al. (2002), nesse contexto, discute sobre a importância do apoio de familiares, no sentido de que eles precisam estar inseridos para participar do enfrentamento da diabetes, por entender que eles serão importantes aliados na adesão ao tratamento, dieta, exercícios e monitorização. Devem também conhecer os socorros básicos caso o idoso diabético apresente sintomas de hipoglicemia, baixo nível de açúcar no sangue, ou hiperglicemia, alto nível de açúcar no sangue. Para balizar esse pensamento, o autor lança luz sobre esse assunto ao enfatizar que esses aspectos contribuem para a adesão ao tratamento.

De acordo com Silva (2010 p. 25), “a representação cognitiva que o doente tem dos sintomas, causas da diabetes, duração e consequências da doença, do seu tratamento e da possibilidade de controle parece ser fundamental para a compreensão do processo de adesão aos cuidados da diabetes”.

Além disso, com base na literatura de Silva (2010, citando Wagner et. al. 1998), os estudos sugerem que “as instruções verbais aumentam a adesão ao tratamento” (p. 30), portanto, apesar de observar que mesmo alguns idosos diabéticos do Grupo Educativo tenham se queixado das dificuldades econômicas de comparecerem ao grupo, devido ao preço das passagens, as informações transmitidas podem contribuir para que eles obtenham um bom resultado no seu controle glicêmico, reforçando assim a vontade de comparecer novamente ao Grupo Educativo.

Silveira e Ribeiro (2005) definem que o grupo de adesão ao tratamento

se fundamenta no trabalho coletivo, na interação e no diálogo. Trata-se de um grupo homogêneo quanto à enfermidade dos pacientes, aberto com relação à entrada destes em cada reunião e multidisciplinar no que diz respeito à coordenação. Tem caráter informativo, reflexivo e de suporte, e sua finalidade é identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções adequadas para problemáticas individuais e/ou grupais que estejam dificultando a adesão ao tratamento (p. 95).

Segundo Silveira e Ribeiro (2005, citando Bleger, 1998) “trata-se de uma prática que busca transformar os pacientes de receptores passivos dos cuidados em saúde em co-autores dos resultados, procurando fazer com que utilizem suas potencialidades como seres humanos” (p. 95). Nesse sentido, o Grupo Educativo torna-se um ambiente de aprendizagem e troca de saberes.

Ribas, Teixeira e Zanetti (2009) desenvolvendo um estudo com mulheres diabéticas, observou que durante o grupo

a postura de escuta, acolhimento e respeito à alteridade pode contribuir para produzir um sentimento de ser valorizada em sua subjetividade e reconhecida em suas potencialidades, o que fomenta a aliança terapêutica, que tem sido apontada como uma variável decisiva para a obtenção da adesão ao tratamento (p.207).

Os achados deste estudo apontam para o sentimento de dignidade e respeito que, por si só, são significativos e motivacionais para que o paciente deseje participar do tratamento, além de sentir que não é apenas um dado estatístico a mais para a instituição.

Souza, Honorato, Xavier e Ataíde (2012), a fim de entender esse processo, apontam que é importante “respeitar as crenças e práticas populares para que se possa aproximar de sua realidade cultural e assim fortalecer o vínculo” (p. 144). Percebe-se, ainda nesse estudo, que os idosos diabéticos vivenciam a negação do prazer, sentem-se em constante ameaça em um cotidiano cercados por várias restrições, o que produz a visibilidade no profissional de saúde de aprimorar a sua atuação para estar presente junto a essa população com cuidado na fomentação das vivências e no estabelecimento das relações.

Xavier, Bittar e Ataíde (2009) reforçam “a importância da família no cuidado do diabético e sua influência na condução do tratamento, pois ela motiva ações autocuidativas, além de demonstrar sentimentos de afeto, cooperação e solidariedade” (p.128). Percebe-se,

com relação ao idoso diabético, que alguns filhos e familiares tornam-se participativos do processo e se constituem em mais uma ferramenta de apoio para adesão ao tratamento.

Capítulo 5: Método

Minayo (2012), após um minucioso estudo analisando a investigação científica, destacou: “entendemos por metodologia o caminho do pensamento à prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui, simultaneamente, a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador” (p.15).

Na investigação preconizada por Minayo (2012), nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido um problema da vida prática. Nesse sentido, as questões a serem investigadas estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias condicionadas a promover o bem-estar social. Assim, a inserção na vida real, nas palavras da pesquisadora encontra suas razões e seus objetivos para determinar os interesses nas questões a serem investigadas nas pesquisas sociais.

Como recorte temático, a prioridade desse estudo foi sobre a influência do Grupo Educativo numa UBS, no Distrito Federal. Esse é o escopo desta investigação científica. A problemática advém de especificidades da população de idosos diabéticos, cujos comportamentos se delineiam nas seguintes condutas: abandono do grupo, caso esteja sentindo algum tipo de dor; idas frequentes ao banheiro; saída para tomar algum tipo de medicação; e/ou comer alguma coisa. Serra (2005, p. 24) acredita que “A entrevista com idosos requer paciência, pois, muitas vezes, as alterações biofisiológicas do envelhecimento causam diminuição da visão, audição, concentração, memória e requerem repetições sucessivas”. Nesse sentido, é importante destacar a postura de humanização e acolhimento dos profissionais de saúde para atuarem junto à específica população.

Trata-se de um estudo com uso de revisão bibliográfica, cujo objeto foi o Grupo Educativo, constituído no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e os partícipes foram idosos

diabéticos com idade igual ou acima de 60 anos. Assim, o escopo precípua utilizou método de pesquisa qualitativa (depoimentos dos idosos diabéticos participantes do Grupo Educativo) e quantitativo (questionários com idosos diabéticos frequentadores do Grupo Educativo e outros idosos diabéticos que participam de um grupo do ciclo da pesquisadora), para uma conjugação simplificada da Qualidade de Vida, foco conclusivo do estudo.

Esta pesquisa foi desenvolvida com dois estudos, um qualitativo realizado no Grupo Educativo visando compreender a influência das atividades desenvolvidas no GE sobre a QV dos pacientes, e o outro com o objetivo de avaliar a Qualidade de Vida dos idosos diabéticos por meio do instrumento Whoqol-Bref. Os dois estudos serão descritos a seguir:

Tabela 2
Metodologias utilizadas

Metodologia	Instrumento
Qualitativa	1) Grupo Educativo (GE)
Quantitativa	2) Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - Abreviado (Whoqol-Bref)

Pesquisa Qualitativa

A opção pela pesquisa qualitativa foi consolidada pelo recurso metodológico que, segundo Minayo (2013) é a flexibilidade, a análise do significado, dos valores e crenças. Oprou-se como recorte temático no primeiro momento, por priorizar o método qualitativo, pois verificou-se que o campo de conhecimento dos idosos diabéticos enseja interesses e saberes diversos, portanto, esse método de investigação poderia refletir os posicionamentos dos idosos diabéticos diante da doença e de sua realidade existencial, descrita nessa pesquisa e que se inclui nos conceitos primordiais dessa área, pois os depoimentos orais servem como fonte de documentos.

Caracterização do Grupo Educativo, cenário e dimensões sociais dos sujeitos da pesquisa

A intencionalidade teórica e metodológica defendida por Minayo (2013) enfoca que a compreensão da realidade pela ótica da investigação qualitativa cresceu exponencialmente, a autora define essa opção metodológica da seguinte forma:

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (Minayo, 2013, p. 57).

Essa forma metodológica contribui no percurso investigativo do presente estudo. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa representa em seu arcabouço teórico uma ferramenta que prima por estudar a pluralidade do pensamento a romper à lógica unidisciplinar, cuja capacidade racional enriquecerá o estudo sobre o Grupo Educativo, além de impulsionar argumentações teóricas na construção da pesquisa.

O campo empírico do estudo foi feito pela coleta de informações compiladas através dos idosos diabéticos participantes do Grupo Educativo, no período de 1º de outubro de 2013 até 1º de julho de 2014. Todos os procedimentos foram realizados à luz da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

A presença dos participantes no Grupo Educativo estabelece-se da seguinte forma: inicialmente eles são atendidos pelos profissionais de saúde da UBS e registrados no sistema Hiperdia, programa que realiza o cadastramento e o acompanhamento de pacientes diabéticos pelo SUS. Posteriormente, é feito uma explanação sobre as atividades desenvolvidas no Grupo Educativo, e realiza-se o convite para participar do mesmo.

É importante lembrar que a função da pesquisa científica não é só a de criticar de forma exacerbada e desproporcional a realidade estudada, mas de propor reflexões contextualizadas e ponderadas sobre novas possibilidades de pensar os fenômenos abordados, os quais poderão contribuir para que ocorram novos procedimentos com vistas à melhoria da QV da população assistida.

Participantes da Pesquisa

Idosos diabéticos que frequentam a UBS, após registro no Sistema Hiperdia. No Grupo Educativo da UBS os idosos diabéticos participam, semanalmente, de uma palestra de 2 (duas) horas com a enfermeira e uma nutricionista, a respeito dos cuidados com a diabetes e com a alimentação saudável. É realizado também o atendimento individual com o médico e caso exista alguma necessidade emergencial, o paciente será prontamente atendido. Além disso, foram afixados na UBS cartazes do MS sobre a diabetes, e distribuídos folders educativos sobre dietas específicas para os idosos diabéticos, com o objetivo de fazer com que eles mudem o comportamento alimentar, por meio da leitura de informações úteis para a sua saúde.

A frequência semanal no Grupo Educativo era intermitente e variava entre 12 a 20 pessoas, num total de 25 encontros. Os critérios básicos de inclusão para participar da pesquisa consistiam em estar disponível para aceitá-la, demonstrar interesse em participar, não existindo nenhum critério de exclusão em relação a gênero, nem em relação às condições sociais. Entretanto, foi estabelecido um critério de exclusão, pois poderia chegar ao grupo um idoso diabético que estivesse sendo acompanhado por seu curador. Nesse sentido, encontrando-se incapaz de assumir responsabilidade legal pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o mesmo não poderia participar do grupo.

Como toda pesquisa deve ser pautada no respeito ao participante, realizou-se análise dos riscos e benefícios da mesma para a sociedade. O sexo dos respondentes não foi uma variável pré-determinada. Em suma, os critérios para inclusão foram: idosos na faixa etária entre 60 a 90 anos; de quaisquer gêneros; de todas as classes sociais; religiões; escolaridade; que aceitassem participar voluntariamente da pesquisa, sem obtenção de ganhos financeiros ou de outras vantagens. A condição *sine qua non* é que fossem partícipes do Grupo Educativo da referida UBS-DF, de comum acordo com as condições previamente expostas para a participação da pesquisa, ter disponibilidade para ser entrevistado, entender, responder e assinar o TCLE e os instrumentos apresentados na pesquisa.

No perfil dos idosos diabéticos que frequentam o Grupo Educativo da UBS-DF prevalece o seguinte padrão: predominância do sexo feminino, são independentes, a maioria dos idosos reside no centro urbano; e de nível socioeconômico na faixa de 03 ou mais salários mínimos.

Destaca-se também no GE, a percepção de que para acontecer a expressão de sentimento do idoso diabético, antes de qualquer procedimento técnico, fez-se necessário a criação de um vínculo de confiança dentro de um espaço acolhedor, esclarecendo que o fato dele optar ou não pela participação na pesquisa, não o desligaria do GE. Entretanto, os usuários do serviço que quisessem participar da pesquisa deveriam compreender e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cientificar-se de que lhe era assegurado o direito à privacidade e confidencialidade dos dados obtidos.

Local

Antes da delimitação do local da pesquisa foram realizadas visitas técnicas a aproximadamente oito grupos de idosos diabéticos nas cidades de Brasília e no Plano Piloto

com o objetivo de inferir tempo de existência do grupo, pois alguns foram desativados. Por meio deste levantamento foi possível constatar que a presente Unidade desenvolve um trabalho em torno de cinco anos de atividade com o Grupo Educativo de diabéticos, cujos membros são comprometidos e se organizam no sentido de contribuir com melhorias físicas, para que o ambiente da UBS seja acolhedor e positivo. Entretanto, o orientador dessa pesquisa argumentou fundamentações no sentido de preservar o sigilo dos participantes do Grupo Educativo da UBS-DF. Assim, a opção é por não fornecer detalhes do local, para que os participantes não sejam identificados.

Reportando-se ao lado construtivo dos idosos diabéticos que participam desta Unidade Básica de Saúde, o que foi possível constatar no período de desenvolvimento do presente estudo, com duração de nove meses, é a de que a postura ativa e participativa dos idosos diabéticos é desenvolvida da seguinte forma: quando percebem, por exemplo, que está faltando uma rampa em determinado lugar, eles se reúnem, fazem um bazar e constroem uma rampa para evitar quedas dos usuários que frequentam a referida Unidade; ou quando verificam que a sala de pediatria não é confortável para as crianças, organizaram outro bazar e realizam melhorias físicas para trazer conforto e bem-estar aos usuários da UBS.

No período da pesquisa foi observado o zelo e o cuidado que os idosos diabéticos têm com o ambiente que frequentam, visando constituir um clima acolhedor, com música ambiente nas atividades desenvolvidas.

Instrumentos da pesquisa qualitativa

Optou-se pelo uso da técnica de coleta de informações em grupo focal, exarada por Dias (2000). “No âmbito acadêmico, o grupo focal aplica-se a pesquisas exploratórias, antecedendo outras técnicas de pesquisa (qualitativas ou quantitativas); pesquisas

investigativas, complementando lacunas deixadas por outras técnicas utilizadas em fases anteriores da pesquisa; e pesquisas de opinião”. (p. 10). Segundo a autora, o objetivo é identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade.

No campo legítimo da prática profissional do presente estudo, houve a necessidade de diálogo com outras áreas e saberes diversos, pois o Grupo Educativo da UBS, em foco, além de ser constituído por um médico, uma enfermeira, uma nutricionista, um técnico em enfermagem, emergem também vários outros atores sociais que participam do presente grupo.

Desta forma, na construção do presente trabalho, tornou-se imprescindível dialogar com esses profissionais sobre os sentimentos dos idosos diabéticos de negação, depressão, impotência e vergonha, dentro de um contexto que perpassa as rugas, a solidão, a memória das boas lembranças, os segredos guardados no coração, o medo da morte e a vontade de viver, representando assim uma multiplicidade de emoções e significados que podem ser compreendidos e interpretados a partir da visão abrangente da epistemologia qualitativa e do debate construtivo com outros saberes.

González Rey (2007) também fornece uma fecunda via de reflexão para trabalhar as questões psicológicas com os pacientes do Grupo Educativo através da seguinte metáfora:

A vida é um quebra-cabeça de infinitas peças, construimos algumas figuras com conjuntos de peças e, ao final, pensamos que essa é a vida. À medida que avançamos na vida, precisamos identificar novas peças e construir novas figuras que nos ajudem nas questões que enfrentamos no momento atual (González Rey p. 203).

Assim, inventar uma nova configuração de si próprio, criar uma nova história de vida, se reinventar e apostar em novas possibilidades são comportamentos adotados a partir do momento que se escolhe lutar pela QV. Foi o que se tentou apontar ao longo da realização de

25 (vinte e cinco) encontros semanais no Grupo Educativo, com duração de 02 (duas) horas, conforme Tabela temática das atividades desenvolvidas constante no Apêndice A.

Na visão dos profissionais de saúde que trabalham com o Grupo Educativo na UBS, trata-se de um espaço de caráter dialógico, e a postura é de respeito aos trabalhos que foram desenvolvidos anteriormente, incluindo a manutenção do diálogo com todos os profissionais da referida UBS. O critério para trabalhar no Grupo Educativo é o de não ter preconceito com relação ao idoso diabético, interagir saberes institucionais e cuidar dos laços afetivos nas trocas sociais, pois, devido às taxas hormonais, sua sensibilidade torna-se acentuada, o que pode levá-los ao descontrole emocional.

No Grupo Educativo (GE) da UBS, a equipe técnica trabalhou com dinâmicas de grupo, exercícios de sensibilização, dramatizações e discussões temáticas sobre velhice e diabetes, visando resgatar a autoestima e propor novo conceito da diabetes, para que eles pudessem ter um olhar diferenciado sobre a doença como um caminho de autotransformação. Entre as dinâmicas utilizadas, destaca-se a que foi solicitado aos pacientes o desenho de algo que significasse a diabetes na sua vida, e, em uma outra, eles foram convidados a expressar sobre o sentido da palavra Qualidade de Vida.

Acordou-se também que a participação como psicóloga no Grupo Educativo da UBS, seria focada no sentido de trabalhar a motivação dos pacientes para o manejo da diabetes. Portanto, o foco não seria os aspectos patológicos e sim as potencialidades do sujeito que foram estimuladas nas reuniões dos Grupos Educativos.

A análise dos riscos de toda pesquisa deve se pautar no respeito ao participante, na aquisição de conhecimento, na área da ciência e nos benefícios para a sociedade, com flexibilidade para interrupções por parte do idoso entrevistado, no caso de alguma necessidade física como, por exemplo, idas e vindas ao banheiro. Assim, durante o Grupo

Educativo a postura sempre foi de flexibilidade, principalmente nos sistemas conversacionais, conforme a abordagem de González Rey (2011).

Gonzalez Rey (2007) também sinaliza sobre as mudanças que precisam ser incluídas no estilo de vida do paciente. Referindo-se aos idosos diabéticos, percebe-se que a doença crônica requer cuidados e adaptações a novos contextos sociais, devido a sua complexidade. Assim, no cenário de contextualização do GE, no qual os idosos diabéticos estão inseridos, a postura mental é a de estar sempre aberto para o novo e, sobretudo, para incluir a prática do aprendizado na sua vida pessoal.

Procedimento

O delineamento do processo metodológico da presente pesquisa, realizada em uma UBS no âmbito do Distrito Federal-DF, cujo serviço especializado é articulado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal- SES/DF, procedeu a partir da existência de um levantamento realizado por telefone para a referida Secretaria, com o objetivo de conhecer sobre os Grupos Educativos de idosos diabéticos em Brasília.

O *modus operandi* utilizado para o desenvolvimento da pesquisa surgiu pela necessidade de se criar um ambiente de confiança e cooperação. Portanto, a proposta apresentada no primeiro momento foi a de perguntar qual contribuição a ser dada. Assim, devido ao fato de aquela Unidade não dispor de psicólogo na equipe multidisciplinar, a enfermeira do GE solicitou que fossem realizadas durante o Grupo Educativo (GE) palestras abordando temas sobre os fenômenos psíquicos direcionados à diabetes na pessoa idosa, além de dinâmicas e textos com viés psicológico voltados para a problemática em questão.

Desta forma, o GE da UBS concentrou-se na existência de uma sequência temporal, cuja funcionalidade acontecia todas as quintas-feiras, no período matutino, com duração de 02 (duas) horas e a participação de médico (a), enfermeiro (a), nutricionista, técnico (a) de enfermagem e dessa pesquisadora. Quanto ao trabalho com temas por meio do grupo focal

proporcionou um clima interativo com os participantes do GE, sendo os seus depoimentos gravados, após a devida permissão dos mesmos e transcritos para um estudo posterior.

Durante a realização do GE da UBS, observou-se que a frequência dos participantes era intermitente. Como exemplo, pode-se citar o fato de o fechamento de uma UBS próxima, cujas atividades com idosos diabéticos cessaram e eles foram encaminhados para a Unidade na qual se pesquisou. Como consequência, houve a necessidade de se repetir temas técnicos de palestras apresentadas, em função daqueles idosos diabéticos que não estavam presentes, mas solicitaram as informações científicas, o que contribuiu para o aumento do número de participantes no grupo, objeto deste estudo.

No GE inicialmente eles diziam seu nome e expunham algo sobre diabetes. Em seguida, era apresentado um tema técnico psicológico sobre a diabetes e discutido os sentimentos sobre a questão. Posteriormente, era realizada uma avaliação subjetiva, na qual os idosos diabéticos relatavam sobre o significado daquele encontro para eles, o sentido daquele tema e qual tinha sido o aprendizado para a sua Qualidade de Vida.

Os temas psicológicos que foram tratados no grupo de idosos diabéticos versaram sobre o estresse emocional vivenciado por eles, principalmente nos períodos em que se sentiam pressionados por seus familiares, cujo foco era o de obter resultados imediatos na mudança das taxas de glicemia. Além disso, a maioria dos participantes, que frequentavam o Grupo Educativo declarou que as taxas de glicemia se elevam quando estão passando por algum problema. Frente ao exposto, acredita-se que é importante para a Qualidade de Vida desses pacientes o suporte psicológico com informações e orientações sobre como agir frente às situações de estímulos estressantes.

Outras intervenções psicológicas existentes no GE com relação ao idoso diabético, se estenderam aos problemas decorrentes da dependência química. Visando sanar esta situação, foram realizados encaminhamentos aos Centros de Atenção Psicossocial Especializados em

Álcool e Drogas (CAPS-AD) de Taguatinga, Sobradinho II, Rodoviária, Santa Maria, Ceilândia e Itapoã que realizam atendimento às pessoas com dependência química e oferecem um serviço de assistência e suporte social, com fortalecimento dos laços familiares, comunitários e acompanhamento clínico. Devido à complexidade do fenômeno da dependência química, que tem interfaces que vão além do sistema de saúde do Distrito Federal, foram realizados também encaminhamentos para os operadores do Direito na Defensoria Pública, para os grupos de Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Comunidades Terapêuticas.

Além disso, a enfermeira que coordena o grupo de diabéticos sempre alertava para que os profissionais fossem diligentes a todos os participantes do GE, pois como alguns pacientes apresentam lentidão metabólica, isso pode fazer com que o remédio que às vezes tomam por conta própria se potencialize com outro, gerando um mal-estar, ou um efeito de diminuição antidiabético da medicação. Assim, é importante prestar atenção sobre a Reação Adversa a Medicamentos (RAM) para que seja feita uma intervenção ou encaminhamento urgente para o hospital terciário.

Segundo a referida técnica de saúde, outro fato que acontece é em relação a alguns usuários do serviço que mantêm o receituário atrasado pelo fato de não atualizarem as suas consultas, pois acham que se o remédio não está fazendo efeito, porque persistir? Ela procurava sempre motivar os pacientes enfatizando que um tratamento que não responde positivamente hoje, amanhã pode dar certo, já que todo trabalho e esforço geram resultado, êxito e aprendizagem. Assim, a postura da equipe sempre foi no sentido de estimular, e encorajar os idosos diabéticos a não se colocarem em situação de risco, como por exemplo, andar descalço, além de consultar um oftalmologista pelo menos uma vez ao ano, e de não desistirem do tratamento.

É importante também ressaltar que os temas, objeto de discussão no GE, eram trazidos pelos próprios idosos diabéticos. Entretanto, o orientador dessa pesquisa selecionava alguns autores que pudessem trazer conteúdos explicativos e claros, por meio de uma exposição lógica, objetiva, com seriedade e simplicidade, de forma que os participantes do GE pudessem construir recursos psíquicos para superar as suas dificuldades.

Estudo Quantitativo - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida – Abreviado - Whoqol-Bref

Os dados devem ser, quanto possível, expressos com medidas numéricas. O pesquisador deve ser paciente e não ter pressa, pois as descobertas significativas resultam de procedimentos cuidadosos e não apressados (Marconi & Lakatos, 2008, p. 4).

Participantes da pesquisa quantitativa:

A pesquisa quantitativa sobre idosos diabéticos foi realizada no período de Fevereiro a Junho de 2014, com base em depoimentos coletadas em uma UBS, e também em um espaço de convivência para idosos do ciclo da pesquisadora. Os participantes eram oriundos do plano-piloto, cidades e do entorno, com prevalência do sexo feminino. Não apresentavam déficit cognitivo, tinham diagnóstico da doença entre alguns meses ou até mais de 20 anos, com capacidade funcional de autonomia e independência.

De acordo com o levantamento de características dos participantes, foi possível realizar análises descritivas da amostra da pesquisa. Participaram um grupo composto por 55 (cinquenta e cinco) idosos diabéticos, com idade entre 60 e 85 anos. A média de idade é de

68,87 anos ($dp=6,94$). No que concerne ao tempo de diabetes, a média foi de 9,34 anos ($dp=6,36$).

Com relação à escolaridade dos idosos diabéticos, a Figura 1 mostra com detalhe uma leve concentração de pessoas no Ensino Médio, representando 40,7% do total, seguido de 33,3% de pessoas que possuem o Ensino Superior e de 25,9% no Ensino Fundamental.

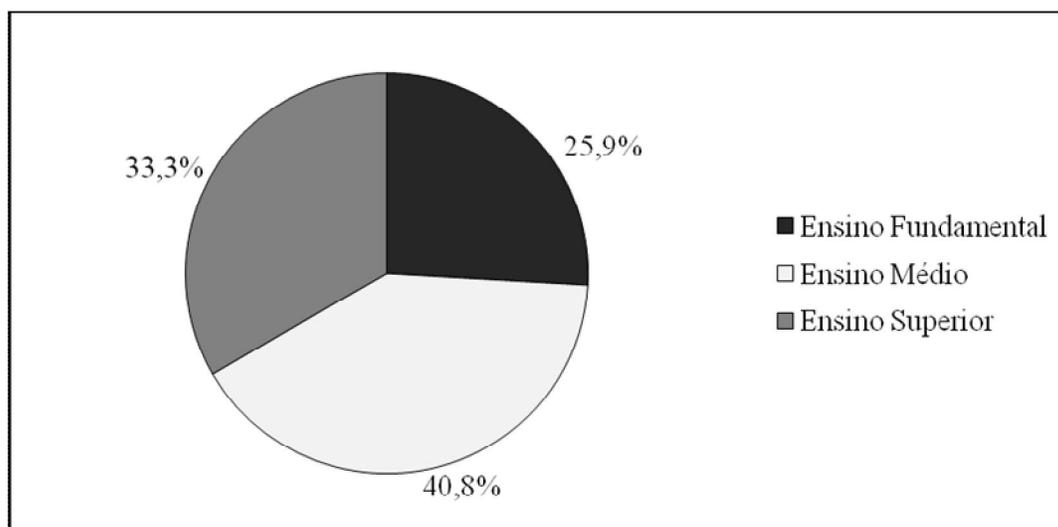


Figura 1. Escolaridade dos participantes.

Quanto ao nível de renda, pode-se observar na Figura 2 que elas variaram de 1 a mais de 5 salários mínimos, com concentração na faixa de renda igual ou superior a 3 salários mínimos, por representar 72,2% do universo pesquisado.

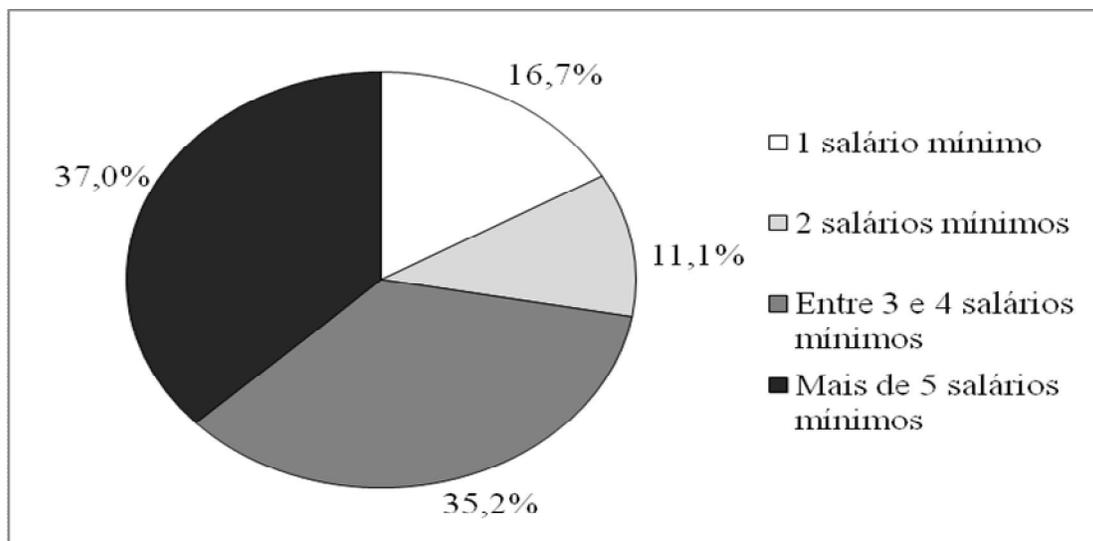


Figura 2. Renda familiar dos participantes.

A Figura 3 expressa os tipos de diabetes dos participantes do referido grupo, sendo observado uma maior concentração na do tipo 2, pois abrangeu 90,9% do total.

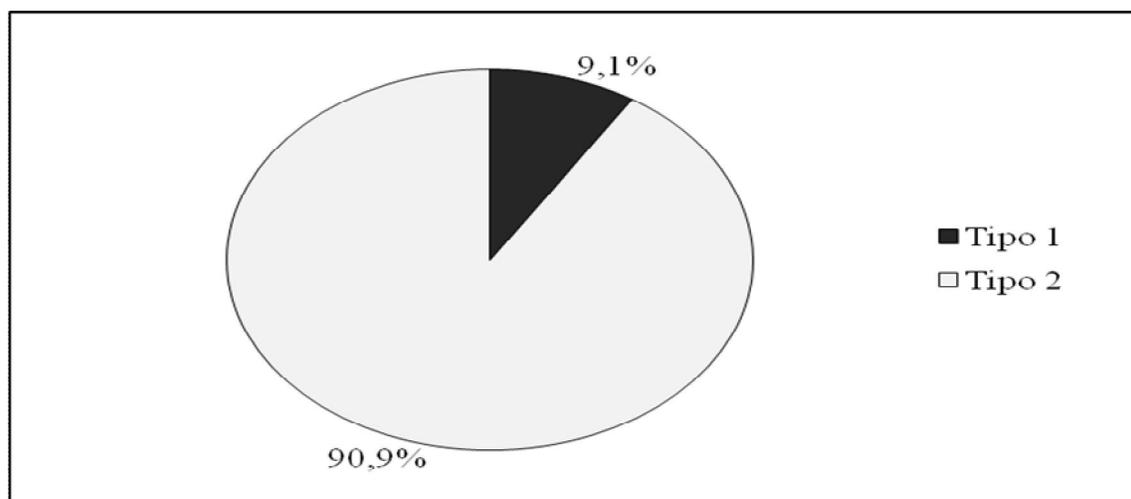


Figura 3. Tipo de diabetes dos participantes.

A Figura 4 aponta quantos idosos compartilham ou não de um Grupo Educativo para diabéticos. Dos 55 participantes, 64,2% participam de um grupo, sendo que, entre aqueles que responderam, a permanência média no grupo é de 2,94 anos. No quesito de tempo de permanência no grupo, a frequência de pessoas que não opinaram foi de 70,9%, ou seja, mais da metade dos participantes.

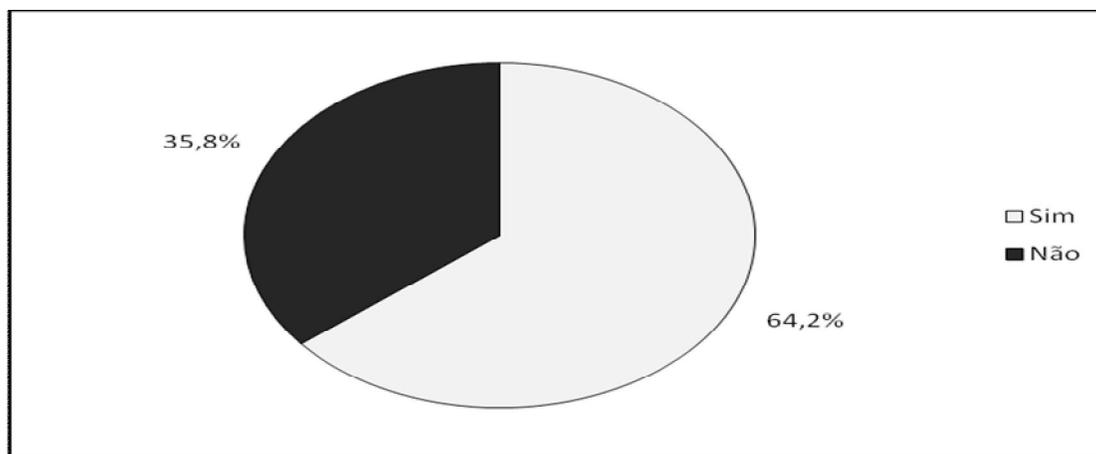


Figura 4. Participação em Grupo Educativo para diabéticos.

Instrumento da pesquisa:

Para mensurar a Qualidade de Vida dos idosos diabéticos foram utilizados questionários do instrumento Whoqol-Bref, elaborado por Fleck et al. (2000), que descrevem a metodologia proposta pela World Health Organization, contida para esse instrumento, bem como o desenvolvimento da versão em português, que segundo o autor apresenta fatores positivos e negativos, além de permanecer subentendido que o conceito de QV é subjetivo e multidimensional.

Nesse instrumento, segundo Fleck (2000), pode-se observar os fatores que mapeiam a QV, os quais podem favorecer novas intervenções. Nos últimos anos, esse instrumento passou a ser avaliado considerando a percepção dos pacientes em relação ao seu bem-estar.

Os dados foram levantados por meio da utilização do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - Abreviado Whoqol- Bref (Fleck et al. 2000), que é um questionário que busca a autoavaliação da Qualidade de Vida desses idosos. O instrumento contém 26 (vinte e seis questões), itens que são respondidos de acordo com uma escala likert de 5 pontos. Os itens são relacionados com os domínios Físicos, Psicológicos, Relações Sociais e Meio Ambiente.

Procedimento

Junto ao instrumento foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma ficha para preenchimento de dados relativos às características do idoso diabético, tais como: aspectos socioeconômicos; tipos de diabetes; tempo que foi diagnosticada a doença; e a participação em grupos de diabéticos, conforme Apêndice B.

Capítulo 6: Resultados e Discussão do Grupo Educativo e do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida -Abreviado- Whoqol-Bref

Os resultados e discussão dos dois estudos: Qualitativo (Grupo Educativo) e Quantitativo (Whoqol-Bref), em anexo, seguem na sequência:

Grupo Educativo

De acordo com Dias (2000), no grupo focal a aprendizagem também acontece através dos sentidos, significados e símbolos do não dito. Fazendo uma correlação com o GE pesquisado na UBS, pode-se observar fortes reações emocionais quando se começa a falar sobre o medo das sequelas da diabetes no futuro, ou um olhar penetrante que retrata a dor de não aguentar tomar medicação, o desespero do medo de morrer e deixar os filhos sem ter quem os cuidem, além de outros aspectos.

Observou-se também no GE várias inquietações dos idosos no sentido de desejarem produzir algo novo em suas vidas, mas que ainda não tinham ideia do que poderiam fazer. Ou seja, são conscientes de que não querem ficar parados, mas que ainda não sabem por onde caminhar. Além disso, eles relataram a necessidade de um médico geriatra, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um assistente social, de um dentista e de políticas públicas que contemplem o envelhecimento.

No primeiro momento da pesquisa, por meio de diálogo com a Gerente do Serviço da UBS e com a enfermeira que coordena o GE de idosos diabéticos, observou-se a existência de uma postura de suscetibilidade, evidenciada por atos de desconfianças, como se estivessem me perguntando se realmente se realizaria com o GE a atividade proposta. Esse comportamento pode ser conjecturado pelo modelo de evitação da ameaça de Fuller (1984),

quando o autor pode observar em alguns sujeitos estudados na sua pesquisa, uma postura receiosa devido ao fato de terem vivenciado situações desagradáveis anteriormente.

Com o passar do tempo foram se descortinando fatos que evidenciavam que outros profissionais que realizaram trabalhos técnicos naquela UBS, tinham criticado em demasia aquele serviço, sem propor melhorias ou atividades inovadoras no sentido de realizar algo positivo para os usuários, pois depreciavam o trabalho realizado sem propostas de melhorias. A avaliação depreciativa dos observadores que apenas presumiam de forma superficial, sem apreciar as técnicas utilizadas dos profissionais, fez com que eles passassem a temer o excesso de crítica e impactando no comportamento dos servidores da UBS, cujo pensamento era o de que o pesquisador só sabe examinar de forma intempestiva a realidade, além de não proporcionar aos usuários do serviço uma devolutiva do trabalho realizado. Sob este aspecto, realizou-se um trabalho com parâmetros éticos no sentido de transformar essa realidade.

Nas atividades desenvolvidas no GE, um idoso diabético participante do grupo, devido ao fato de ter em seus registros psíquicos uma história de abandono familiar, passou a adotar uma postura de auto-suficiência frente ao grupo agindo sempre com a crença “eu não preciso de ninguém pra nada”. Durante as dinâmicas psicológicas permaneceu numa posição de esquivar procurando se distanciar das pessoas. Quando ele começou a expressar suas emoções fez o seguinte depoimento:

“Quando procurei a Unidade Básica de Saúde me senti inadequado e cheio de dúvidas. O fato de não ter cuidado da diabetes me levou a um estado de fraqueza e desmaios, o que implicou na necessidade de pedir ajuda externa o que representava para mim motivo de sofrimentos, pois necessitar de alguém, precisar do outro era simplesmente inadmissível. A enfermeira mostrou-se interessada em me ajudar, mas fiquei desconfiado e não acreditei nela. Tinha cicatrizes familiares por ter sido abandonado por meus pais, e enxergava rejeição em todos os lugares, achando que ninguém se importava com as minhas necessidades. Entretanto a enfermeira me cativou, me apoiou e passei a chamá-la de Branca de Neve. Ela me levou para o Grupo Educativo e lá eu me senti aceito, apesar de todos os erros que cometi na vida, e também dos defeitos que tenho. O grupo ajudou a mudar a percepção negativa que eu tinha de mim mesmo, mostrando que envelhecer é esquecer as coisas ruins da vida, ter desapego pelo passado, e criar novos objetivos. Comecei até a me achar bonito, logo eu que tinha horror de me olhar no espelho. O grupo para mim equivale a uma sessão de descarrego emocional. Jogo para fora tudo o que me preocupa e fico aliviado. Depois, olho para os

participantes e vejo que ninguém está ali para me criticar, condenar, nem cobrar, mas sim para me ajudar. Sou grato a Branca de Neve por estar disponível e cuidar de mim no momento que mais precisei, as pessoas falam de Qualidade de Vida, mas existem pessoas que tem qualidade afetiva, e é isso que faz a diferença. Sou grato também a nutricionista que me dizia o que eu não podia comer, pois todas essas informações salvaram a minha vida. Foi aqui nesse lugar que conquistei o controle glicêmico. O que posso dizer é que estou muito satisfeito nesse grupo”. (Verbalização de um idoso que frequenta o grupo de diabéticos na UBS-DF).

Segundo esse idoso diabético, o GE foi benéfico no sentido de auxiliá-lo a aprender a confiar no outro e assim o caso evoluiu para um bom prognóstico, pois passou a acreditar que o tratamento ia dar certo. Segundo González Rey (2004), as emoções representam um momento da qualidade dos relacionamentos dos indivíduos, acredita-se, portanto, que o fato desse idoso diabético ter encontrado um espaço para poder expressar dores antigas possa ter contribuído para o seu equilíbrio emocional.

Os idosos diabéticos também expressaram no GE que eles podiam falar sobre sexualidade, problemas com os netos, além de não se sentirem sozinhos pelo fato de estar ao lado de pessoas que têm a mesma doença, e também poder perguntar sobre o que ajuda a passar uma crise de hiperglicemia (aumento da taxa de açúcar no sangue) ou sobre a hipoglicemia (diminuição no nível de glicose no sangue), como descrito no relato do participante do GE a seguir.

“Não tenho compromisso com a infelicidade e sim por lutar por meu crescimento pessoal e espiritual, a vida passa rápido demais para a gente ficar parado no que não deu certo. Sei valorizar e apreciar o que existe de bom ao meu redor, e não coloco o foco no que me falta, por isso valorizo esse grupo. São pessoas que estão do meu lado para me ensinar a vencer a diabetes.” (Verbalização de um idoso que frequenta o grupo de diabéticos na UBS-DF).

No GE observou-se a postura de cuidar do companheiro do grupo e de ter autocuidado. Atentar para o companheiro do grupo é uma atitude que foi constantemente

registrada e considerada como característica emergente, conforme postura de um participante quando compartilhou sua experiência em uma quinta-feira no referido grupo. Na sua concepção sobre a diabetes posicionou-se da seguinte forma:

“Tudo na vida tem seus prós e contras. A diabetes requer muito de mim... Mas, o que nesta vida não exige cuidados? Quando olho para a diabetes, olho para mim, me percebo como pessoa, reconheço meus limites e sei que não posso abusar. Nunca me conheci tão bem. Tive que fazer uma escolha. Escolhi viver. A diabetes me lembra que eu preciso me cuidar. Mas ela exige também que eu tome uma posição de humildade no sentido de saber que eu não sou auto-suficiente para dar conta de tudo, e que preciso estar perto de profissionais de saúde que saibam cuidar do outro com respeito, pois isso contribui para a nossa dignidade”.
(Verbalização de um idoso que frequenta o grupo de diabéticos na UBS-DF).

As palavras cuidado, autocuidado e cuidado com o outro foram usadas de forma continuada pelos idosos diabéticos participantes do Grupo Educativo da UBS.

O cuidado se expressa pela saída de si em direção ao outro e se traduz em solidariedade, em serviço e em hospitalidade para com o outro. Vale dizer, sofrer com quem sofre. Mas também alegrar-se com quem se alegra. Implica comungar, caminhar juntos, conviver, oferecendo-se mutuamente o ombro e dando-se as mãos. (Boff, 2006, p. 22).

Inferre-se assim que o aspecto crônico da diabetes é fator de cuidado, significância e sentido, pois representa uma relação duradoura em que o paciente precisa sentir confiança para formar um vínculo com o profissional de saúde que está ao seu lado. Esse aspecto, segundo autores pesquisados nesse estudo, como González Rey (2004), contribui para a adesão ao tratamento. Silva (2010) afirma que, à semelhança do que sucede com outras doenças crônicas, também em relação a esta doença, no geral, os resultados não são conclusivos, pois a diabetes configura-se em sua abrangência, pela complexidade devido à forma única e individual como ela atua em cada pessoa.

Outra verbalização no GE, com relação à diabetes, foi assim expressada por um idoso diabético:

“É um mito as pessoas dizerem que, por não utilizar a injeção a diabetes tipo 2 é uma doença menos grave que a diabetes tipo 1. Isso não é verdade, a diabetes tipo 2, se não for tratada, leva a sérias complicações. Não quero que as sequelas da diabetes me peguem, aqui eu estou prevenido riscos, reduzindo os impactos daquilo que me causa algum malefício, e ficando mais alegre, pois o grupo propicia o apoio emocional, que me ajuda a seguir em frente, e a lutar pela vida. Existe uma relação entre o descontrole emocional e as taxas glicêmicas, portanto desabafar no grupo me ajuda muito.

Muitas vezes estou em casa me sentindo sozinha, mas me lembro que quinta-feira eu tenho grupo, e só de pensar já me sinto fortalecida. No grupo escuto as brincadeiras dos colegas, como um falou que diabetes é mesmo uma diaba, coma doce e veja como é que você fica. O apoio do grupo me mostrou que a vida é mais forte do que a diabetes.”

(Verbalização de um idoso que frequenta o grupo de diabéticos na UBS-DF).

No grupo de idosos diabéticos da UBS também foi realizada uma dinâmica psicológica, na qual foi solicitado, entre outras atividades, que os pacientes desenhassem algo que significasse a diabetes na sua vida. Uma paciente desenhou o sol e disse que a diabetes mudou toda a sua vida porque trouxe a coragem de viver e de lutar pela vida. Segundo ela, quando soube do diagnóstico ficou com medo de comer qualquer coisa e passar mal. Assim, foi ficando fraca, desmaiando e tendo vergonha de que os outros soubessem de sua doença. Foi quando decidiu enfrentar os outros e assumir: “*Eu sou diabética*”. A sua descoberta, frequentando o GE foi a de que a autoaceitação lhe concedeu forças para lutar por sua saúde.

Outro participante do GE demonstrou em seu desenho que simbolicamente, o que mais representava a diabetes para ele era a águia, pois sua doença, constantemente, lhe mostrava que ele tinha que voar alto e ver lá de cima qual a melhor estratégia para reverter o quadro de fraqueza quando se encontrava numa crise. Segundo esse paciente, para alcançar dias melhores e maior quantidade de dias, ele não podia perder a visão do todo, deixando a glicose subir demais. Essa visão da águia sempre lhe inspirava para a possibilidade de acreditar que é possível reverter um quadro de descontrole glicêmico e de se auto-organizar, saber os alimentos que pode comer ou fracionar, alimentando-se, por exemplo, de três em três

horas, ou de duas em duas horas, mas sem exageros; “é comer várias vezes ao dia com qualidade e não muitas vezes ao dia, em quantidade”, verbalizou.

Os idosos diabéticos da UBS que participavam do GE, também mencionaram os abusos encontrados, principalmente com relação à questão da autonomia, em que alguns profissionais de saúde ignoram totalmente a sua presença ao comunicarem o que está acontecendo com a sua saúde para outro familiar presente na consulta, e o tratarem como se ele não fizesse parte da situação, constituindo-se essa postura segundo eles, numa situação abusiva por serem isentos do direito de se expressar.

Nesse sentido, Ribeiro (2012) desenvolveu um trabalho no qual destaca-se a interface com a justiça, a partir do entendimento do respeito à diversidade e do coletivo, a relevância do princípio de justiça social e a crítica à lógica da opressão. Tal trabalho corrobora os sentimentos expressados pelos idosos diabéticos, pois eles se sentem como se não existissem, fossem invisíveis e não fizessem parte do contexto social.

Buscando-se estabelecer uma relação com o tema da invisibilidade social, citada anteriormente, para que se possa identificar com maior clareza esse aspecto e considerando também a importância desse comportamento nos processos humanos, destaca-se o exemplo de um idoso que verbalizou no Grupo Educativo sobre a sua dificuldade de reagir frente aos seus filhos, por não se sentir um sujeito ativo para tomar decisões:

“o meu sofrimento maior é a ingratidão dos meus filhos, pois simplesmente não dão nenhum valor à minha opinião. Isso acontece também nas consultas, pois ninguém pergunta nada para mim, só para os meus filhos, que não sabem nada de mim.”
(Verbalização de um idoso que frequenta o grupo de diabéticos na UBS-DF).

Pode ser observada na fala da maioria dos idosos que frequentavam o GE que eles eram unânimes ao afirmar sobre a importância de um espaço público para que pudessem expressar as suas emoções de raiva, medo, frustração, ansiedade, desespero e tristeza, pois

muitas vezes tinham que esconder a sua dor para que os seus familiares não ficassem mais preocupados com eles do que já estavam.

Osório (1986, citado por Silva, 2010) considera que: “o fato dos doentes com o mesmo tipo de patologia sofrerem de problemas semelhantes, enfrentarem as mesmas vicissitudes e necessidades contribuem para criar um forte clima de coesão grupal” (p. 111). Nesse sentido, pode-se observar no Grupo Educativo da UBS-DF que o idoso diabético quando percebia que o outro estava verbalizando suas ideias catastróficas (pensamentos irracionais e sem lógica), frustração ou sugerindo novas formas de superarem os obstáculos, sorriam, aplaudiam o participante e chegavam até a verbalizar que o depoimento do outro fez com que ele não se sentisse mais sozinho, pois achava que o pessimismo a descrença e desânimo só ocorriam com ele.

Nesse aspecto, pode-se observar que os idosos diabéticos do GE chegam a chamar os participantes do grupo de sua “nova família”. Na sua contextualização, o grupo é formado por uma demanda espontânea de idosos diabéticos que comparecem à UBS para participar de atendimentos ambulatoriais individuais e serem incluídos no programa Hiperdia do SUS. Eles são unidos pela diabetes e pela vontade de vencer os desafios impostos pela doença.

Como a necessidade de apoio social no GE se fez relevante, foi proposto uma dinâmica psicológica sobre essa temática, onde foi fornecido material com dicas de apoio sobre diabetes encontradas nos seguintes filmes: Flores de Aço; Hora Marcada para Morrer; o Quarto do Pânico; o Reverso da Fortuna; e Com Hora Marcada. Os pacientes ressaltaram que a dinâmica psicológica que aconteceu no GE, ecoou em seus corações e quando se sentiam sozinhos chegavam a cantar a música que vivenciaram, para dar força a si mesmo, pois, segundo eles, o GE funciona como uma torcida invisível: “Às vezes em certos momentos difíceis da vida, em que precisamos de alguém pra ajudar na saída. A sua palavra de força, de fé e de carinho, me dá a certeza de que eu nunca estive sozinho” (Carlos & Carlos, 1977).

Outro ponto de suporte ao grupo foi à leitura de um texto da Defensoria Pública (DP), que cita onde estão em Brasília-DF os locais de atendimento gratuito para causas jurídicas. Entretanto, foi explicado que o requisito para ser atendido é o de possuir uma renda familiar de até 03 salários mínimos mensais. Além disso, foram fornecidas as seguintes informações: só terá isenção do IPVA o sujeito que tiver sido acometido por graves complicações diabéticas, tais como cegueira ou nefropatia em estágio avançado. Outra informação discutida foi sobre o benefício do Tratamento Fora de Domicílio - TFD, ou seja, esse benefício ocorrerá se na sua cidade o serviço para diabetes não estiver sendo prestado. Nesse caso, a pessoa pode requerer junto à rede pública para que esse serviço seja prestado em outro lugar, tendo a pessoa direito, de forma gratuita, ao fornecimento de transporte e hospedagem.

As informações dos operadores do direito foram adotadas por vários idosos diabéticos que participavam do grupo. Observou-se também nas atividades do GE que apesar do conhecimento fornecido pelos profissionais de saúde, alguns idosos diabéticos se alimentavam em demasia com comida que não podiam consumir e depois sentiam auto-culpabilização ao vivenciar uma crise de hiperglicemia ou também ao vivenciar a hipoglicemia.

De qualquer forma, o fato de alguns idosos diabéticos já terem vivenciado vários episódios da doença, essas ocorrências fizeram com que eles desenvolvessem um senso de cuidado e responsabilidade com o tratamento da diabetes, por sentirem na pele os benefícios da adesão ao tratamento. Além disso, eles também desenvolveram um olhar cuidadoso aos participantes do grupo, pois ficavam atentos a qualquer sinal de “estranheza”, termo usado por eles quando sentiam algum descontrole glicêmico.

Nesse sentido, essa situação evidencia a importância dos encontros semanais do GE, nos quais o ambiente é permeado por frases motivacionais e informações que estimulam o idoso diabético a superar as suas dificuldades e a não desistir do tratamento. Além disso, eles

dizem que o outro representa um espelho do que eles próprios vivenciam, ou seja, eles se identificam com a solidão do outro, o medo que o outro sente e principalmente com o que o outro está fazendo para conseguir viver mais.

Silva (2010) descreve sobre o tratamento da DM como sendo contínuo e não em termos de tudo ou nada, pois o recurso terapêutico na doença não deve ser percebido em termos de resultado, mas como um processo. Nesse sentido, pode-se observar no comportamento dos idosos diabéticos do Grupo Educativo da UBS, que alguns, quando não tinham o controle glicêmico de imediato, já se sentiam desanimados, querendo abandonar o tratamento, ou então passavam a desenvolver pensamentos catastróficos de impotência ou de desespero. Portanto, a revisão de literatura permite verificar que existe semelhança do grupo no contexto do que acontece em outros estudos.

Observou-se também durante os nove meses de realização do GE, que uma das maiores queixas dos idosos diabéticos é com relação à discriminação e a rejeição da velhice. Para os pacientes não é fácil enfrentar o envelhecimento, eles relatam que o fato de estarem ao lado de outros idosos que o apoiam e que lhe dão coragem para enfrentar aquelas críticas: *“será que isso fica bem em uma pessoa velha como você?”* Não é fácil. Eles afirmam que o grupo os motiva a seguir em frente e concede a coragem para dar a seguinte resposta a quem lhe maltratou: *“Velho é o seu preconceito, eu tenho vida dentro de mim”*.

Com relação ao levantamento sobre a influência do GE na Qualidade de Vida dos idosos diabéticos da UBS, pode-se perceber a pouca existência de literatura concernente à psicologia que versava sobre o assunto em foco. Os escritos achados sobre a temática, em sua pluralidade, pertencem a outros profissionais. No que diz respeito à categoria profissional de psicólogos existem múltiplas possibilidades dentro do campo de conhecimento científico do idoso diabético que poderão ser fonte de futuras investigações e pesquisas, no sentido de gerar descobertas que possam contribuir no desenvolvimento dessa área.

No mês de março de 2014, no GE, foi realizada uma dinâmica psicológica específica com o tema sobre Qualidade de Vida, em que todos os participantes do grupo de idosos diabéticos da UBS puderam colocar suas percepções sobre o sentido e significado dessa palavra nas suas vidas.

Verbalizações dos idosos diabéticos que frequentam o Grupo Educativo sobre o significado de Qualidade de Vida.

“Qualidade de Vida para mim é cidadania. Ou seja, para mim é conhecer o Estatuto do Idoso, saber os meus direitos e deveres políticos e sociais”. Depoimento de um idoso diabético participante do GE.
--

González Rey (2012a) ressalta a produção de sentido e as trocas de aprendizagem que existem no relacionamento social. Os protagonistas desse campo de saber político e social na presente pesquisa são os idosos diabéticos, que com suas histórias de vidas registram suas necessidades, desejos e sonhos na produção histórico-cultural da subjetividade humana, os quais implicam em produções emocionais nos discursos desses atores no espaço social do GE, tornando-se uma ferramenta essencial para abordar a temática.

Malloy-Diniz et al. (2013) também relatam que um outro fator que deve ser salientado para a promoção da saúde do idoso é a autoeficácia, que é a crença na própria capacidade de organizar e executar o curso da ação necessária para alcançar determinado resultado. Quanto mais forte a crença em suas capacidades, maiores e mais persistentes serão seus esforços. Segundo esses autores, ao desenvolverem a autoeficácia e a autopercepção do construto sociocultural da velhice muda-se de um estado de limitação e degeneração inevitável, para um momento de acúmulo de sabedorias e potencialidades.

Dessa forma, o espaço social do GE é concebido como fonte de desenvolvimento de Qualidade de Vida e de conhecimento sobre as práticas, direitos e deveres políticos dos

idosos diabéticos no contexto atual da saúde pública, além de ajudar na reconstrução do exercício da cidadania.

“Para mim Qualidade de Vida é você estar cercada de profissionais que te apoiam de verdade, que se interessam pelo seu bem-estar. Ou seja, existem aqueles profissionais que ficam só colocando peso nas suas costas, mas não te ajudam a carregar as pedras. Isso faz com que você se sinta sozinho. Além disso, é saber que abster-se de algo não significa que você está perdendo a sua Qualidade de Vida, mas sim tendo cuidado com ela. Diabetes para mim é essa negociação que a gente faz com a gente o dia inteiro. Eu digo para mim mesma, você não pode comer agora, mas lá na frente à gente compensa, agunte um pouquinho... Depoimento de um idoso diabético participante do GE.

Alves (2001) menciona sobre o enclausuramento dos idosos quando sentem que não podem fazer mais nada e nem olhar para mais nada, principalmente para as estrelas do céu, pois elas lembram os sonhos e a vontade de ser feliz. Alguns idosos diabéticos relataram no GE a sua dependência da aprovação dos outros, principalmente de seus familiares que nunca tinham lhe apoiado em nada, mas viviam se metendo em sua vida. Segundo eles, o incentivo dos profissionais de saúde e do grupo estimulando-os para que não se reprimissem e fossem lutar por sua felicidade, funcionou como encorajamento para o desenclausuramento, no sentido de ignorar as vozes que lhe criticavam, e a correr atrás do seu sonho. Portanto, o apoio social os incentivava a seguir em frente e a vencer suas dificuldades.

Dullius (2007) destaca a importância do cuidado que o portador de diabetes precisa ter com a sua dieta, procurando cuidar da pele e estar sempre bem hidratado. Além disso, delineia sobre a importância do cuidado com o corpo, a mente e o espírito na questão da diabetes. Assim, apesar dos idosos diabéticos ressaltarem de forma unânime que se sentiram impactados por serem diabéticos, a cada dia que passa eles sentem que estão contribuindo, cada vez mais, para a sua QV ao aprenderem a cada dia uma nova forma de viver melhor, apesar da diabetes. De acordo com Santaella (2011), diabetes não é o fim da linha. O

diagnóstico precoce e o controle adequado possibilitam ao portador de diabetes uma vida saudável e livre de complicações.

Assim, o apoio profissional e social alcançados pelos pacientes do GE, ampliam suas potencialidades de atuação no campo social dos pacientes na UBS, bem como a capacidade de atuarem em outros cenários que promovam a saúde.

“Qualidade de Vida é quando eu vou ao interior de Fortaleza visitar a minha família. Como eles não possuem uma boa condição financeira, eu levo muitas coisas para distribuir com eles, e aquilo que para mim é tão pouco, para eles é de uma extrema importância. Poder viajar, e levar felicidade para a minha família me traz bem estar”.

Depoimento de um idoso diabético participante do GE.

De acordo com Cazarini et al. (2002), um fator que pode colaborar para a adesão ao tratamento é o apoio familiar. O autor concorda que a família influencia e ajuda no controle da DM, pois quando acompanhado e apoiado, o paciente apresenta maior adesão ao tratamento e melhora do controle metabólico. O autor discute sobre a importância do apoio de familiares no sentido de que eles precisam estar inseridos para participar do enfrentamento da diabetes por entender que eles serão importantes aliados na adesão ao tratamento, dieta, exercícios e monitorização. Devem também conhecer os socorros básicos, caso o idoso diabético apresente sintomas de hipoglicemia - baixo nível de açúcar no sangue - ou hiperglicemia - alto nível de açúcar no sangue.

Assim, esse estudo permite a ampliação da compreensão sobre o sentido e significado da família para o idoso diabético. Esse fenômeno social nessa perspectiva, discute as implicações importantes de se analisar esse contexto pela implicação do mesmo na saúde desses pacientes.

“Qualidade de Vida é poder fazer sexo. É claro que não dou conta mais do malabarismo que eu fazia, parecia até um trapezista de circo, e hoje eu me pergunto pra que tudo isso? Parecia até que eu vivia para me mostrar para uma platéia me aplaudir, hoje o aplauso é o meu próprio, não me comparo com os mais jovens. Eu uso camisinha, pois a aids é uma realidade

nacional. Afinal, se a própria World Health Organization diz que a vida sexual é fator de Qualidade de Vida, porque as pessoas se assustam quando eu falo sobre isso?”. Depoimento de um idoso diabético participante do GE.

Esse paciente relatou sobre a sua vida sexual ativa, e sobre o cuidado dispensado com relação às doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, com relação à sexualidade do idoso diabético alguns participantes do GE relataram problemas de disfunção erétil (impotência sexual), após a diabetes. Teve um paciente que mencionou que teve uma disfunção erétil psicogênica (de origem psicológica), e que se submeteu a um tratamento terapêutico. Ele incentivou aos participantes a não terem vergonha de falar sobre o assunto e nem de buscarem uma solução para o problema, pois ele mesmo disse que durante certo tempo procurou fugir do problema, com medo de encarar a falta de libido. Segundo ele, fugir não resolve a situação, o que resolve é buscar alternativas para transformar essa realidade.

Stamogiannou et al. (2005) realizou um estudo em relação às crenças sexuais e verificou uma associação entre crenças sobre a disfunção erétil e a qualidade de vida, o que pode significar que um melhor funcionamento sexual parece prever maior qualidade de vida.

“Qualidade de Vida é ter o poder de decidir, de comprar, de limpar minha casa, de não deixar os outros quererem interferir no lugar que devo ou não devo ir, é contribuir com a reciclagem, pois sou comprometida com o desenvolvimento sustentável de nosso planeta, eu quero deixar esse mundo melhor para as futuras gerações, e quero passar o bastão com muito orgulho de tudo o que fiz”. Depoimento de um idoso diabético participante do GE.

González Rey (2004) considera que na medida em que o indivíduo torna-se mais ativo, estabelece um sistema de atividades e comunicação. Assim, o pensamento do autor se assemelha ao discurso do participante do GE pela postura protagonista de agir, tomar decisões, pela capacidade de enfrentar o seu problema com diabetes e seu esforço para atingir o objetivo de conquistar QV. O autor também corrobora com o pensamento do referido idoso diabético, no sentido de acreditar que é importante ter um compromisso com o social e com o meio ambiente, ao fazer também observações sobre a representação atual da saúde humana

como um processo complexo, multidimensional e que está em constante desenvolvimento, sendo afetada por elementos climáticos, geográficos, físicos, culturais, sociais, subjetivos, constitutivos da ecologia natural e social em que se insere.

Observa-se assim, que o GE é significativo para os participantes devido às sensações e percepções agradáveis que emergem do convívio social no sentido de lutar por seus direitos e batalhar pela vida. Configurando-se assim, sob a ótica de uma realidade vinculada ao compromisso de transformação social e ambiental.

“Qualidade de Vida é vir para o grupo aprender coisas novas que fazem bem para a minha saúde. No dia da discussão do texto psicológico sobre o perdão na idade madura eu vi que estava guardando muito rancor dos que tinham me maltratado. Isso estava fazendo muito mal a mim, pois estava me isolando dos outros, achando que todo mundo ia me prejudicar. Vi também que precisava me perdoar, pois estava exigindo perfeição de mim mesmo, e carregando remorso, ou seja, joguei essas coisas ruins pra fora e fiquei mais leve, acho até que isso diminuiu a minha corcunda e fez com que eu ficasse mais elegante, e assim até a minha glicemia se normalizou”. Depoimento de um idoso diabético participante do GE.

Os idosos diabéticos relataram a dificuldade de perdoar a desatenção de seus familiares pelo fato de terem feito sacrifícios para criar os filhos e hoje eles reagirem com indiferença ao seu esforço: “Fiz faxina até no final de semana para dar de comida ao meu filho, hoje ele ocupa um alto cargo no governo e tem vergonha de mim por ser faxineira”. (Depoimento de uma idosa diabética no GE).

Alguns pacientes após terem sido maltratados tornam-se reféns dos seus abusadores emocionais que podem ser seus filhos, ou outras pessoas. Eles se sentem injustiçados, e não conhecem estratégias de enfrentamento para reduzir os pensamentos negativos de ódio e raiva das pessoas que os ofenderam. Não aprenderam a dar um novo significado a sua dor e nem buscam uma superação para a situação no sentido de resolver esse conflito e dar um novo significado a sua existência. Amarram-se a dor, ficam presos a ela e não se libertam para buscar um novo sentido a sua vida presente. Os sentimentos de mágoas dos pacientes

participantes do GE também se referem às questões de cidadania pela falta de respeito aos seus direitos.

Enright (2009) investigou em seu estudo que perdoar (e ser perdoado) contribui para diminuir os aspectos de depressão, ansiedade, a pressão arterial, além de desenvolver sentimentos de auto-estima pelo fato da pessoa cessar no seu interior o discurso acusatório e de condenação. Portanto, ao defender o perdão com estratégia de conflito os idosos diabéticos estão possivelmente se capacitando para desenvolverem uma melhoria de sua qualidade de vida.

“Qualidade de Vida é quando eu faço uma comidinha gostosa e me mimo, ou preparo algo gostoso para os meus familiares. Participo também na minha igreja de uma sopa para os pobres, isso me faz feliz. Quando fico doente, com gripe, por exemplo, são meus amigos da igreja que vem preparar uma canja de galinha pra mim”.

Depoimento de um idoso diabético participante do GE.

Como observa González Rey (2012b p.174), “os instrumentos na psicologia não podem estar orientados para classificar respostas e sim para conseguir formas personalizadas e complexas de expressão através das quais o sujeito possa aparecer em sua maior riqueza”. Ao defender a singularidade do sujeito e abordar a complexidade dos problemas humanos, o autor considera as potencialidades do sujeito no sentido da sua capacidade de superação.

Especificamente no caso desse idoso diabético, pode-se observar a sua transformação, pois nas primeiras reuniões chegou a verbalizar a postura de desleixo para consigo mesmo. Entretanto, enriqueceu o seu repertório comportamental no sentido de aprender a se mimar ao fazer uma alimentação saudável para si próprio, além de romper com o foco de ficar fixado apenas na sua diabetes, ele passou a gerar espaços de trocas sociais para os seus familiares e para os menos favorecidos. Assim, ele ampliou a sua rede social e a sua capacidade de ser sujeito de sua recuperação.

“Qualidade de Vida é saber que as coisas vêm e vão pra nossa vida, mas tudo tem um motivo maior. A diabetes veio para modificar o meu estilo de vida, pois me alimentava muito mal. Depois, pra me transformar mais ainda, Deus me enviou um sobrinho homossexual para morar comigo, logo eu que toda vida fui preconceituosa. Mas hoje, esse sobrinho é a alegria do meu viver, ele é muito carinhoso e cuidadoso comigo, o seu amor tem tornado meus dias mais felizes”. Depoimento de um idoso diabético participante do GE.

Neri e Nascimento (1993) descrevem que o cuidado com um estilo de vida saudável deve ser uma opção em todas as etapas da vida. Nesse sentido, a aprendizagem no GE funciona como uma ferramenta para a obtenção do controle glicêmico. Segundo esses autores, aperfeiçoar-se proporciona um senso de eficácia pessoal e equilíbrio entre a aceitação de suas limitações e potencialidades. Dessa forma, abre-se um novo caminho de investigação observado por esses autores, com relação à educação continuada na saúde, que deve ser estimulado no percurso de toda caminhada existencial.

Segundo Neri e Nascimento (1993), é importante que o idoso se conscientize sobre a tarefa que pode realizar em favor de si mesmo. Assim, ao invés de ficar negando a realidade, se queixando, lamentando-se pelo que não possui, enfatizando as perdas e fragilidades da velhice, a prática de enfrentar-se e discernir que precisa tomar conta de si, adotando por exemplo, a conduta do automonitoramento diário que o auxiliará no gerenciamento do controle glicêmico e irá beneficiá-lo com relação a melhoria de sua Qualidade de Vida.

Em relação às características citadas por Neri e Nascimento (1993) e fazendo um paralelo com a realidade observada no Grupo Educativo da UBS-DF, nota-se que os idosos diabéticos quando param de negar a realidade da doença, ficam empenhados em conhecer estratégias que os ajudem a vencer as dificuldades e a aprender sobre o autocuidado, conforme verbalização de um participante do GE: “aprendi a cuidar dos filhos, netos e agora preciso tomar conta de mim e zelar pela minha saúde”.

Os estudos de Neri e Nascimento (1993) apontam que sempre é possível melhorar o bem estar do idoso, sua cognição, memória, percepção do controle, pois culminará em

estratégias que o ajudarão a adaptar-se às novas situações e na resolução de suas dificuldades. Assim, os autores levantam a questão da possibilidade de o idoso aprimorar capacidades e interações sociais significativas, na aquisição de novos conhecimentos, chegando até a enfatizar que algumas pessoas idosas são capazes de reter altos níveis de desempenho cognitivo, comparáveis aos de quando eram jovens. Nesse aspecto, observa-se que o paciente desse depoimento passou a desenvolver ações alternativas e romper paradigmas que contribuíram para a melhoria de sua Qualidade de Vida.

“Assim que comecei a tomar o remédio para diabetes eu comecei a ficar muito ansioso, com medo que ele interferisse na minha vida sexual. Eu ficava pensando e se eu tiver uma hiperglicemia, um aumento da taxa de açúcar no sangue na hora do sexo? Ou então, pode ser que eu tenha uma hipoglicemia, uma diminuição no nível de glicose no sangue? E aí o que eu faço? Paro tudo, e vou comer alguma coisa? Ou se me der aquela suadeira que sinto? Pra piorar a situação fui contar para o médico que é mais velho do que eu, cheio de preconceito, e pelo seu olhar já vi que estava me recriminando por ainda está pensando nessas coisas. Depois, comecei a perceber que os meus filhos estavam querendo controlar a minha vida amorosa, colocando na minha cabeça que eu não tinha mais idade para essas coisas. Enfim, isso tudo começou a afetar a minha autoestima e passei a achar que não era mais uma pessoa interessante, fui me colocando pra baixo. Até que um amigo meu me mandou um e-mail dizendo que os motivos que fazem o idoso parar de fazer sexo, são os mesmos pelos quais as pessoas deixam de andar de bicicleta: medo de cair (me lembrei logo que estava com medo de passar mal no sexo); medo de parecer ridículo (senti vergonha do meu corpo diante das críticas dos meus filhos); e a falta de bicicleta (no meu caso falta de uma parceira). Essa reflexão me despertou: eu gosto de andar de bicicleta e quero voltar a pedalar. Como é que eu posso ter vergonha de procurar pelo carinho e amor? Amar é Qualidade de Vida”.
Depoimento de um idoso diabético participante do GE.

De acordo com Gonzáles Rey (2003), os sujeitos da pesquisa são vistos como produtores do conhecimento e protagonistas principais do cenário investigado. Assim, torna-se possível um campo de construção de possibilidades, onde o sujeito organiza a sua história de vida e autonomia no processo de subjetivação. Nesse sentido, pode-se observar o quanto esse sujeito lutou para sair do enclausuramento e romper o estado de apatia no qual se encontrava. Considera-se que as atividades desenvolvidas no GE, além de outros procedimentos, proporcionaram o fortalecimento interior para que ele pudesse mudar os seus hábitos de vida com a construção de novas possibilidades de inserção social. Assim, o GE

contribui para que esse sujeito torne-se ativo e produtor de novos sentidos e opções de vida saudável.

Qualidade de Vida para mim é espiritualidade. É aprender a aceitar o inevitável: a morte. Quando soube que estava com diabetes passei a acordar no meio da noite, com uma angústia no peito, me sentindo sem saída, como se estivesse num lugar muito escuro, o que me causava medo e desespero. Eu não sabia lidar com o descontrole das taxas de glicemia, nem com a imprevisibilidade da doença, pois para mim isso tudo era assustador, o que me deixou desequilibrado emocionalmente. Depois fui compreendendo que estava com medo de morrer. Tentei falar com alguns profissionais de saúde, mas eles negavam o que eu estava sentindo, dizendo: “isso vai passar”. Ou seja, eles não podiam dar a assistência que eu mais precisava, pois só sabiam cuidar do meu corpo. Mas, eu desejava falar sobre o medo do inferno, pois tinha remorsos e desejos de vingança que precisavam ser curados. O grupo ajudou a reconciliar comigo mesmo, a aceitar as minhas fraquezas, a perseverar, a me agarrar a esperança, a prosseguir, a não abandonar o tratamento, a lutar, a não viver de aparências, a ficar firme e saber que estar vivo já é uma vitória. A vida me derrubou, mas aprendi no grupo a segurar nas mãos dos outros para me levantar das quedas, e continuar seguindo em frente, pois como diz o Arlindo Cruz: “A nossa vida é sempre um grande show, e todo show tem que continuar”. Portanto, sei que por mais exercício físico que eu faça um dia o meu corpo físico vai acabar, mas o meu espírito continua vivo, pois acredito que a vida continua após a morte. Depoimento de um idoso diabético participante do GE.

Observou-se no Grupo Educativo o conflito de alguns idosos diabéticos por vislumbrarem que terão que enfrentar a morte e, ao mesmo tempo, não terem coragem de vivenciarem o medo da situação. Jung (1967) afirma que “voltar-se contra a morte é algo de anormal e doentio que priva a segunda metade da vida de seu objetivo e de seu sentido” (p.752).

Neri e Nascimento (1993) ressaltam que uma ferramenta essencial para a QV do idoso é saber lidar com o desamparo, incluindo também satisfação financeira e com as condições de habitação. Outro pressuposto defendido pelos autores é o de que é possível ter uma boa QV na velhice e que os idosos que mais alcançam esse bem-estar são aqueles que além de cuidar de si, também desenvolvem a competência de cuidar do bem-estar de outros, o que confere um sentido de transcendência e paz interior.

Frankl (1997) aprofunda o estudo da dimensão espiritual da existência ao afirmar que quando não somos capazes de mudar a situação, somos desafiados a mudar a nós mesmos.

Assim, podemos escolher entre atitudes dignas e nobres diante do sofrimento, continuar dizendo sim a vida apesar de tudo, não perder a fé no futuro ou fazer opção por rastejar como os porcos através de comportamentos permeados pela crueldade. Esse autor ficou preso num campo de concentração alemão e observou entre os seus companheiros de prisão que aqueles que tinham esperança e dava um significado a vida eram os que sobreviviam. Segundo esse autor, a morte só pode causar pavor a quem não sabe preencher o tempo, assim, a busca pelo sentido da vida, objeto de estudo desse autor, se assemelha à procura dos idosos diabéticos pela ressignificação do seu sofrimento, para transformar a tragédia em triunfo.

Kubler-Ross (1975) relata sobre o motivo porque evitamos falar sobre a morte. Segundo a autora, os avanços tecnológicos proporcionam um sentimento de que podemos controlar a vida e os acontecimentos, entretanto, a morte lembra a nossa vulnerabilidade e nos mostra que não determinamos os fatos. Portanto, falar da morte gera insegurança, impotência, falta de controle, assim, é mais fácil manter o preconceito com relação ao tema do que incluir uma dimensão espiritual que traria o ser humano para por os pés no chão e olhar para a grandeza do universo dirigida pelo dono do tempo, das estações, pois, queiramos ou não, o sol vai nascer amanhã sem o nosso consentimento.

Grun (2008, p. 127) defende que “a melhor preparação para a morte é morrer pelo outros”. Melchior (2009, p. 392) narra um exemplo ilustrativo mencionado por Lepargneur conforme Pessini (2004): “*Dr., inimiga do homem não é a morte, mas a desumanidade*”. Portanto, falar de idosos diabéticos é também capacitar os profissionais de saúde para aprenderem sobre a morte, para que não fujam dos seus pacientes quando eles trouxerem essa temática para ser discutida.

Nesse sentido, observou-se que os participantes do GE estavam sempre perguntando sobre alguma palestra que abordasse o tema sobre espiritualidade, independente do caráter religioso, além de pesquisarem sobre outros grupos que também tratam da diabetes, ou sobre

alguma atividade cultural que colabore para a sua Qualidade de Vida. Destacou-se a percepção de que cada participante preocupa-se em passar essa informação para os outros frequentadores, pois possuem um cuidado pelo bem-estar social dos participantes do GE. Aliás, sempre solicitaram temas de discussão que trouxessem benefícios a todos.

Segundo os idosos diabéticos, o GE oferece um espaço de pertencimento, de estar ligado à saúde, à vida, e a uma nova família que eles consideram como sendo a do coração. Essa atitude de cuidado com os companheiros do GE, percebidas na ausência de um dos membros quando faltava à reunião, pode ser traduzida como um comportamento de compromisso social.

Assim, o Grupo Educativo expressou que Qualidade de Vida é sinônimo de espiritualidade, ser bem tratado pelos profissionais de saúde, ter a diabetes sobre controle, poder fazer sexo, ter informações científicas para o enfrentamento da diabetes, apoio emocional, aprender coisas novas, além de outros sentidos. Isso pode significar que os idosos diabéticos, além das perdas, observaram os ganhos, o que sinaliza possíveis aprendizagens, novas descobertas comportamentais, bem como, segundo verbalizações dos próprios idosos que frequentavam o GE, houve uma melhoria na QV, além da criação de novas estratégias adaptativas para lidar com o manejo da diabetes, o que corrobora com os estudos dos pesquisadores mencionados nessa temática, no sentido de incluir as atividades sociais como parte do tratamento e melhoria da Qualidade de Vida.

Estudo Quantitativo - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida -Abreviado-Whoqol-Bref

Com relação à Tabela 3 apresenta os resultados do Test-t. Para analisar os dados, assumiu-se a igualdade de variância entre os grupos, sendo observado que houve diferença significativa entre grupos (no nível 0,05), apenas no domínio das Relações Sociais.

Foi o único que apresentou o nível de significância (bilateral) menor do que 0,05, ou seja, 0,027, frente aos demais, o que indica que, somente nas relações sociais existe diferença significativa entre grupos.

Tabela 3

Resultados do Test-t para comparação entre grupos. O Grupo Educativo da UBS e um Grupo de idosos de uma representação do ciclo da pesquisadora.

	Prova de Levene para a igualdade de variâncias				Test T para a igualdade de médias		
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença de Médias	Erro típico de diferença
Avaliação da Qualidade de Vida	0,333	0,566	-0,300	50	0,766	-0,36882	1,23133
Satisfação com a saúde	0,071	0,792	1,541	50	0,130	2,05343	1,33219
Domínio Físico (escala de 4-20)	0,072	0,790	0,710	49	0,481	0,40570	0,57146
Domínio Psicológico (escala de 4-20)	7,052	0,011	1,435	48	0,158	0,83042	0,57873
Domínio das Relações Sociais (escala de 4-20)	0,377	0,542	2,272	50	0,027	1,50239	,66134
Domínio do Meio Ambiente (escala de 4-20)	3,986	0,051	1,214	50	0,230	0,83075	0,68428
Qualidade de Vida (escala de 4-20)	0,064	0,802	0,797	50	0,429	0,53907	0,67599
Domínio Físico (escala de 0-100)	0,072	0,790	0,710	49	0,481	2,53564	3,57161
Domínio Psicológico (escala de 0-100)	7,052	0,011	1,435	48	0,158	5,19014	3,61706
Domínio das Relações Sociais (escala de 0-100)	0,377	0,542	2,272	50	0,027	9,38995	4,13335
Domínio do Meio Ambiente (escala de 0-100)	3,986	0,051	1,214	50	0,230	5,19219	4,27673

Vale ressaltar que, nessa amostragem de um total de 55 participantes, 34 são idosos diabéticos do Grupo Educativo, 02 estavam indo ao grupo pela primeira vez, e 19 representam uma amostra de conveniência do ciclo da pesquisadora, com o objetivo de captar ideias gerais sobre a Qualidade de Vida. Nota-se que os frequentadores do Grupo Educativo apresentaram um maior escore de Qualidade de Vida no domínio das relações sociais, segundo o Whoqol-Bref.

Faquinello et al. (2010) discute que

o ser humano é um ser de relações desde o início de sua vida, os indivíduos iniciam a construção e uma rede de apoio, a qual pode ser comparada a uma trama que modela e é modelada pelas pessoas [...] a rede social é um fator que protege a vida dos indivíduos nos aspectos, físico, mental e psico-afetivo. Tal apoio é ainda mais importante quando se trata de doenças incapacitantes e/ou crônicas” (p.737).

Esses autores também ressaltam sobre a importância do apoio familiar na doença, entretanto fazem uma reflexão que algumas vezes, os parentes não podem estar presentes, assim, os profissionais de saúde podem representar, nesse momento, o suporte que fornecerá uma melhoria significativa para a Qualidade de Vida do sujeito. Os pesquisadores desse estudo afirmam que a participação em grupos “proporciona benefícios importantes como o apoio emocional, interação social e troca de saberes que pode contribuir sobre o processo de saúde e adesão ao tratamento” (p. 741).

O estudo de Nogueira et al. (2009) registra que “cada pessoa tem um processo de envelhecimento diferente, que varia de acordo com a cultura, contexto social, político, econômico e experiências individuais ao longo de sua história de vida (p. 66). Segundo os autores, as perdas da velhice podem ser compensadas por um convívio social favorável com atividades socioculturais e educativas, pois “a rede social e o apoio emocional são fatores importantes para a Qualidade de Vida percebida no envelhecimento” (p. 65). Nos dados

epidemiológicos analisados, eles relatam que as pessoas que possuíam uma melhor qualidade de relacionamento social estavam menos propensas a terem doenças.

Martins (2005, cita Barrón, 1996 e Cruz, 2001) referindo-se ao apoio social como sendo o “cuidado das pessoas que nos ama, nos dão valor e se preocupam conosco, e nas quais se podem confiar ou contar em qualquer circunstância”. Os autores pesquisados debatem que nas relações sociais existe interação, satisfação com relação à necessidade de segurança, aprovação, respeito, aceitação, informação, e promoção do bem estar do sujeito. O papel protetor das forças sociais sobre o homem, segundo o Martins, “influencia no bem-estar e Qualidade de Vida favorecendo o reconhecimento, valor, competências, adaptação do indivíduo e promoção da saúde” (p.132).

Especificamente com relação aos idosos, Martins (2005) exorta que “as redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial, dado o sentimento de ser amado, valorizado, e pertencer a um grupo, assim a comunicação e obrigação recíproca, levam o indivíduo a escapar do isolamento e do anonimato” (p. 133).

Observa-se assim, que a Unidade Básica de Saúde apresenta-se como uma importante rede de apoio social para os idosos diabéticos que frequentam o Grupo Educativo, pois eles revelaram possuir confiança nos profissionais de saúde, além de manterem um vínculo com os frequentadores do grupo. Assim, eles ampliam as suas relações sociais, sentem-se protegidos, acolhidos conseguem atingir o controle glicêmico, o que demonstra que as relações sociais do grupo podem promover melhoria da Qualidade de Vida.

Considerações Finais

O marco inicial deste trabalho de pesquisa realizou-se por meio de uma revisão bibliográfica, principalmente em livros mais antigos. Ou seja, a opção preliminar foi a de não ter preconceito quanto aos livros longevos publicados nem contra as ideias remotas. A postura foi usufruir tanto dos conhecimentos de literatura clássica como atual. Outra iniciativa foi a de investigar autores que tenham inovado na psicologia, no sentido de modificar comportamentos opressivos na diminuição da exclusão social do idoso, entretanto, infelizmente, foram poucos os estudos encontrados.

Mesmo assim foram realizadas investigações em artigos científicos, teses, dissertações e principalmente, naquelas fontes que são responsáveis pelo processo histórico do mundo: os livros; os pesquisadores; os pensadores; os filósofos, ou seja, os que transformam o mundo com a arte de escrever. Além disso, como as lutas sociais que os idosos travam com a sociedade operam também no campo da legislação do direito, verificou-se no campo jurídico um levantamento documental das leis que protegem os idosos, a exemplo do Estatuto do Idoso, bem como a atuação dos operadores do direito com relação à questão do envelhecimento.

Na prática do GE foram utilizadas dinâmicas psicológicas com vivências, textos e músicas de conteúdo didático, como a música do compositor Roberto Carlos aplicada como recurso para incentivar a auto-estima do idoso diabético. Nas considerações finais apresentaremos alguns refrões dessa música como forma de registrar o incentivo positivo ao Grupo Educativo da UBS.

“[...] Esses seus cabelos brancos, bonitos. Esse olhar cansado, profundo. Me dizendo coisas num grito, me ensinando tanto do mundo. E esses passos lentos de agora, caminhando sempre comigo, já correram tanto na vida. Meu querido, meu velho, meu amigo” (Carlos, 1979).

Percebe-se nesse refrão, segundo o depoimento de alguns idosos diabéticos as superações existenciais. Seguindo em nossas considerações nesse estudo abordou-se também a questão da saúde como um direito fundamental à cidadania. Aliás, o nosso questionamento foi o de indagar sobre qual projeto a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal estava se pautando para implantar os Grupos Educativos para idosos diabéticos e se eles não mereciam uma intervenção, pois o objetivo de nossa pesquisa era o de compreender e avaliar a influência do Grupo Educativo na Qualidade de Vida dos usuários dos serviços, numa Unidade Básica de Saúde.

Após todo o processo teórico percorrido, pode-se presumir que o Grupo Educativo contemplou as necessidades dos frequentadores e que suas ações tem oferecido suporte para o enfrentamento da doença, o que significa dizer que as intervenções do GE melhoraram a adesão ao tratamento e o controle glicêmico dos pacientes. Nesse sentido, pode-se ressaltar os reais retornos qualitativos na vida cotidiana dos participantes.

Concorda-se com o estudo de González Rey (2004) quando ressaltou que nas doenças crônicas os resultados não são conclusivos pela complexidade e devido ao fato de ela atuar de forma única em cada pessoa. Alinha-se a esse pensamento a potencialidade desenvolvida por cada indivíduo no sentido de ser sujeito de sua doença e também de sua saúde e recuperação, na medida em que pode lutar por superar os obstáculos, vencer o desânimo e acreditar que pode dar a volta por cima na situação. Nesse aspecto, pactua-se com Silva (2010) quando se refere que o tratamento da diabetes é amplo e não deve ser percebido em termos de resultado, mas como um processo.

Constatou-se que tanto os idosos diabéticos quanto a equipe técnica do GE da UBS parecem ser conscientes de que estão fazendo o melhor que podem, mesmo havendo outros aspectos técnicos que necessitem de novos estudos. Observou-se também, que o Grupo

Educativo da Unidade Básica de Saúde apresentou-se como uma importante ferramenta na rede de apoio social para os idosos diabéticos, e que ele pode influenciar na sua Qualidade de Vida. Entretanto, é importante prestar atenção às mudanças que estão ocorrendo no mundo e no Brasil, com relação ao envelhecimento e a diabetes, para que o conhecimento teórico-prático esteja alinhado às reais necessidades de saúde do paciente diabético, o que poderá ser sugerido como fonte de futuras pesquisas e novas intervenções que beneficiem os idosos diabéticos.

“[...] Sua vida cheia de histórias, e essas rugas marcadas pelo tempo lembranças de antigas vitórias, ou lágrimas choradas ao vento. Sua voz macia me acalma, e me diz muito mais do que eu digo me calando fundo na alma, Meu querido, meu velho, meu amigo” (Carlos, 1979).

Como se tentou enfocar ao longo deste estudo, as intervenções motivacionais foram no sentido de estimular o idoso diabético a conquistar as suas metas no controle glicêmico, lembrando-o de suas antigas vitórias e possibilidades futuras de vencer. Outro ponto de destaque foi a articulação entre diabetes, doença crônica, Grupo Educativo, cidadania e responsabilidade social, pois, ao se fortalecer na melhoria de sua QV, o idoso diabético também pode contribuir para a harmonização familiar, além de participar na comunidade de reivindicações pelos benefícios na assistência da saúde de todos.

Contudo, entende-se que essa questão social necessita de mais pesquisas futuras que possam dar visibilidade ao sofrimento do paciente a fim de que aconteça na nossa sociedade um aprendizado sobre o direito humano do idoso, de forma que ele possa vivenciar essa etapa da vida de forma positiva, após ter contribuído para o desenvolvimento da nossa Capital Federal.

Assim, espera-se que esse idoso diabético possa se sentir acolhido e protegido por parte das pessoas que estão ao seu lado. No cenário dos profissionais da Psicologia é importante valorizar a nossa atuação como instrumento de modificação social, ou seja, os

psicólogos podem contribuir para beneficiar a população brasileira. Entretanto, não se pode esquecer o fato de a população de menor renda desconhecer o que é a diabetes e suas consequências. Cabe aqui citar um caso que aconteceu na UBS, em que o idoso diabético foi tomar um caldo de cana e teve sérias complicações. Apesar disso, vamos continuar seguindo o refrão da música de Roberto Carlos que nos lembra que, apesar de todo sofrimento que passamos, não podemos esquecer as coisas boas que existem na vida.

“[...] Seu passado vive presente, nas experiências contidas, nesse coração consciente da beleza das coisas da vida, seu sorriso franco me anima, seu conselho certo me ensina, beijo suas mãos e lhe digo Meu querido, meu velho, meu amigo” (Carlos, 1979).

Vale ressaltar também nesse estudo a importância da equipe multidisciplinar, segundo os teóricos pesquisados Silveira e Ribeiro (2005), Dullius (2007), e Neri e Nascimento (1993). Nesse sentido, sugere-se que para melhorar a QV do paciente, a UBS necessita contratar, além dos profissionais de saúde existentes, Psicólogos, Assistentes Sociais, Odontólogos, Terapeutas Ocupacionais e Fisioterapeutas para melhorar a eficácia do tratamento desse segmento populacional. É fundamental também, segundo sugestão dos usuários, a criação de Grupos Educativos para os familiares e a capacitação profissional com os profissionais, familiares e cuidadores de pacientes, o que poderá ser incluído numa agenda de intervenção, constituída como fonte de reivindicação dos participantes desta pesquisa.

Embora não tenha sido objeto de estudo, uma ferramenta importante para esse trabalho foi ter observado o respeito que os profissionais de saúde da UBS-DF possuem para com essa população. Ou seja, eles foram capazes de identificar as necessidades dos idosos diabéticos e de direcionar o cuidado para esse alvo, atendendo à demanda dessa população, de acordo com suas especificidades.

A exemplo, pode-se citar o fato de a enfermeira coordenadora do grupo de diabéticos, solicitar que fosse feito um trabalho motivacional com o grupo, por perceber que alguns estavam apresentando traços de depressão, ou seja, ela disse: *“é necessário fazer um trabalho para elevar a autoestima deles, pois estão muito para baixo”*. Nesse sentido, o cuidado observado com os participantes e a busca de soluções científicas para intervir e modificar comportamentos inadequados podem ser considerados como uma forma exitosa de atuação, o que pode servir de parâmetro para outros Grupos Educativos.

Posteriormente, a nutricionista da UBS solicitou na reunião do GE que também fosse feito um trabalho sobre solidão, por ter escutado algumas queixas de seus pacientes. Nesse sentido, trabalhando em equipe, cada informação pode se somar para que esses idosos diabéticos melhorassem a sua Qualidade de Vida. Considera-se importante também, um outro ponto de destaque do Grupo Educativo que foi no sentido de valorizar o conhecimento popular, pois cada paciente pode contribuir com o seu conhecimento para a sabedoria do grupo, ao falar sobre o seu *“chá de erva cidreira quando ficava nervoso”*.

O respeito à alteridade do outro pode colaborar para um sentimento de valorização interior, pois ele é sujeito de sua força, de sua esperança e de sua solidariedade. Além disso, recomenda-se que os profissionais de saúde não assustem mais o idoso diabético do que ele já se encontra, em vez disso *“troquem o filme de terror”* pelo interesse em ajudá-lo a superar as suas dificuldades, pois *“quem trabalha com cidadania não pode ser causa de desesperança dos cidadãos”* (frase citada por um idoso diabético, que disse tê-la escutado de um operador do direito em Brasília-DF). A seguir, com as nossas reflexões, a análise sugerida pela música de Roberto Carlos, no sentido de que a aprendizagem emocional é um processo contínuo:

<p><i>“[...] Eu já lhe falei de tudo, mas tudo isso é pouco, diante do que sinto. Olhando seus cabelos tão bonitos, beijo suas mãos e digo Meu querido, meu velho, meu amigo”</i> (Carlos, 1979).</p>

Portanto, ao continuar esmiuçando sobre essa temática cabe ressaltar que González Rey (2004), Marcelino e Carvalho (2005), autores que em seus estudos reconheceram que a emoção colabora para a descompensação glicêmica, ou seja, quando o idoso diabético encontra-se ansioso, com medo de que as suas taxas glicêmicas não voltem ao normal, eles ficam catastróficos e fantasiam que algo terrível vai acontecer. Esse desequilíbrio emocional altera as funções metabólicas e geram estresse. Os idosos entrevistados narraram que outro fator que altera as emoções, é quando sentem-se alvo de intervenções desumanas como, por exemplo, na hora da consulta quando o ignoram e perguntam sobre seus sintomas para os familiares e não diretamente a eles. A raiva por se sentir invisível, como se não existisse, como se não fizesse parte, precisa ser verbalizada para que esse sentimento seja transformado.

Além disso, o fato de passar o dia inteiro fazendo restrição alimentar e dizendo não à comida que o agrada, ter de lidar com perdas, frustrações, conflitos, desespero, derrotismo, auto-culpabilização, desesperança, desânimo, vergonha, rejeição e ainda sentir-se injustiçado pela vida por achar que não merece aquela doença, o sentimento de ter que aceitar suas limitações, a preocupação constante de que algo terrível possa acontecer, enfim, ter de adaptar-se a novos contextos para poder conviver harmoniosamente com a família, isso tudo configura-se em um processo psicológico de educação de suas emoções para que sejam transformadas em atitudes de coragem, perseverança e equilíbrio.

Qualidade de Vida, segundo os pacientes do GE é sinônimo de aprender a cuidar de si, adquirir conhecimento novo, diminuir a ansiedade, vencer o desânimo e a instabilidade afetiva, aceitar suas limitações, libertar-se da depressão, da preocupação constante e da auto-destrutividade, descobrir suas potencialidades, superar desafios e educar a sua emocionalidade. Assim, esse estudo perpassa pela importância das contingências da emoção na vida diária dos idosos diabéticos.

Neste estudo, debruçou-se sobre os seguintes questionamentos durante o GE: será que o idoso diabético corresponde aos interesses do sistema capitalista de produção? A velhice em nosso país carrega o viés mercadológico coerente com a lógica capitalista neoliberal, em que se observa o consumismo, as técnicas anti-envelhecimento, as ofertas de pacotes de viagens, enfim, será que as necessidades de mercado determinam o que eles deverão vestir e onde ir?

No Grupo Educativo, o que foi observado é que os frequentadores possuem a consciência de que são capazes de escolher o que lhe causam satisfação interior, pois não se preocupam tanto com as aparências externas e sim com o seu desenvolvimento para o autoconhecimento. É o que levarão dessa vida, segundo eles. Consideram os espaços sociais que participam como vetores importantes de poder de mudança interior, social e política. Entretanto, esse assunto pode ser fonte de novas pesquisas.

Entre outros aspectos trata-se, portanto, de ser participante de projetos articulados que apontem para a transformação estrutural da sociedade capitalista e não na sua manutenção, o que significa entender que diabetes também implica em saneamento, poluição, condições de transporte, entre outras exterioridades. Cotidianamente, existem idosos diabéticos que são humilhados, abandonados e depreciados, por desconhecem os seus direitos de cidadãos. Entretanto, como enfatizou González Rey (2003) é importante desenvolver o protagonismo, para que os idosos diabéticos possam enfrentar a diabetes com independência, sendo sujeitos de seu envelhecimento, de sua diabetes e de sua recuperação, revelando-se como autor de um espaço social de luta e de potencial de transformação, que foi o que pode ser observado no universo empírico da presente pesquisa.

Nesse sentido, percebe-se que discutir a situação do idoso diabético no Distrito Federal é contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas, que venham contribuir para novos estudos de combate a essa doença, e também para a aprendizagem sobre o

envelhecimento saudável. Acredita-se que a presente pesquisa poderá ser elencada no rol dos direitos fundamentais da Constituição Brasileira, no tocante ao princípio da dignidade humana, podendo dessa forma contribuir para a criação de outros programas sociais que beneficiem esse segmento populacional.

Com este estudo foi possível perceber que o GE atua de forma participativa no sentido de diminuir a exclusão social do idoso; de possuir responsabilidade social de cidadania e também fornecer subsídios para que ocorram transformações sociais nas políticas públicas, isto porque os pacientes diabéticos da UBS se envolvem no processo democrático do Brasil ao preconizar que a assistência à saúde seja comprometida com os princípios de dignidade e justiça para todos. Portanto, o trabalho realizado no GE se alinha à proposta de fortalecimento da rede de saúde do serviço público no Distrito Federal.

Ao pensar nos desdobramentos da dimensão política da ação profissional, observa-se que a prática socialmente significativa se identifica com os profissionais de saúde que trabalham no Grupo Educativo da UBS-DF, pois assumem uma posição mais consolidada de responsabilidade social, por meio do respeito ao coletivo. Essa postura pode configurar um espaço plural do qual podem surgir projetos e ações que venham a convergir para o benefício da população brasiliense.

Observou-se nesse estudo a associação do teórico com o empírico, e espera-se que surjam novas pesquisas no campo da psicologia, no sentido de implementar reflexões que ponham em movimento discussões por parte do Grupo Educativo, para que possam também colocar em ação saberes que sejam objetos de futuras investigações.

Os idosos diabéticos verbalizaram a lacuna que sentem pela ausência de um psicólogo na UBS, isso significa a relevância do papel desse profissional na promoção da saúde dessa população. Compreende-se que a força dessa categoria é um importante vetor de mudanças sociais, pois trata-se de defender a realização de novos estudos que permitam o

aprofundamento das especificidades históricas, sociais e políticas dos idosos diabéticos. Os psicólogos são os ouvintes das necessidades sociais e de saúde dessa população e podem ser criadores de projetos futuros que integrem o idoso diabético com a rede de serviço da saúde para operar em práticas de cuidados mais integrados.

Assim, acredita-se que este estudo é um aporte no sentido de sinalizar que é possível desenvolver um trabalho democrático e criativo que seja ancorado na motivação, potencialidade, acolhimento, humanização, com possibilidades plurais de apostar na esperança, na produção científica, na superação do desespero, no equilíbrio emocional, na invenção de novos modelos de sobrevivência e na construção de espaços de dignidade.

Cumprir ressaltar que se observou também no GE, que uma ferramenta que oferece um sentido na vida das pessoas é a espiritualidade. Isto pode ser observado nas colocações de alguns idosos diabéticos, ou seja, é como se ele tivesse no seu inconsciente o registro de uma tarefa que ele precisa cumprir e que ele não pode morrer sem concluí-la, como se fosse um senso de missão de algo que só ele poderá realizar, como por exemplo: *“não morro sem terminar de pagar a faculdade de meu filho”*. Essas informações indicam o papel da espiritualidade no universo do idoso diabético e na significação de sua doença. Neste sentido, é que a transcendência abarca o mistério da vida, onde o sobrenatural confere um senso de proteção e segurança.

A espiritualidade no GE é vista como um momento de questionamento e busca de novos valores, por meio de um diálogo que tranquiliza e não julga, uma fonte de paz e perdão. Sugere-se que o tema espiritualidade seja incluído nos diversos estudos sobre o envelhecimento por gerar espaços de atitudes humanizadoras e saudáveis, além de ser fonte de estímulo, a exemplo de uma idosa diabética que sempre carregava consigo uma frase que segundo ela, lhe estimulava a prosseguir: *“Na velhice ainda darão frutos, serão viçosos e florescentes...”* (Omartian, 2007- Salmo 92 p. 542)

Destaca-se nos depoimentos dos pacientes que não se pode fugir do medo da morte, de si mesmo, de suas culpas e remorsos, mas que é possível agir sobre elas no sentido de transformá-las. Ou seja, você pode mudar a sua história, pode dar um novo significado para ela, e sempre se perguntar: qual é a história que eu quero fazer da minha vida? A postura ativa, como escreve González Rey (2003) permite ao sujeito trazer responsabilidade por suas ações e fazer opção por novas escolhas saudáveis.

Constatou-se, segundo o conteúdo dos depoimentos dos idosos diabéticos, que o Grupo Educativo influencia de forma positiva a Qualidade de Vida dos idosos diabéticos, principalmente no sentido de integração e na ruptura do isolamento social. Os dados estatísticos do Whoqol- Bref demonstraram uma melhor Qualidade de Vida dos usuários que frequentam o Grupo Educativo. Entretanto, considera-se esse estudo como uma canoa na beira do rio que precisa seguir em frente na busca de outros cursos de água que o enriqueçam.

Espera-se que essas investigações sejam motivos de novos estudos e desafios para que possam ajudar não só aos idosos diabéticos, mas a todos que desejam envelhecer de forma ativa e saudável. Com relação às limitações do presente estudo qualitativo e quantitativo, pode-se citar que a amostra foi pequena (55 participantes) e o mesmo foi realizado em pouco tempo. Além disso, aplicar questionário com idosos diabéticos é um desafio devido ao fato de eles estarem focados em coisas que lhe tragam prazer imediato, ou seja, tivemos que lidar com algumas reclamações por acharem enfadonho. Entretanto, a nossa expectativa é a de que o conhecimento adquirido seja propulsor de novas pesquisas.

Enfim, deseja-se que esse trabalho possa contribuir no sentido de quebrar o paradigma de que os trabalhos acadêmicos não são lidos pelas pessoas que não pertencem ao mundo teórico, tendo em vista que não tem sentido escrever e pesquisar assuntos que não sejam úteis à sociedade. Portanto, aspira-se que os pacientes diabéticos tenham interesse em ler esse trabalho e pesquisar sobre as contribuições da psicologia sobre o envelhecimento e a diabetes.

Mas, sobretudo vislumbra-se que o idoso diabético não se sinta mais sozinho, que ele saiba que existe uma saída, mas seus pés têm que dar o primeiro passo no sentido de encontrá-la. Finaliza-se esse estudo com um trecho de uma música utilizada em dinâmica psicológica no Grupo Educativo, que passa pelo viés afetivo que esteve presente neste trabalho: “[...] Se eu roubei, se eu roubei teu coração, tu roubastes, tu roubaste o meu também. Se eu roubei, se eu roubei teu coração, é porque, é porque te quero bem” (Cantigas Populares, *s.d.*).

Referências Bibliográficas

- Alves, R. (2001). *As cores do crepúsculo: A estética do envelhecer*. Campinas: Papirus.
- Antônio, P. (2010) *A psicologia e a doença crônica: intervenção em grupo na diabetes mellitus*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 15-27
- Barsaglini, R.A. (2011) *As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Beauvoir, S. (ed.). (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Birren, J. E., & Cunnigham, W. (1985). *Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory*. Em J. E. Birren, & W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-34). New York: Von Nostrand/Rheinhold.
- Boff, L. (2006). *Virtudes para um outro mundo possível: Convivência, respeito & tolerância* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Vozes.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM) Protocolo*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006a). *Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de <http://www.gespublica.gov.br/biblioteca/pasta.2010-12-08.3617032145/pasta.2010-04-08.8586550461/pasta.2010-04-08.7843976944/SUS.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006b). *Manual de estrutura física dos cuidados básicos de saúde: Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006c). *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*.

Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2011a). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*.

Retirado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/vigitel/vigteldescr.htm>

Brasil. Ministério da Saúde (2011b). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: outubro de 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília:

Ministério da Saúde. Retirado de

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Portal Brasil – *Levantamento aponta para estabilização das internações nos caos de diabetes*. Retirado de

<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/11/levantamento-aponta-para-estabilizacao-das-internacoes-nos-casos-do-diabetes>

Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Relatórios*. Retirado de

<http://hiperdia.datasus.gov.br/relatorio.asp>

Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Relatórios*. Retirado de

<http://hiperdia.datasus.gov.br/relatorio.asp>

- Bueno, F. S. (1992). *Dicionário escolar da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: FAE.
- Cantigas Populares. (s.d.). Se essa rua fosse minha. Retirado em 02/07/2014, de <http://letras.mus.br/cantigas-populares/134098/>.
- Carlos, R., & Carlos, E. (1977). *Amigo*. Em Roberto Carlos. Rio de Janeiro, RJ: CBS.
- Carlos, R. (1979). *Meu querido, meu velho, meu amigo*. Em Roberto Carlos. Rio de Janeiro, RJ: CBS.
- CadSus - Sistema de Cadastramento de usuários do SUS. Retirado de <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-cadastramento-de-usuarios-do-sus-cadsus>. Acessado em 24.11. 2014.
- Cazarini, R. P., Zanetti, M. L., Ribeiro, K. P., Pace, A. E., & Foss, M. C. (2002). *Adesão a um Grupo Educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 35 (2), 142-150.
- Retirado de <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/803/815>
- Chafey, M.I.J., Dávila M., (2007) *Psicodiabetes*. Avances em Psicologia Latinoamericana/Bogotá (Colômbia) Vol.25 (1) p. p.126-143 ISSN1794-4724.
- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (2007). *Referência técnica para atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Retirado de:
- <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/referenciascras.pdf>
- Cianciarullo, T. I. (2002). *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe.
- Côrte, B. (2008). *Comunicação: instrumento de formação para a longevidade*. Em Conselho Federal de Psicologia.(Ed.), *Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social* (pp. 53-62). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Cruz, M. H. de S. (2006). *Manual de atenção ao idoso da rede da SES-DF*. Brasília: Fundação de Ensino Pesquisa em Ciências da Saúde.

- Daffner, K. R. (2010). *Promoting successful cognitive aging: a comprehensive review. Journal of Alzheimer's Disease, 19* (4), 1101-1122.
- DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (2014). Retirado de: <http://hiperdia.datasus.gov.br/relatorio.asp>.
- Diário Oficial da União, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Resolução Número 109, de 11 de novembro de 2009.
- Dias, C. A. D. (2000). *Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Informação & Sociedade: Estudos, 10* (2), 1-12.
- Dullius, J. (2007). *Diabetes mellitus: saúde, educação, atividades físicas*. Brasília: Finatec.
- Enright, R. (2009). Forgiveness: The Missing Piece to the Peace Puzzle. Department of Educational Psychology, University of Wisconsin- Madison. Presented to the Bascom Hill Society Madison, Wisconsin.
- Enright, R. (2009). Forgiveness: The Missing Piece to the Peace Puzzle. Department of Educational Psychology, University of Wisconsin- Madison. Presented to the Bascom Hill Society Madison, Wisconsin.
- Estatuto do Idoso. (2003). *Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.
- Falcão, D. V. D. S., & Dias, C. M. D. S. B. (2006). *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Faleiros, V. (2008). *O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas. Envelhecimento no Brasil desafios e compromissos*. Em Conselho Federal de Psicologia. (Ed.), *Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social* (pp. 63-77). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

- Faquinello, P. Carreira, L., Marcon, S.S., (2010). A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, Out-Dez; 19(4): 736-44.
- Fillenbaum, G. G. (1984). *The well-being of theelderly: approaches to muldidimensional assessmente*. Geneva: World Health Organization.
- Fleck, M. P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al. *Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da Qualidade de Vida "WHOQOL-BREF*. *Revista de Saúde Pública*. 2000 Abr; 34 (2), 178-183.
- Fontaine, R. (2010). *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: Loyola.
- Fortes, T. M. L., Silva, S. C. F., Costa, M. P. F. (2005). *Diabetes: como prevenir e cuidar?* São Paulo: Paulus.
- Francioni, F.F., Silva, D.G.V., (2007). *O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência*. *Texto Contexto*, Florianópolis, Jan-Mar; 16(1): 105-11.
- Frankl, V. E. (1997). *Em Busca de Sentido*. Um Psicólogo no Campo de Concentração. Editora Sinodal.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Fuller, R. (1984). *A conceptualization of driving behavior as treat avoidance*. *Ergonomics*.
- Garcia MAA (2006), Yagi GH, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. *Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos*. *Ver Latino-am Enfermagem* março-abril; 14 (2): 175-82

- Garrido, R., & Menezes, P. R. (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria, Volume 24*, supl.1: 3-6.
- Gonelli, V. M. de M. (2008). Abertura. Em Conselho Federal de Psicologia.(Ed.), *Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social* (pp. 25-27). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- González Rey, F. L. (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L.(2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural* (G. M. Gumucio Trad.). São Paulo: Thomson Learning, 2007.
- González Rey, F. (2011). *Subjetividade e saúde: superando a clinica da patologia*. São Paulo: Cortez.
- González Rey, F. (2012a). Sentidos subjetivos, linguagem e sujeito: implicações epistemológicas de uma perspectiva pós-racionalista em psicoterapia. Em A. F. Holanda (Org.), *O campo das psicoterapias: reflexões atuais* (pp. 47-70). Curitiba: Juruá.
- González Rey, F. (2012b). O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito; tradução de Vera Lúcia Mello Joscelyne . 3 ed.- Petrópolis, RJ : Vozes.
- Grillo M.F.F., Gorini M.I.P.C., (2007). *Caracterização de pessoas com diabetes Mellitus Tipo 2*. Ver Bras Enferm, Brasilia jan-fev; 60(1): 49-54.

- Grun, Anselm (2008). *A sublime arte de envelhecer*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). *Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade – 1990 -2050*. Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica N° 24 - Rio de Janeiro. Retirado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf
- International Diabetes Federation.(2014).Retirado de www.idf.gov. IDF Newsletters – Translational Research.
- Jung, C.G (1967). *Obras completas*. Vol. VIII. Zurique.
- Koenig, J. (1986). *The need for family support groups in long-term care of alzheimer's patients*. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 1 (3), 5-7.
- Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia: ciência e profissão*, 25 (3), 484-497.
- Kübler-Ross, E. (Coord.). (1975). *Morte: estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Record.
- Laurenti, R. (2003). *A mensuração da Qualidade de Vida*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49 (4), 361-362.
- Machado, F., *laços ou nós afetivos*, artigo publicado em 14.04.2009, fonte: (www.espacocuidar.com.br/psicologia/artigos/lacos-ou-nos-afetivos),*acessado em maio de 20014*).
- Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., & Cosenza, R. M. (2013). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.
- Marcelino, D. B., Carvalho, M. D. B. (2005). *Reflexões sobre o diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), PP. 72-77.

- Marconi, M. D. A., & Lakatos, E. M. (2008). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados* (7a ed.). São Paulo: Atlas.
- Martins, R. M. L. (2005). *A Relevância do Apoio Social na Velhice*. Educação, Ciência e Tecnologia. Viseu. Retirado em 12/07/2014, de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/9.pdf>
- Melchiors, M. S. (2009). *Reflexões sobre a Morte e o Morrer na Prática de Cuidados Paliativos*. Em: I. I. Costa, & T. M. Grigolo (Orgs.), *Tecendo redes em saúde mental no cerrado* (pp. 129-141). Brasília: Kaco.
- Mello, S.L. (1975). *Psicologia e profissão em São Paulo*. São Paulo. Ática
- Mello, D., & Garbellini, R. (2011). *Meu manual de vida integral do diabetes*. São Paulo: Tribo.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). *Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18.
- Minayo, M. C. S., & Souza, E. R. D. (2003). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2012). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (31a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Nações Unidas no Brasil, ONU – Brasil, 19.04. 2011. Retirado de A ONU e as pessoas idosas. Site: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas>. Site recuperado em 20 de setembro de 2014.
- Neri, A. L., e do Nascimento, E. B. (1993). *Qualidade de Vida e idade madura*. São Paulo: Papyrus.

- Netto, M. P. (2005). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheu.
- Nogueira, E.J, Lima, L.J.C., Martins, L.A., Moura, E..R., (2009) Rede de Relações Sociais e Apoio Emocional: Pesquisa com Idosos. *Cesumar Jan./Jun*, v. 11, n.1, p.65-70.
- Nunes, M. (2005). *Apoio Social na Diabetes*. Educação, ciência e tecnologia. Disponível em: www.ipv.pt/millenium/millenium31/10.pdf. Acesso em junho de 2014.
- Ohara, E. C. C., & Saito, R. X. de S. (2010). *Saúde da Família* (2a ed.). São Paulo: Martinari.
- Omartian, S. *A Bíblia da mulher que ora* (2007). Tradução dos artigos e das meditações Neyd Siqueira - São Paulo: Mundo Cristão.
- Paim, P. (2012). *Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003*. Brasília: Senado Federal.
- Pinto, E. (2013). *Diabetes mellitus: Ferramentas educativas: uma visão multidisciplinar para equipes de saúde I*. ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica.
- Ramos, L. R. (2003). *Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso*, São Paulo. *Caderno de saúde pública*, 19 (3), 793-798.
- Ratzka, A. D. (1999, setembro). *História da sociedade Inclusiva na Europa*. Em I Seminário Internacional Sociedade Inclusiva, Belo Horizonte. *Anais do I Seminário Internacional Sociedade Inclusiva*. Belo Horizonte: PUC Minas. Retirado de <http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/anaispdf/adolfratska.pdf>
- Ribas C.R.P, Santos, M.A, Teixeira C.R.S., Zanetti M.L. . (2009) *Expectativas de Mulheres com Diabetes em Relação a um Programa de Educação em Saúde*. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro abr/jun; 17 (2): 203-8.

- Ribeiro J. P., Rocha S. A., Popim R.C., (2010). *Compreendendo o significado de Qualidade de Vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II*. Esc Anna Nery out-dez; 14 (4): 765-771.
- Ribeiro, M.R., Ribeiro.G. (2012) *Educação em direitos humanos e diversidade: diálogos interdisciplinares*. Maceió. Edufal.
- Santaella, E. (2011). *Diabetes: controle o açúcar no sangue sem abrir mão das delícias*. São Paulo: Escala.
- Santos, F. S., Silva, T. B. L., Almeida, E. B., & Oliveira, E. M. (Eds.). (2013). *Estimulação cognitiva para idosos: ênfase em memória*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Secretaria de Direitos Humanos. (2013). *Dez anos do conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um processo democrático*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos.
- Retirado de:
<http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/publicacoesidoso/dezanosdocnidoso.pdf>
- Serra, J. do N. (2005). *“Eu não tenho mais querer” : a violência simbólica conta os idosos* (Dissertação de Mestrado). Retirado de:
<http://www.pgpp.ufma.br/busca/download.php?id=7>
- Silva, I. L. (2010) *Psicologia da Diabetes*. 2º Edição. Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Silveira, L. M. C. D., & Ribeiro, V. M. B. (2005). *Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes*. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 9 (16), 91-104.
- Smethurst, W. S., *Envelhecimento ativo: da intenção a ação*. Escola superior de Educação Física – Universidade de Pernambuco. Retirado do jornal virtual dos estudantes de psicologia da UNA, que busca discutir sobre a subjetividade do idoso: Envelhecer ou não envelhecer? Eis a questão. 16.06.2009.

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

Sociedade Brasileira de Diabetes. (2014). Retirado de <http://www.diabetes.org.br/diabetes-tipo-2>. Link de acesso a área para profissionais da saúde.

Souza N.M.G., Honorato S.M.A., Xavier A.T.F., Pereira F.G.F., Ataíde M.B.C. (2012). *Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes mellitus*. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) mar; 33 (1): 139-46.

Stamogiannou, I., Grunfeld, E.A., Denison, K. & Muir, G. (2005). Beliefs about illness and quality of life among men with erectile dysfunction. International Journal Impotence Research, 17(2), 142-7.

Tavares D.M.S, Rodrigues R.A.P. (2002). *Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro*. Rev. Esc Enferm USP; 36(1): 88-96.

Tavares D.M.S, Côrtes R.M, Dias F.A., (2011). *Qualidade de Vida de Idosos com diabetes Mellitus*. Cienc Cuid Saud Abr/Jun; 10 (2): 290-297.

Torres, H.C, Franco, L. J. , Stradioto, M.A., Hortale V.A. , Schall, V.T., (2009) *Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes*. Ver Saúde Pública; 43(2): 291-8.

Trentini, C. M. (2004). *Qualidade de Vida em idosos* (Tese de Doutorado). Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/3471>

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas, Retirado de <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>. Envelhecimento no século XXI: Celebração e Desafio. Acessado em Junho de 2014.

Vianna, H. B. (2008). *Afetividade e sexualidade na maturidade: a vida continua*. Em Conselho Federal de Psicologia. (Ed.), *Envelhecimento e subjetividade: desafios para*

- uma cultura de compromisso social* (pp. 111-118). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Victor, R. (2005) Hipertensão Arterial. Em Goldman, L., & Ausiello, D. (Eds.), *Cecil-tratado de medicina interna* (Vol. 2, 22a ed., pp. 399-418). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Villela W.V., Araújo E.C., Ribeiro S.A., Cuginotti A.P., Hayana E.T., Brito F.C., Ramos L.R., (2009). *Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6): 1316-1324, jun.
- Xavier A.T.F., Bittar D.B, Ataíde M.B.C., (2009). *Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática*. Texto Contexto Enferm., Florianópolis Jan-Mar; 18 (1): 124-30.
- Wikipédia. (2013). *Museu Casa de Cora Coralina*.
Retirado de http://pt.wikipedia.org/wiki/Museu_Casa_de_Cora_Coralina
- World Health Organization. (2012). *Interesting facts about ageing*. Retirado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>.
- World Health Organization. (2013). Retirado em 10/09/2013, de <http://www.who.int/research>.
- Zoboli, E. L. C. P. (2004). *A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações*. Revista-Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 38 (1), 21-27.

Apêndice

Apêndice A - Tabela temática de atividades desenvolvidas no Grupo Educativo da UBS todas as quintas-feiras no período de 1º de outubro de 2013 até 1º de julho de 2014 com duração de 2:00 (duas horas).

TEMA DA ATIVIDADE DO GE	RESPONSÁVEIS TÉCNICOS PRESENTES: MÉDICO (M) ENFERMEIRA (E) NUTRICIONISTA (N) PESQUISADORA (P)
Apresentação da Mestranda do UniCeub com dinâmica de boas vindas aos idosos diabéticos.	M, E, N e P
Aspectos psicológicos da diabetes	E, N e P
Autoestima X Diabetes	E, N e P
Diabetes no trabalho	E, N e P
Diabetes no contexto familiar	E, N e P
Celebração do dia do diabético	M, E, N e P
Doce solidão	E, N e P
Nunca é tarde para dar frutos	E, N e P
Superando dificuldades	E, N e P
Time dos diabéticos	E, N e P
Carnaval X planejamento	E, N e P
Perseverança no tratamento	E, N e P
Aceitar o inevitável e viver melhor	E, N e P
Qualidade de Vida	E, N e P
Apoio social	E, N e P
Doce Páscoa	E, N e P
Deixo à diabetes me levar?	E, N e P

Perdas, Finitude, Ganhos do novo idoso e Espiritualidade	E, N e P
Função Materna x Diabetes	E, N e P
O que não desiste do tratamento	M, E, N e P
A importância da amizade no envelhecimento e o valor terapêutico do perdão.	M, E, N e P
Netite, deixando de cuidar de sua diabetes para cuidar dos netos.	M, E, N e P
Aspectos emocionais da diabetes	M, E, N e P
Combatendo a depressão e o transtorno de ansiedade	M, E, N e P
Escola de Avós	M, E, N e P

Apêndice B – Roteiro para aplicação do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - Abreviado - Whoqol-Bref

1.	Agradecer ao idoso diabético pela disponibilidade de responder ao questionário.
2.	Identificar-me como estudante do curso de mestrado do UNICEUB em Brasília-DF, e relatar sobre a importância da pesquisa para o desenvolvimento do estudo sobre o envelhecimento, Qualidade de Vida e as políticas públicas em nosso país.
3.	Explicar o significado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, solicitar que o mesmo seja devidamente assinado e assegurar sobre o caráter confidencial e sigiloso da pesquisa. Além disso, informar sobre o tempo usual do questionário é de vinte minutos, e que o mesmo poderá ser interrompido a partir do momento que o idoso diabético necessite ir ao banheiro, tomar água ou fazer uso de alguma medicação ou que poderá se estender caso necessite especificar mais alguma informação sobre o assunto.
4.	Aguardar com paciência a resposta do idoso, e responder as perguntas para dirimir dúvidas.
5.	Convidar o idoso diabético para esboçar sobre o seu nome, e novamente especificar que será mantido o sigilo, idade, escolaridade, renda familiar, histórico da diabetes, o tipo de diabetes, tempo da doença, participação e tempo no grupo de idosos diabéticos da UBS, participação em outros grupos de diabéticos e permissão para que ele pormenorize e conte sobre outros assuntos que considere pertinentes ao seu universo.
6.	Caracterizar se houver necessidade sobre alguma informação que precise ser devidamente explanada, agradecer mais uma vez pela participação e demonstrar consideração e respeito pela sua história de vida. No desfecho de cada questionário especifica-se sobre o compromisso da devolução dos resultados da pesquisa.
7.	Quantificar os dados estatísticos juntamente com o Orientador da pesquisa.

Apêndice C - Roteiro de Perguntas para ficha de preenchimento dos dados relativos às características dos idosos diabéticos participantes do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida Abreviado - Whoqol-Bref.

1) Qual a sua idade?

2) Qual é a sua escolaridade?

3) Qual é a sua renda familiar?

4) Qual o histórico da diabetes e tipo de diabetes?

5) Quanto tempo de diabetes?

6) Participa ou já participou de grupos de diabéticos? Por quanto tempo?

Apêndice D - Depoimento de um idoso diabético ao término de uma reunião do Grupo Educativo da UBS sobre Qualidade de Vida.

“A minha vida hoje é igual ao jornal do dia. Todo dia eu crio estratégias para editar um noticiário com notícias boas sobre a minha vida. Tenho que resistir às críticas, as caras feias, as rejeições, as cobranças e nascer para as coisas que realmente desejo e quero fazer. Afinal, tenho 78 anos, 20 de diabetes, o que não me permite viver de aparências, enganando a mim mesmo. Todo dia eu coloco um sabor diferente no meu cardápio, pois tenho necessidade de algo novo já que envelhecer é descobrir o prazer que está nas pequenas coisas, como contemplar o cantar do bem-te-vi.

Tenho amigos que se isolam, se excluem e vivem de lamentações e de arrependimentos, simplesmente raciocino que esse comportamento destrutivo não me leva a nada, portanto, escolho ter prazer e mostrar para o mundo que é possível envelhecer bem e saudável, apesar da diabetes. Sou o primeiro a me incluir em tudo, vou pro cinema, teatro e todo dia faço reclamação para as empresas de ônibus que não respeitam os idosos, vou para a internet e boto a boca no trombone, pois sou o primeiro a defender os meus direitos e o dos meus amigos.

Na verdade, eu procuro administrar muito bem a minha vida, não sou refém de ninguém, nem pensar em ficar nas mãos dos meus filhos, nem passar procuração para eles, pois não admito que os outros determinem se eu devo ou não sair de casa. Não me coloco em situação de risco, pois sou consciente dos meus limites, mas me permito escolher e construir a minha segurança para não ficar trancado dentro de casa achando que tudo é perigoso.

Confio na proteção de Deus e faço a minha parte. Existem ganhos na velhice e eu vou atrás disso, esse negócio de ficar em casa descansado... Pra que? A história que escolhi para mim é de independência, solidariedade, amor, paz e sinceridade, pois se na adolescência eu detestava as pessoas mentirosas, agora na velhice é que eu não me permito fingir, se vou para o cinema com os amigos e outras pessoas chegarem lá em casa, gentilmente peço licença e sigo o meu caminho.

Eu combato qualquer atitude preconceituosa em relação a mim, ou aos meus colegas, seja de quem for. Essa característica faz parte da minha personalidade, embora sinta que a vida me amansou. Fiz opção por aceitar a velhice, e não ficar olhando para as minhas perdas. Com os anos ganhei paciência, aprendi a conviver melhor com as pessoas e assim me tornei uma pessoa mais tolerante, pois todas as pessoas têm dificuldade em alguma área.

Com a vida adquiri um bem muito precioso que é a resignação, o que para mim era difícilimo, pois não sabia aceitar um não. Simplesmente não sabia lidar com frustração, hoje não me oponho à vontade do todo poderoso, pois mesmo que eu deseje que faça sol amanhã para eu ir ao clube, se o criador quiser que chova, eu simplesmente escolho fazer outra coisa, é mais saudável do que passar o dia todo emburrado brigando com ele.

Aprendi a me apoiar e dar a mão ao outro. Hoje escolho ficar do meu lado, ser amigo de mim mesmo, pois se eu não contar comigo, quem vai me defender? Mas, o melhor que estou vivendo é ter tempo para me divertir, para o lazer. Sempre fui arrimo de família, e agora posso viajar. Entretanto, sempre procuro viajar para lugares de cunho espiritual, que me lembrem os passos de Jesus e o sentido do amor e da bondade. É bom estar em comunhão com os outros, ser feliz, ter esperança, e acreditar cada dia mais nas palavras de vida eterna que diz existir muitas moradas na casa do Pai, e na continuidade da vida após a morte do corpo físico. Sei que estou aqui, que não vou ficar aqui, mas sei para onde vou. Qualidade de Vida para mim é saber que existe um caminho eterno a minha frente”.

Anexos

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO