

EVA VILMA MUNIZ DE OLIVEIRA

**IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DA PARTICIPAÇÃO EM
OFICINA DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO
COM ADOLESCENTES E JOVENS DIABÉTICOS DA CIDADE
DE TIRADENTES.**

São João del-Rei

2018

EVA VILMA MUNIZ DE OLIVEIRA

**IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DA PARTICIPAÇÃO EM
OFICINA DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO
COM ADOLESCENTES E JOVENS DIABÉTICOS DA CIDADE
DE TIRADENTES.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e Socioeducativos

Orientador: Marcos Vieira Silva

São João del-Rei

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

092i OLIVEIRA, EVA VILMA MUNIZ DE .
IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DA PARTICIPAÇÃO EM
OFICINA DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL : UM ESTUDO
COM ADOLESCENTES E JOVENS DIABÉTICOS DA CIDADE DE
TIRADENTES / EVA VILMA MUNIZ DE OLIVEIRA ;
orientador Marcos Vieira Silva. -- São João del
Rei, 2018.
99 p.

Dissertação (Mestrado - Psicologia) --
Universidade Federal de São João del-Rei, 2018.


1. Adolescentes e jovens diabéticos. 2. Sujeito
biopsicossocial. 3. Oficina de Intervenção
Psicossocial. 4. Educação em saúde. 5. Psicologia e
Enfermagem. I. Silva, Marcos Vieira , orient. II.
Título.

A Dissertação “Implicações Psicossociais da participação em Oficina de Intervenção Psicossocial: um estudo com adolescentes e jovens diabéticos da cidade de Tiradentes”, elaborada por: Eva Vilma Muniz de Oliveira e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

São João del-Rei, 09 de março de 2018

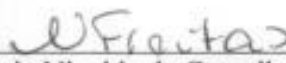
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Marcos Vieira Silva - (UFSJ)
Orientadora



Prof. Dra. Maria Lúcia Mirando Afonso - (UNA BH)



Prof. Dra. Maria Nivalda de Carvalho Freitas - (UFSJ)

AGRADECIMENTOS

Antes mesmo dos agradecimentos formais, gostaria de dizer que para além do texto, das noites maldormidas, da intolerância, da impaciência, do aprendizado que todo esse processo me trouxe, faço aqui, algumas considerações...

Primeiramente, seria impossível não relatar que a trajetória no Mestrado em Psicologia foi, sem dúvida, enriquecedora, pois, com a graduação em Enfermagem, essa inserção foi possível e meu sonho se realiza agora! Posso dizer que suei bastante, mas compensou cada gotinha, uma vez que a tarefa além de ousada foi desafiadora e estimulante! Obrigada, Psicologia, por me proporcionar esse trilhar diferente ao meu!

E depois, em meio aos créditos a serem cumpridos, engravidei. Bárbara, minha filha, participou de todas as expectativas e angústias desde o ventre, não foi fácil... Depois, o retorno para as atividades com ela bebezinha e todas as nuances de estudar e ser mãe, agora de duas filhas e ainda esposa... Talvez essa tenha sido a tarefa mais difícil até hoje, conciliar tudo isso, mas deu certo! Acredito que só foi possível, porque tenho uma dádiva, uma família linda, saudável e feliz, isso é o que enche meu coração de alegria e que me faz viver todos os dias!

Esta dissertação não poderia ter sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Estes dois anos em que fiz esta pesquisa foram uma árdua jornada de desafio, construção, conhecimento e amadurecimento. A meta que estabeleci nessa caminhada foi que nenhum empreendimento é realizado de forma fácil e sem esforço!

Neste período, aprendi que a dissertação é a extensão da vida do autor e para que algo de valor seja produzido, primeiro deve-se criar algo de valor em si. Por esse motivo, agradeço sincera e profundamente todas as pessoas que muito me ajudaram a produzir algo tão valioso em minha vida.

Gostaria, portanto, de expressar toda a minha gratidão a Deus e à Nossa Senhora Aparecida, que no silêncio do meu coração e das minhas orações me conhecem e sabe, de todos os sentimentos e emoções presentes neste momento e que não cabem em páginas...

À todas aquelas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade, minha gratidão e afeto.

Agora, portanto, partirei para os agradecimentos categóricos e essenciais:

Em primeiro lugar, ao meu orientador Prof. Marcos Vieira da Silva, pela amizade, pelo incentivo, por suas reflexões e críticas, que me conduziram nessa trajetória e que tanto contribuíram na minha formação como pesquisadora. Além de ser um paizão com nosso grupo!

À FAPEMIG pela bolsa de professor visitante do orientador no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSJ.

Meus respeitosos agradecimentos pela contribuição e participação dos membros da banca: Prof^a. Maria Nivalda de Carvalho Freitas e Prof^a. Maria Lúcia Miranda Afonso pela transmissão de experiências, na criação e solidificação de saberes.

Aos funcionários e professores do Programa de Mestrado em Psicologia da UFSJ, pela dedicação, carinho, paciência e atenção conosco!

Aos companheiros de curso, e em especial os amigos Luiz Felipe e Fernanda, pela disposição nos desabafos, pelo carinho, pelas risadas e pela cumplicidade que se fizeram verdadeiros amigos e tornaram mais leve meu trabalho!

Às pessoas que acreditaram que eu era capaz desde o início da minha caminhada na Enfermagem: Fátima Lima (Fatinha), que com toda paciência me ensinou a ouvir os primeiros batimentos cardíacos; Cristina Lourenço, que me concedeu a oportunidade do primeiro trabalho como técnica em enfermagem e Regina Mangieri (Regi), que me acolheu em sua casa, me ensinou os caminhos do árduo trabalho em BH e foi a precursora do primeiro emprego na Capital.

Aos colegas de trabalho do IF Sudeste MG – Campus SJDR, aos funcionários e aos meus queridos alunos pelo carinho, confiança e alegria de todos os dias!

À Escola Estadual Basílio da Gama, professores e funcionários, pelo acolhimento e parceria; em especial: Bolinha, Rômulo e Flávia.

Ao grupo: “Vivendo melhor com a Diabetes”, que me oportunizou esta pesquisa e tanto me ensinou com suas histórias de vida. Que vocês se sintam no texto! E a todos os diabéticos, saibam que essa pesquisa é para vocês!

Preciso ainda, dedicar este trabalho àqueles que dão luz à minha vida:

Meu esposo, Atualpa, agradeço todo o seu amor, carinho, admiração e a presença incansável com que me apoiou ao longo dessa jornada. Pela sua perseverança e boa vontade, por perder noites de sono ao meu lado, só para me fazer companhia, compartilhando meus ideais e incentivando-me a prosseguir. Amo você!

Às nossas filhas: Valentina e Bárbara, que me inspiram e me ensinam a todo instante o valor do verdadeiro amor, o valor de uma música, de um simples passeio, de um simples gesto de carinho, seja um sorriso, seja um bom dia ou MAMÃE TE AMO! Vocês são a minha melhor parte!

À minha MÃE Nilza, tão querida e amada, que sempre me possibilitou pensar em outras coisas que não somente aquelas que vivencio e tão sábia em suas colocações. Que enxerga para

além do que estamos vivendo! Sem você isso NÃO seria possível! Obrigada por cuidar da Bárbara com tanto carinho para que eu pudesse me dedicar por completo a este texto! Amo infinitamente!

Ao meu amado PAI Vicente, que em nenhum momento da minha educação criou obstáculos para que eu pudesse alcançar meus objetivos e foi sempre o meu parceiro, apoiador e admirador! Não poderia deixar de citar que, em meio à reta final da dissertação, teve um infarto que me deixou sem chão, porém tudo se restabeleceu e permanece conosco cativando-nos com sua alegria e sabedoria! Vida longa, Pai!

Ao meu irmão Giovani e minha sobrinha Andreza, que me fazem pensar todos dias como é boa a leveza da vida! Ao meu irmão Jackson, minha cunhada Bruna, meus sobrinhos: Miguel e Inácio, pela alegria e superação que transcende meu coração! E meu irmão de vida Luiz, pela sua coragem e habilidade diante dos obstáculos da vida!

Por fim, aos meus amigos de vida, de todas as horas, Cintia Nascimento, Adriana Abreu, Pauliana Resende (Pops), Camila Diniz (Camilete), Luísa Furbeta (Lu), Andréia Andrade, Marcelo Nascimento e Lucineime Carmo, por só quererem o meu bem e me valorizarem tanto como pessoa. Obrigada pela amizade!

RESUMO

A diabetes *mellitus* constitui um desafio para os portadores, suas famílias e profissionais de saúde, na obtenção de um bom controle glicêmico e metabólico. A descoberta da doença traz consigo a necessidade, enfatizada por parte dos profissionais da saúde, de um tratamento baseado, exclusivamente, no tripé: dieta, atividades físicas e uso de medicação. Por outra via, insere-se a presente pesquisa, desenvolvida através de uma perspectiva interdisciplinar entre Enfermagem e a Psicologia, tendo cuja premissa é a concepção biopsicossocial do sujeito portador de diabetes, em específico, o adolescente e o jovem. Para este estudo, partiu-se de um projeto de extensão em uma escola na cidade de Tiradentes, Minas Gerais, desenvolvido em 2015, em que se identificou adolescentes e jovens diabéticos e em risco de desenvolver a doença, os quais participaram de uma oficina com cinco encontros. Assim, buscou-se novamente a mobilização deste grupo em torno das problemáticas ligadas direta e indiretamente à doença e suas implicações. O objetivo principal foi analisar com adolescentes e jovens diabéticos ou em risco de desenvolver a doença, as implicações de sua participação em Oficina de Intervenção Psicossocial. Metodologicamente, optou-se por duas etapas de produção de dados: a realização de Oficina de Intervenção Psicossocial e entrevistas semiestruturadas. Os dados produzidos foram trabalhados a partir da análise de conteúdo. Como resultado, pôde-se fomentar aspectos que contribuíssem para a compreensão desta realidade no município estudado. Constatou-se as dificuldades enfrentadas pelos adolescentes e jovens diante da doença, além do papel da família neste contexto. Entendeu-se que a maturidade diante da doença crônica deve ser considerada um processo contínuo e não estanque. Percebeu-se, sobremaneira, que há necessidade de ações de apoio e educação voltadas para este público. Verificou-se ainda que existem elementos que podem ter influenciado na forma de perceber e vivenciar a diabetes nos participantes, tais como o meio social em que o sujeito está inserido, o posicionamento da família no trato com a doença e o tipo de suporte ofertado pela rede de assistência pública. Conclui-se ainda que a participação na Oficina favoreceu tanto a partilha de informações técnicas, como de concepções afetivo-emocionais acerca do enfrentamento da doença. Assim, a participação na OIP pode ter subsidiado uma nova forma de se perceber perante a doença, família e sociedade.

Palavras-chave: Adolescentes e jovens diabéticos; Sujeito biopsicossocial; Oficina de Intervenção Psicossocial; Educação em saúde; Psicologia e Enfermagem.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a challenge for patients, their families and health professionals in obtaining good glycemic and metabolic control. The discovery of the disease brings with it the need, emphasized by health professionals, for a treatment based exclusively on the tripod: diet, physical activities and medication use. On the other hand, the present research is inserted, which was developed through an interdisciplinary perspective between Nursing and Psychology, based on the biopsychosocial conception of the individual with diabetes, specifically the adolescent and the young. For this study, we started with an university extension project at a school in the city of Tiradentes, Minas Gerais, developed in 2015, at the time identifying adolescents and young diabetics and at risk of developing the disease, who participated in an workshop containing five meetings. In this research, the mobilization of this group was again sought around issues directly and indirectly related to the disease and its implications. The main objective was to analyze with adolescents and young diabetics and, or at risk of developing the disease, the implications of their participation in Psychosocial Intervention Workshop. Methodologically, we chose two stages of data production, being the Psychosocial Intervention Workshop and semi-structured interviews. The data produced were worked from the content analysis. How result of this research it was possible to foment aspects that contribute to the understanding of this reality in the studied municipality. It was possible to verify the difficulties faced by the adolescents and young people in the face of the disease besides the role of the family in this context. It was understood that maturity in the face of chronic disease should be considered a continuous. It has been noticed, above all, that there is a need for support and education actions aimed at this public. It was also verified that, there are elements that may have influenced the way of perceiving and experiencing diabetes in participants, such as the social environment in which the subject is inserted; the positioning of the family in dealing with the disease; and the type of support offered by the public assistance network. It was also concluded that, participation in the workshop favored both the sharing of technical information and affective-emotional conceptions about coping with the disease. Thus, participation in the in Psychosocial Intervention Workshop may have subsidized a new way of perceiving disease, family and society.

Key-words: Adolescents and young diabetics; Biopsychosocial subject; Psychosocial Intervention Workshop; Health education; Psychology and Nursing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
2.1 O Diabetes <i>mellitus</i>	17
2.2 O diabetes <i>mellitus</i> na adolescência e na juventude	22
2.3 O trabalho em grupo como um recurso motivador ao portador de DM na adolescência e na juventude	27
2.4 A prática com as Oficinas de Intervenção Psicossocial como processo educativo e terapêutico ao portador de DM adolescente e jovem	35
3. OBJETIVOS	40
3.1 Objetivo Principal	40
3.2 Objetivos específicos	40
4. PERCURSO METODOLÓGICO	41
5. RESULTADOS E ANÁLISES	46
5.1 A realidade do adolescente e jovem diabético na cidade de Tiradentes/MG	49
5.1.1 <i>O viver com a doença, formas de apoio e enfrentamentos</i>	50
5.1.2 <i>Os cuidados com a doença</i>	52
5.1.3 <i>As dificuldades e as necessidades com a doença</i>	56
5.2 A doença: seus significados e suas ressignificações	62
5.2.1 <i>A descoberta e o conhecimento da doença</i>	62
5.2.2 <i>Os sentimentos e as emoções diante da doença</i>	65
5.2.3 <i>As perspectivas para o futuro</i>	68
5.3 Oficina de Intervenção Psicossocial: reflexões, vivências e expectativas	73
5.3.1 <i>A produção de um grupo</i>	74
5.3.2 <i>O processo psicossocial na Oficina</i>	76
5.3.3 <i>Os impactos da participação na Oficina de Intervenção Psicossocial como processo educativo e terapêutico</i>	78
5.3.4 <i>O processo educativo e terapêutico</i>	81
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
8. ANEXOS	95
Anexo I – Roteiro Entrevistas semi-estruturadas	95
Anexo II - Termo de consentimento livre e esclarecido - menores de 18 anos	96
Anexo III - Termo de consentimento livre e esclarecido - maiores de 18 anos	98

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro I - Núcleos de Significação	48
--	----

1. INTRODUÇÃO

Mudanças comportamentais e a adesão ao tratamento medicamentoso são essenciais para a prevenção das complicações agudas e crônicas. Porém, a aceitação e a adesão a tais questões não ocorrem de modos imediato e efetivo, principalmente, no caso de adolescentes (Faria, Rodrigues, Zanetti, Araújo & Damasceno, 2013). Desse modo, a diabetes *mellitus* constitui um desafio para os envolvidos no processo de obtenção de um bom controle glicêmico e metabólico, a fim de minimizar complicações em médio e longo prazo.

Sabe-se que a diabetes *mellitus* (DM) tem se tornado um problema de saúde pública cada vez mais recorrente em todo o mundo, atingindo pessoas de diversas idades. Diante desse cenário, ampliar as possibilidades de suporte ao tratamento de diabéticos adolescentes e jovens, utilizando-se a concepção biopsicossocial deve ser uma premissa de apoio ao adoecimento, uma vez que a incidência da DM tem aumentado rapidamente.

Frente ao padrão biomédico de tratamento utilizado atualmente, torna-se necessário buscar, cada vez mais, alternativas de empoderamento com vistas à construção do sujeito diabético. Especificamente, entre o público adolescente e juvenil esse incremento tem sido considerável (World Health Organization, 2012; Organização Pan-americana da Saúde, 2015).

O interesse pelos fenômenos grupais como objeto de estudo acompanha a pesquisadora desde sua graduação, seja exercendo a enfermagem na atenção primária, secundária e terciária, seja na assistência direta em grupos de portadores de doenças crônicas. Sendo assim, a necessidade de compreender os adolescentes e jovens portadores de diabetes é fato que permeou todo esse trajeto, visto que esse é um público de difícil acesso, de difícil adesão ao tratamento, além de sua pouca inserção em atividades grupais e, ou educativas.

Esses elementos, além de constarem na literatura relativa ao tema, puderam ser observados ao longo da experiência vivenciada pela pesquisadora como profissional da área da saúde, por meio de participação em projetos com grupos de diabetes, seja na rede pública ou privada, em projetos desenvolvidos em escolas municipais e estaduais, acompanhamento e apoio na Associação de Portadores de Diabetes de São João Del Rei (APD) e no Programa Doce Vida, desenvolvido pelo Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (LAPIP/UFSJ).

A partir de 2012, a participação efetiva na APD e no Doce Vida trouxeram possibilidades para atuar efetivamente no envolvimento de ações aos portadores de diabetes com uma equipe multiprofissional, fortalecendo o contato específico com a prática grupal.

A adesão ao tratamento nem sempre ocorre do modo cartesiano, como prescrevem os profissionais da saúde. Ou seja, a descoberta da doença traz consigo a necessidade de um

tratamento baseado em dieta, na prática cotidiana de atividades físicas e no uso da insulina ou dos hipoglicemiantes orais. Todavia, através da vivência e de referências da literatura, pode-se compreender que somente a necessidade do controle metabólico e glicêmico não é garantia para a adesão ao tratamento da diabetes *mellitus*.

Desse modo, verifica-se uma relação antagônica entre o corpo médico e o diabético, especialmente adolescentes e jovens. O primeiro ente, calcado na compreensão biomédica doença-cura, acredita que por estar acometido com a doença, a adesão ao tratamento deve ocorrer de modo integral (Faria et al. 2013). Por outro lado, encontra-se o sujeito diabético que tem sua vida conturbada pela descoberta do novo, pela cobrança social e familiar e por suas aspirações, desejos e angústias, além de suas questões subjetivas.

Ainda para Faria et al. (2013), o profissional de saúde deve sistematizar sua intervenção para a conquista de autonomia dos pacientes, considerando os aspectos psicológicos, socioculturais, educacionais e econômicos envolvidos no tratamento em diabetes. Porém, essa questão nem sempre parece ser premissa preponderante junto aos profissionais da área da saúde.

Por outra via, insere-se a presente pesquisa, a qual foi desenvolvida por meio de uma perspectiva interdisciplinar entre Enfermagem e a Psicologia, na pessoa da pesquisadora e das contribuições advindas do Programa de Mestrado em sua linha de pesquisa de Processos Psicossociais e Socioeducativos e da orientação pretendida no campo da Psicologia Social.

Nesse sentido, esta pesquisa estrutura-se pelo viés teórico-conceitual, bem como na vivência prática da pesquisadora. Neste caso, especificamente, partiu-se do trabalho desenvolvido em 2015 na cidade de Tiradentes, Minas Gerais, onde, em uma escola, foi desenvolvido um projeto de extensão. Identificou-se, à época, adolescentes e jovens diabéticos ou em risco de desenvolver a doença, os quais participaram de uma oficina em que ocorreram cinco encontros com assuntos relacionados à vivência do portador diante do DM.

Tendo esses elementos como premissa, realizou-se a presente pesquisa, cujo objetivo principal foi analisar com adolescentes e jovens diabéticos ou em risco de desenvolver a doença, as implicações de sua participação em oficina de intervenção psicossocial.

Foi proposto, assim, um estudo fundamentado nos pressupostos da pesquisa-intervenção psicossocial, articulando um trabalho de investigação e intervenção, de maneira a estimular autonomia e implicação no tratamento e na prevenção (Machado, 2004).

Percebeu-se que a participação em atividades de grupos favorece a criação de vínculos, identificações e reconhecimento de si mesmo no outro. Estes são aspectos fundamentais do processo grupal e que se tornam também fundamentais na produção da identidade do

adolescente e do jovem com diabetes, já que o grupo funciona como um importante meio de trabalhar diversas reflexões advindas dessas vivências.

Dessa forma, concebeu-se 03 (três) objetivos específicos como forma de elucidar as questões desta pesquisa: a) desenvolver Oficina de Intervenção Psicossocial com um grupo de adolescentes e jovens diabéticos ou em risco de desenvolver a diabetes *mellitus*; b) conhecer, a partir desta vivência, a realidade deste público acometido pela doença no município de Tiradentes e; por último, c) caracterizar elementos relacionados a ressignificação da doença, por meio da vivência destes adolescentes e jovens na Oficina de Intervenção Psicossocial realizada no município de Tiradentes.

Logo, a relevância e a justificativa desta pesquisa respaldam-se na possibilidade de identificação de elementos presentes no convívio de adolescentes e jovens portadores de diabetes *mellitus* e suas implicações na aceitação, na adesão, na recusa e na prevenção da doença, convívio este que deve ocorrer de modo cotidiano.

Nesse sentido, torna-se importante o trabalho em saúde a ser desenvolvido e elaborado com base em literaturas da Psicologia Social. Além da proposta interdisciplinar para se alcançar a intervenção psicossocial conduzida nessa perspectiva, busca-se a mobilização do grupo em torno das problemáticas ligadas direta e indiretamente à doença e suas implicações afetivo-emocionais.

Assim, conduziu-se esta pesquisa, a qual está relatada no presente texto da seguinte forma: além desta introdução, conta com um capítulo teórico-conceitual, em seguida, um capítulo que retrata o percurso metodológico. Posteriormente, são apresentados os resultados, discussões e análises. Por fim, são tratadas as considerações finais.

No processo de produção do texto, buscou-se realizar um percurso que fosse capaz de alicerçar a construção das premissas utilizadas no desenvolvimento desta pesquisa. Tal fato teve como limite a fronteira entre os conhecimentos advindos da Enfermagem por parte da pesquisadora e dos constructos psicossociais adquiridos através da vivência no Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Para a demarcação do percurso teórico, optou-se pelo debate em 04 (quatro) capítulos, os quais foram definidos da seguinte maneira: em um primeiro momento, há uma definição sobre o diabetes *mellitus*. Na sequência, são debatidos elementos pertinentes ao diabetes *mellitus* na adolescência e na juventude. Posteriormente, o foco está no trabalho em grupo como um recurso motivador ao portador de DM na adolescência e na juventude. Por fim, a prática com as Oficinas de Intervenção Psicossocial, como um processo educativo e terapêutico.

No primeiro capítulo, portanto, tratou-se de conceituar a diabetes *mellitus*, seus tipos, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. No intuito de proporcionar o entendimento de que somente realizar o tratamento de forma adequada não é o suficiente para manter a saúde do portador, percebe-se que é necessária a inclusão destes no processo do cuidado de forma ativa, tornando-o sujeito detentor de conhecimento sobre sua doença.

Em um segundo momento, buscou-se a compreensão específica da realidade cotidiana, dos sujeitos adolescentes e jovens acometidos pelo DM. Sabe-se que nesta fase da vida, além de vivenciarem o processo do adolescer e da juventude, ainda são permeados por sentimentos e emoções em relação ao processo de adoecer, à aceitação da doença e às nuances necessárias para se obter uma boa qualidade de vida sendo portador de uma doença crônica, como o diabetes.

Para o terceiro capítulo, destinou-se a discussão acerca do campo das práticas grupais como ferramenta para contemplar as necessidades psíquicas, sociais e biológicas dos portadores de DM na adolescência e juventude. Ao recorrer a este recurso metodológico, além de promover a produção de um espaço de escuta, apoio e troca de experiências e conhecimentos, provocou-se a produção de autonomia e o autogerenciamento dos sujeitos.

Como último capítulo, abordou-se a Oficina de Intervenção Psicossocial - OIP, sendo esta prática escolhida para ser utilizada nesta pesquisa. Através desse método, foi possível criar um espaço terapêutico e educativo para os adolescentes e jovens diabéticos, com vistas a proporcionar melhor conhecimento de si e de sua doença.

No desenho metodológico desta pesquisa, optou-se, portanto, pela utilização de métodos de pesquisa qualitativa com viés participativo com a opção da prática de Intervenção Psicossocial. Desse modo, a pesquisa foi realizada em duas etapas de produção de dados, com a realização de Oficina de Intervenção Psicossocial e de entrevistas semiestruturadas. Ambas foram desenvolvidas com um grupo de adolescentes e jovens diabéticos no município de Tiradentes – MG.

Nessas etapas, buscou-se realizar um estudo junto com participantes do grupo formado à época do projeto de extensão desenvolvido no município em 2015. Assim, a pesquisadora e participantes puderam construir saberes acerca da situação estudada/vivenciada ao longo do processo de Oficina, além de compreender com os sujeitos da pesquisa a realidade psicossocial em questão.

Iniciou-se a execução do trabalho de pesquisa com a explanação das propostas e definições de diretrizes para a realização da Oficina de Intervenção Psicossocial. A realização

das atividades ocorreu em datas escolhidas a pedido e deliberação do grupo, assim como a definição dos temas, assuntos e formas de abordagem a serem seguidas.

Optou-se pela realização do trabalho em 04 (quatro) encontros constituintes da Oficina de Intervenção Psicossocial. Foram propostos os seguintes temas: “*Para início de conversa*”, “*Diante do espelho: o cuidado com o corpo e com a alimentação*”, na sequência, “*Vivendo com a doença - angústias e revoltas*” e por último, “*O futuro do diabético – quem faz o futuro somos nós*”.

Os temas propostos surgiram a partir do debate entre os participantes com o intuito de se criar espaços para expressar seus sentimentos em ser portadores de diabetes; de existir trocas de experiências; de possibilitar os debates acerca das inovações e cuidados que envolvem o diabetes *mellitus*, além do relato individual de suas experiências na vivência com a DM.

Ao término das etapas, os dados produzidos através da Oficina e das entrevistas semiestruturadas foram desenvolvidos a partir da análise de conteúdo. O agrupamento dos conteúdos produzidos se consolidou em 03 (três) categorias temáticas com suas subcategorias da seguinte forma: 1. A realidade do adolescente e jovem diabético na cidade de Tiradentes/MG; 2. A doença: seus significados e suas ressignificações; 3. Oficina de Intervenção Psicossocial: reflexões, vivências e expectativas.

Na primeira categoria procurou-se elencar aspectos que identificassem as maneiras de vivência, convivência e apoio para os enfrentamentos no viver com a doença. Pôde-se fomentar aspectos que contribuíssem para a compreensão desta realidade no município estudado, além de ser possível constatar as dificuldades do acometimento da doença na adolescência e juventude e papel da família nesse contexto. Esta categoria foi dividida em 03 (três) momentos: o viver com a doença, formas de apoio e enfrentamentos; os cuidados com a doença e, por último, as dificuldades e as necessidades com a doença.

Na segunda categoria, - A doença: seus significados e suas ressignificações -buscou-se compreender o significado da doença na vida dos adolescentes e jovens diabéticos, além da tentativa de identificação de mecanismos construídos para ressignificá-la, uma vez que se trata de uma doença crônica. Essa categoria será apresentada também em 03 (três) momentos: o primeiro, ressaltando a descoberta e o conhecimento da doença; num segundo momento, serão apresentados elementos referentes aos sentimentos e as emoções diante da doença; por fim, as perspectivas para o futuro a partir da percepção dos participantes da pesquisa.

A última categoria, com vista à aproximação entre objetivos deste estudo e o conteúdo produzido na pesquisa, chegou-se à divisão dessa categoria em quatro subcategorias: A produção de um “grupo”; O processo psicossocial na Oficina; Os impactos da participação na

Oficina de Intervenção Psicossocial como processo educativo e terapêutico e O processo educativo e terapêutico.

Com base nas análises realizadas, foi possível estabelecer algumas conclusões para este estudo. Dessa forma, a pesquisa com este público permitiu-nos reforçar a compreensão das questões vivenciadas e enfrentadas diariamente, tanto em âmbito emocional, quanto social e psíquico. Logo, a importância compreender o sentido de ser diabético na vida deste sujeito que adoece, estando nesta fase da vida. Entendeu-se que a maturidade diante da doença crônica deve ser considerada um processo contínuo e não estanque.

Percebeu-se, sobremaneira, que há necessidade de ações voltadas para este público. Uma possibilidade evidenciada foi a necessidade de se estabelecer programas de educação continuada em saúde, destinados a adolescentes e jovens diabéticos no município, além da produção de espaços para troca de experiências e de escuta qualificada.

Observou-se que existem elementos que podem ter influenciado a forma de perceber e vivenciar a diabetes, tais como o meio social em que o diabético está inserido; o posicionamento da família e, ou cuidador no trato com a doença e o tipo de suporte ofertado pela rede de assistência em saúde.

Sobre a significação e a ressignificação observou-se que, mesmo contando com participantes com distintos tempos de convívio com a doença, os processos parecem acontecer com todos os acometidos. Acredita-se que, por meio da compreensão da doença e da atitude de alguns participantes, pôde-se identificar novos sentidos para a experiência que estes vivenciaram. A apropriação da doença, como presente em diversas falas, pode indicar para a ocorrência desse processo.

Assim, a participação na Oficina pode ter subsidiado uma nova forma de se perceber perante a doença, família e sociedade. Dessa forma, pode-se observar um novo posicionamento de alguns jovens frente a questões que antes eram desconhecidas ou desafiadoras para eles.

Conclui-se ainda que a participação no grupo favoreceu tanto a partilha de informações técnicas, como de concepções acerca do enfrentamento da doença, o que pode vir a favorecer uma maior implicação dos participantes frente ao adoecer. O modo como cada sujeito realiza seu controle e seu acompanhamento diário forneceu subsídios para promover aprendizagem. As alternativas de apaziguamento diante dos agravos e as formas de tratamento utilizadas por cada sujeito conduziram os participantes a se expressarem diante dos outros. Por último, essa participação pode ter influenciado, ainda, na busca por melhorias frente ao suporte de assistência em saúde. Na sequência do texto, serão apresentados os elementos teóricos conceituais desta pesquisa.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O Diabetes *mellitus*

O avanço tecnológico, a globalização, somados ao estilo de vida sedentário que a maioria da população está exposta diariamente têm trazido impactos significativos à saúde. Especialmente, observa-se o crescente aumento no número de casos de diversas doenças crônico-degenerativas. Entende-se que estas estão associadas a fatores de risco relacionadas a uma série de alterações metabólicas, tais como obesidade abdominal, hiperglicemia (aumento da glicose na corrente sanguínea), hipertensão (aumento da pressão arterial) e dislipidemia (aumento dos triglicérides e diminuição do colesterol HDL).

Em geral, as doenças crônicas estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias, associadas a mudanças de estilo de vida em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

Portanto, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) estão aliadas a um conjunto de diversos fatores, sendo eles os fatores determinantes sociais e condicionantes, e os fatores de riscos individuais, que conduzem o sujeito à deterioração progressiva da saúde. De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (2015), estão inseridas as seguintes DCNT de maior impacto mundial: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas.

A partir dos anos 60, as denominadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) superaram os agravos infecciosos. O declínio das taxas de natalidade, o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população são fatores demográficos importantes nos últimos anos que contribuem para o crescimento das condições crônicas. Estimativas futuras apontam para um crescimento da incidência das DCNT, com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes *Mellitus* (DM) (Zanoni, 2014). Neste estudo, o foco direcionou-se especificamente para o diabetes *mellitus* (DM).

Esta doença é caracterizada pela deficiência ou nula produção de insulina, em que o pâncreas não consegue transformar o açúcar (glicose) que circula no sangue, em energia. Conseqüentemente, incidindo em hiperglicemias, isto é, taxa de açúcar elevada no sangue (Zanoni, 2014).

Para além das repercussões socioeconômicas relacionadas às complicações da doença, sabe-se também que o Diabetes *Mellitus* possui fatores de risco para morbimortalidade, e que sua incidência tem aumentado rapidamente em todo mundo, atingindo pessoas de diversas idades, desde crianças a idosos, tornando-se cada vez mais um problema de saúde pública.

De acordo com o Atlas Mundial do Diabetes desenvolvido pela *Internacional Diabetes Federation* (IDF), a população mundial acometida pela doença, no ano de 2015, foi da ordem de 415 milhões, com perspectiva para se alcançar 642 milhões de portadores em 2040 (IDF, 2015).

A América do Sul e a América Central possuem 29,6 milhões de portadores, ou seja, 9,4% da população adulta. Destes, 82% vivem em regiões urbanas e 81% vivem em países de baixa renda. Neste contexto, o Brasil tem o maior número de portadores de Diabetes, com 14,3%. Outro dado negativo diz respeito à inserção do país entre os cinco no *ranking* mundial com maior número de crianças portadores do DM Tipo 1 (IDF, 2015).

O documento enfatiza, ainda, as despesas públicas com a doença: as Américas gastaram 12% do seu orçamento total de saúde com adultos acometidos pelo diabetes. O Brasil, especificamente, gastou em torno de US \$ 21,8 bilhões com estes portadores (IDF, 2015).

Os dados indicam a necessidade de diagnóstico e tratamento precoce de indivíduos com DM, independentemente da idade, a fim de minimizar as complicações causadas pela hiperglicemia crônica, as quais causam um impacto direto no número de internações e nos gastos do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015), o DM é um importante problema na saúde pública, isto, pela frequência, evolução e pelas complicações, que ocorrem na maioria dos casos, comprometendo a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, além dos altos custos no tratamento e suas complicações.

Se por um lado, o estilo de vida vem sendo modificado em decorrência da globalização, do desenvolvimento das economias, urbanização, mudanças culturais e sociais, por outro, cada vez mais, as consequências de todas essas mudanças vêm acompanhadas também dos impactos econômicos. Os gastos financeiros com a reparação em diversos setores, como a área ambiental e de saúde, são uma realidade atual. Um exemplo é o aumento da procura pelos serviços de saúde para tratamento de novos casos e de complicações advindas de doenças crônicas. No caso do diabetes, com a quantidade de novos casos a cada ano, tem-se aumentado a demanda por medicamentos, ou mesmo para tratamento das complicações advindas do diabetes “descompensado” (Rezende, 2017).

Caso o tratamento do DM1 ocorra de modo correto desde o diagnóstico, permitirá que se alcance um bom controle metabólico, prevenindo complicações e garantindo uma integração favorável na vida social, escolar e profissional (Flora e Gameiro, 2016).

Usualmente, são descritos 03 (três) tipos da doença. O diabetes *mellitus* Tipo 1 (DM1), conhecida também como insulino dependente, diabetes infanto-juvenil ou diabetes imunomediado, que se caracteriza pela produção insuficiente de insulina do pâncreas, cujas células sofrem destruição autoimune. Por esses fatores, apresenta necessidade de injeções diárias de insulina para manter a glicose no sangue em valores normais (W. H. O., 2012).

O Tipo 2 (DM2) é chamado de Diabetes não insulino dependente ou Diabetes do adulto. Corresponde a 90% dos casos de Diabetes no mundo. Ocorre, geralmente, em pessoas obesas com mais de 40 anos de idade, embora na atualidade tenha surgido em jovens devido aos maus hábitos alimentares, sedentarismo e estresse. O Tipo 3 trata-se do Diabetes Gestacional, que acomete gestantes e tem a possibilidade de desaparecer após nascimento do bebê (W. H.O., 2012).

Os sintomas associados à diabetes *mellitus* estão relacionados com os níveis de açúcar no sangue, pois quando os níveis de açúcar estão elevados existem sintomas de hiperglicemia ou quando há uma diminuição dos níveis de açúcar os sintomas associados são de hipoglicemia. Dessa forma, as características que conduzem à suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga. (BRASIL, 2013)

O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com sobrecarga de 75 g em duas horas e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c) (MS, 2013). Portanto, é considerado diabético aquele paciente que obtiver 2 glicemias de jejum acima de 126 mg/dL ou, se na glicemia de 2 horas durante o TOTG, o valor for superior a 200 mg/dL. Além disso, em qualquer momento do dia, se o paciente tiver sintomas clássicos e a glicemia for maior que 200 mg/dL, confirma-se o diagnóstico de diabetes *mellitus* (SBD, 2015)

Em relação ao tratamento direcionado ao Diabetes, o Ministério da Saúde descreve que o acompanhamento das pessoas com DM deverá ser realizado de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do Diabetes, incluindo o apoio para mudança

de estilo de vida, o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, entende-se que o principal objetivo da insulinoterapia direcionado ao portador de DM 1 é proporcionar um mecanismo para a obtenção de um bom controle metabólico. Obviamente, em articulação com a prática de exercício físico e uma alimentação saudável, melhorando, assim, a qualidade de vida (APDP, 2015).

Sendo assim, ressalta-se que a condição crônica requer estratégias para lidar com os sintomas e para enfrentar as mudanças no estilo de vida, nas relações familiares e sociais. A pessoa diabética precisa adaptar-se e ter cuidados específicos que lhe proporcionem melhor qualidade de vida. Por isso, é imprescindível que os portadores de DM tenham conhecimento sobre os riscos relacionados ao seu problema de saúde e à necessidade do uso contínuo dos medicamentos, bem como sobre o controle dos sinais e sintomas da doença (Santos, Silva & Cardoso, 2009).

Nesse caso, fala-se do autocuidado, que é a capacidade de os indivíduos promoverem e manterem a saúde, prevenirem a doença e lidarem com a doença, com ou sem ajuda de profissionais de saúde. O autocuidado engloba a autovigilância, a automedicação e a autogestão (Baumann, & Dang, 2012).

Para tanto, a autovigilância diz respeito às técnicas de prevenção de hipoglicemias e hiperglicemias, ou seja, à monitoração dos níveis de glicemia, enquanto, o autocontrole diz respeito ao próprio indivíduo e suas ações para manter os níveis de glicemia desejáveis. Em outras palavras, é a gestão da medicação, alimentação e atividade física. A autonomia representa a competência do indivíduo para gerir a sua própria vida, isto é, a responsabilidade de tomar as suas próprias decisões e ser o principal responsável das suas ações. Logo, torna-se importante desenvolver esta competência, de modo a existir uma adesão ao tratamento, bem como uma gestão do autocuidado desejável (Flora & Gameiro, 2016).

Assim, o autocuidado no Diabetes implica que se façam adaptações nos diferentes aspectos do tratamento para manter um controle metabólico adequado, buscando a redução da probabilidade de complicações. Tais cuidados referem-se à adaptação da alimentação de acordo com as necessidades diárias, à atividade física regular, à administração e ajuste das doses de insulina e ao acompanhamento em consultas de vigilância periódica (Correr, Camargo, Martinelli, Negrato & Barrile, 2013).

Rezende (2017) ressalta que vale considerar que apenas o tratamento medicamentoso não é suficiente para manter a saúde e o controle da doença. Para isso, a abordagem terapêutica, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em

saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (Brasil, 2013).

Para a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), a adesão ao tratamento difere em relação à idade, ao gênero e à experiência de vida de cada indivíduo. Contudo, é uma das maiores dificuldades pela qual a pessoa com diabetes se depara no convívio com a doença, pois implica mudanças a nível da rotina familiar e pessoal. Dessa forma, é importante uma equipe multidisciplinar no tratamento da pessoa com diabetes, de forma a compreender o indivíduo biopsicossocial (APDP, 2015).

Além disso, é um diferencial para o cuidado do paciente que uma equipe multiprofissional o acompanhe regularmente e que desde o momento do diagnóstico seja trabalhada, juntamente ao tratamento medicamentoso, a educação em diabetes (American Diabetes Association, 2016).

Dessa maneira, o planejamento do processo de educação inclui a compreensão das implicações físicas, psíquicas e sociais, assim como de vivências que explicitem as dúvidas e mitos que prejudicam o contato real com a doença. Os elementos que fundamentam o processo de intervenção precisam considerar o indivíduo, na sua totalidade (Correr et al, 2013).

A adesão ao tratamento permite o controle do diabetes *mellitus* e prevenção de complicações. É imprescindível ao paciente o conhecimento e execução de tarefas de autocuidado. Monitoramento do índice glicêmico, adequação da alimentação, cuidado com os pés e prática de atividades físicas, englobam tais tarefas (Michels, Coral, Sakae, Damas & Furlanetto, 2010). A Organização Mundial da Saúde propõe, em relação ao diabetes, que o termo “adesão” refira-se ao envolvimento ativo e voluntário do paciente no manejo de sua doença (W. H. O., 2012).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2013) destaca que a educação em diabetes é um processo contínuo de facilitação e acesso ao conhecimento que estimula o desenvolvimento de habilidades necessárias para o autocuidado e para o gerenciamento do diabetes pelo próprio paciente.

Como destacado anteriormente, no caso específico da presente pesquisa, o foco de análise se direcionou para a DM1, cuja a ocorrência acomete crianças, adolescentes e jovens. Segundo estudos, este perfil requer maiores cuidados médicos e de educação em saúde para o automanejo, com vistas a prevenir complicações agudas e a reduzir o risco de complicações crônicas macro e microvasculares (Pennafort, Silva & Queiroz, 2014).

Ressalta-se, portanto, que o ter/ser diabético implica adequações específicas e o seu comprometimento em segui-las. Acredita-se que no momento em que o portador de diabetes

participa de seus planejamentos para o seu próprio cuidado, torna-se detentor do conhecimento de sua doença e de suas implicações com a mesma, pois as ações desempenhadas no período da adolescência e juventude influenciarão na vida adulta. Tal temática será tratada na próxima seção.

2.2 O diabetes *mellitus* na adolescência e na juventude

A adolescência é um período marcado por várias mudanças biológicas, sociais e psicológicas, em que os adolescentes vivenciam novos comportamentos e desenvolvem suas capacidades, apresentando necessidades específicas de saúde (Flora & Gameiro, 2016).

Além disso, entende-se que a fase da adolescência é o momento em que ocorrem transformações biológicas, psicológicas e sociais, em que a rebeldia e a insatisfação são marcantes da idade, sendo considerado, portanto, um processo delicado e de difícil manejo para todos os envolvidos. Nesse período, os adolescentes localizam-se em uma fase de autonomização referente à responsabilidade parenteral e marcha rumo à definição do *self* com a confirmação de que pertençam a grupos de pares (Pilger & Abreu, 2013).

O adolescente entra em um momento crucial quando se depara com um corpo de adulto, e precisa entrar nesse mundo deixando para trás o seu corpo de criança. Este mundo tão desejado, parece se torna agora assustador (Garvey et al, 2012).

Os valores, atitudes, hábitos e comportamentos que marcam a vida de adolescentes e de jovens encontram-se em processo de formação e cristalização. Os valores e o comportamento dos amigos ganham importância crescente na medida em que surge um natural distanciamento dos pais em direção a uma maior independência. Ao mesmo tempo, a sociedade e a família passam a exigir do indivíduo, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação à sua própria vida. Também os elementos que compõem o meio em que vivem adolescentes e os jovens, como os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e os sistemas legal e político, exercem influência sobre o modo como eles pensam e se comportam (Brasil, 2013).

Compreende-se, então, o processo de passagem da adolescência e da juventude para a vida adulta como um processo articulado de ações e de decisões dos sujeitos que, por seu turno, sofrem constrangimentos das estruturas sociais e econômicas e dos diferentes dispositivos institucionais (Brasil, 2013).

Esses sujeitos, portanto, embora procurem definir sua identidade pessoal e social, podem ainda não estar preparados para a quantidade de exigências e responsabilidades a que

são submetidos. Desse modo, segundo Silva et al. (2015), ao passo que tais cobranças permeiam os adolescentes, estes ainda têm que lidar com mudanças corporais, alterações de humor e uma bipolaridade de sentimentos e atitudes.

Ressalta-se que o diabetes remete a um processo específico dentro do contexto de desenvolvimento social dos adolescentes; a adaptação à doença é um processo constante e dependente das características individuais de cada pessoa. Na adolescência, as características próprias da idade, a rebeldia, a experimentação e a tentativa de controle do seu próprio destino são uma barreira à gestão do tratamento da doença (Fialho, Dias, Nascimento, Motta & Pereira, 2011).

Para muitos adolescentes, essa fase pode se configurar em uma etapa difícil e conflituosa, principalmente pelas particularidades que envolvem a afirmação consigo mesmos, com a família, com o grupo de amigos e com a sociedade. Entretanto, pode ser ainda mais complicada de ser vivenciada quando o adolescente precisa conviver com uma doença crônica, nesse caso, especificamente, com o diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) (Ferreira, Zanatta, Brumm, Nothaft & Motta, 2013). Logo, verifica-se que para manter uma boa gestão do diabetes, os jovens precisam de apoio da família, amigos, profissionais de saúde e sociedade.

O diagnóstico de diabetes é quase sempre motivo de ansiedade para o adolescente por se tratar de uma doença crônica, de etiologia incerta e que pode ocasionar complicações para sua rotina. Especialmente, porque ele se encontra numa fase de consolidação da personalidade e busca pela aceitação de um grupo social. Normalmente, após o diagnóstico, a pessoa tende a sentir alguma insegurança e desamparado devido ao desconhecimento da doença e das perspectivas de futuro (Fialho et al, 2011).

Esse adolescente portador do DM1 experimenta, na sua vida cotidiana, restrições sociais, o que exige estratégias de enfrentamento. As necessidades decorrentes da imersão nesse cotidiano implicam mudanças nos comportamentos e atitudes, que podem ser alcançadas por meio das ações intencionais e planejados junto aos próprios adolescentes. É necessário que estes primeiro devam ser vistos como indivíduos adolescentes e depois como diabéticos (Correr et al., 2013).

Portanto, o convívio com o diabetes necessita de disciplina, principalmente dos pacientes e de seus cuidadores, quando se tratam de crianças menores. Já a adolescência é uma fase de negação do paciente com diabetes e envolve todo o lado psicológico do paciente e da família (Oliveira, 2012).

Historicamente, os estudos sobre a doença focaram no controle metabólico como o principal indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados; na atualidade, a

autopercepção da doença é igualmente um fator determinante para a avaliação dessa qualidade. O controle metabólico e a qualidade de vida são dois aspectos importantes da abordagem do adolescente diabético. Nos adolescentes com melhor controle metabólico, a doença tem um menor impacto nas atividades da vida diária (Oliveira, Tito, Furtado & Rezende, 2016).

Percebe-se que, o diabetes influencia o cotidiano do adolescente, para incorporar as exigências do tratamento e o levar a reagir de forma diferente. Alguns aceitam a doença e assumem o autocuidado, outros se tornam rebeldes e aproveitam-se da condição para obter benefícios, outros convivem com sentimentos que oscilam da tristeza à esperança pela cura do diabetes (Ferreira et al., 2013).

Assim, até que o portador de diabetes aceite sua doença e se conforme com os parâmetros desta, os profissionais de saúde precisam buscar alternativas para o seguimento do tratamento e autocuidado, considerando os aspectos culturais e individuais de seus clientes (Freitas & Sabóia, 2007). Os adolescentes acometidos por essa doença apresentam-se limitados às dietas e as diárias aplicações de insulina, uma vez que sua imaturidade dificulta a adesão à nova condição de vida. Além disso, as situações de estresse provocam alterações hormonais que podem aumentar a taxa de glicose no sangue. Neste contexto, o adolescente se vê obrigado a usar a tão esperada independência em suas ações para o controle do processo de saúde / doença (Alencar & Alencar, 2009).

Dessa forma, o DM1, cuja ocorrência acomete crianças, adolescentes e jovens, requer maiores cuidados médicos e de educação em saúde para o automanejo de seus portadores, com vistas a prevenir complicações agudas e a reduzir o risco de complicações crônicas macro e microvasculares (Pennaft et al., 2014).

Em relação às alterações na vida dos jovens, estas são, particularmente, incômodas e contínuas, pois as exigências do tratamento perpassam por restrições alimentares, injeções múltiplas de insulina, necessidade de atividade física regular, dentre outros. Assim, a descoberta da doença e a necessidade de adoção de novos hábitos comportamentais e alimentares para o controle do Diabetes tende a dificultar a aceitação da doença, além de suscitar sentimentos de inconformismo e exclusão social, tanto para os adolescentes e jovens, como para a maioria dos diabéticos (Pennaft et al., 2014).

Ao se atender as mudanças que os jovens enfrentam nesse período da vida, é difícil manter uma adesão diária aos vários aspectos do tratamento da diabetes, conseguir um bom controle metabólico e manter uma boa qualidade de vida, mas o apoio das várias fontes de suporte é facilitador. À medida que os jovens começam a assumir maior responsabilização pelo seu autocuidado na diabetes e a família continua a fornecer suporte e supervisão (Garvey, 2012).

A não aceitação do tratamento, muitas vezes faz com que o adolescente torne-se resistente à aplicação da insulina e, assim, não aderente à terapêutica, já que não a segue corretamente. Essas dificuldades com o tratamento do DM1 podem ser decorrentes do desconforto causado pelas aplicações diárias de insulina, que leva os adolescentes a sentirem-se cansados e desmotivados para realizarem a terapêutica e fazerem a automonitorização dos níveis glicêmicos (Oliveira, et al., 2016).

Dentre as possibilidades que são descortinadas, a responsabilidade de lidar com as múltiplas tarefas impostas ao adolescente está potencializada nas condições que lhe são atribuídas, tais como: aceitação da condição, restrições sociais, insegurança diante da evolução da doença, medo da não aceitação social (Correr et al., 2013).

Nesse contexto, torna-se difícil e estressante para os adolescentes seguirem rigorosamente o tratamento para o controle metabólico do DM1, visto que eles estão vivenciando uma etapa da vida em que gostam de se sentire iguais aos seus pares e buscam constantemente viver dentro dos padrões normais de saúde expressos pela sociedade (Fragoso, Araújo, Lima, Freitas & Damasceno, 2010).

Para tanto, um sinal para se compreender a não adesão pode ser a percepção dos familiares acerca da não aceitação do diagnóstico pelos adolescentes, pois relaciona-se a atitudes e comportamentos que demonstram negação da doença, como afastamento do adolescente do convívio familiar, dependência dos familiares para realizar o tratamento e a vergonha de ter a doença, o que dificulta a realização dos cuidados com o DM1 (Oliveira, 2012).

Nesse sentido, as ações de educação em saúde estimulam o adolescente a buscar auxílio perante as suas demandas e favorecem uma maior aproximação, visto que devem ser consideradas as particularidades de cada grupo, bem como o entorno social no qual estão inseridos.

Por outra via, nota-se que apesar do considerável avanço de fármacos e dispositivos de controle para a doença, atualmente, o quadro epidemiológico do diabetes *mellitus* ainda não parece adequado frente ao aumento de casos registrados por órgãos de controle, merecendo destaque os portadores adolescentes e jovens.

Um elemento significativo no contexto da doença diz respeito ao papel da família, a qual é bastante importante na gestão da diabetes, principalmente durante a infância e a adolescência. No entanto, é na adolescência que apresentam dificuldades na adesão ao tratamento e no controle glicêmico, devido às constantes mudanças hormonais, à fase de descoberta e formação de personalidade, aos comportamentos de risco associados à idade, à

influência dos pares, ao conflito que poderá surgir na relação familiar. Tais fatores influenciam a gestão da diabetes (APDP, 2015).

A família, assim como, o adolescente, necessita se adaptar às novas rotinas e mudanças que o diabetes exige, sendo importante educar o portador e a família por meio do fornecimento de informação sobre o diabetes, do incentivo aos autocuidados, da responsabilização do acometido no cuidado de sua saúde e da promoção de sua autonomia (Serrabulho, Matos, Nabais & Raposo, 2015).

As experiências dos familiares de adolescentes com DM1 são permeadas por preocupações intensas com o estilo de vida do adolescente, com a preservação de bons níveis glicêmicos e com a possibilidade de progressão da doença (Oliveira, 2012).

As dificuldades no enfrentamento da terapêutica do DM1 pelos familiares envolvem a preocupação com a condição de saúde do adolescente. Quando essa preocupação é excessiva, faz com que o familiar superproteja o adolescente de possíveis riscos ocasionados pelo descontrole da doença. A superproteção dos familiares parece invadir a autonomia do adolescente, podendo contribuir para o surgimento de sentimentos de dependência, uma vez que o adolescente sente-se condicionado às decisões tomadas pelos familiares para a realização de suas atividades. O excesso de intervenções na rotina de vida do adolescente também pode levar ao confronto de opiniões com os familiares, pois nem todos os adolescentes aceitam pacificamente as imposições da família (Oliveira, 2012).

Além da dimensão familiar, no convívio em espaços sociais, tais como escola, grupos de colegas, áreas de lazer dentre outros são estabelecidas relações as quais, em muitos casos, podem servir de apoio ou mesmo serem desafiadoras à aceitação e vivência da doença. Estudos demonstram que o envolvimento da família de forma positiva, mostrando afeto e apoio contribui para que o familiar com diabetes sinta uma maior motivação para a mudança e apresente uma compensação da diabetes desejável (Pennafort et al., 2014).

No contexto escolar, por exemplo, os adolescentes e jovens portadores da síndrome metabólica crônica podem ter uma reação negativa diante da necessidade da interrupção de atividades escolares para realizar os cuidados com a doença. Em muitos casos, jovens relataram, inclusive, serem vítimas de *bullying* (Pennafort et al., 2014). Alguns adolescentes mencionam também problemas no convívio escolar, pois não receberam ajuda dos professores e sofreram discriminações de colegas. Ainda de acordo com esses autores, em estudo realizado por eles, todos os adolescentes estudados referiram algum tipo de discriminação, tanto na escola quanto entre amigos e familiares, sendo usualmente rotulados como doentes e sofrendo

comparações que influenciaram a autoestima, bem como, a criação de um sentimento de rejeição.

O adolescente e o jovem portadores do DM devem ser cercados por atendimentos com diversos profissionais com o objetivo de seguirem rigidamente o tratamento a fim de evitar as complicações e percalços advindos da doença. Dessa forma, acredita-se que os enfrentamentos vividos por este público ao assumir-se portador de Diabetes envolvem mecanismos de entendimento na ressignificação da doença em que as adaptações sugerem novas condições de reeducação, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais.

2.3 O trabalho em grupo como um recurso motivador ao portador de DM na adolescência e na juventude

Verificadas a dificuldade e a complexidade atreladas à diabetes, observa-se que unicamente o modelo biomédico não parece ser capaz de oferecer suporte integral aos acometidos pela doença. Por uma via complementar, acredita-se que ações educativas e terapêuticas com viés psicossocial podem ofertar elementos significativos aos portadores.

Dessa forma, sabe-se que as implicações da doença não são restritas somente ao contexto biológico, mas devem ser consideradas a partir de uma perspectiva mais ampla e complexa, sendo privilegiada a concepção de um ser biopsicossocial, pois, além de sua morbimortalidade, verifica-se ainda os impactos que afetam a qualidade de vida dos diabéticos na adolescência e juventude.

As interações que os adolescentes e os jovens experimentam e estabelecem com o meio social à sua volta, com as pessoas e profissionais de saúde podem contribuir para transformar o modo de se comportar e enfrentar a doença. Consequências contraproducentes são minimizadas e esses jovens e adolescentes tornam-se mais capazes de enfrentar com flexibilidade as limitações e o tratamento, além de efetuar as mudanças necessárias ao seu dia a dia (Pennafort et al., 2014).

Assim, percebe-se que o suporte é efetivamente oferecido por vínculos fortalecidos que compõem sua rede social. Em geral, constituídos pelos familiares, os profissionais da saúde e os amigos, especialmente os colegas da escola (Silva et al., 2015).

Em estudo recente, pesquisadores indicaram a importância de se conhecer outros jovens com o mesmo problema, o que os ajudam a não se sentirem diferentes. As vantagens do relacionamento e do convívio com outros jovens e com os profissionais de saúde se estabelece

pela relação de confiança. Estas realçam as atitudes dos profissionais em termos da atenção, da paciência, do atendimento e da importância que dão ao fato de os jovens se sentirem bem com eles próprios (Serrabulho et al., 2015).

Entende-se que falar sobre si em um contexto no qual ainda permeiam muitos preconceitos e tabus não é nada fácil. No entanto, faz-se necessária a criação de espaços em que se possam compartilhar sofrimentos e sentimentos, muitas vezes presos por toda vida pelo medo do julgamento e preconceito do outro, ou ainda por causa de uma rede de apoio empobrecida (Berni & Roso, 2014). Sendo assim, para que a atenção em saúde seja integral e eficaz, os profissionais devem ser uma fonte significativa de apoio social, de modo que precisam superar a fragmentariedade do cuidado e trazer para o foco das ações suas necessidades psicossociais (Silva et al., 2015).

Desse modo, deve-se, primeiramente, compreender a complexidade envolvida no contexto da doença, buscando, inclusive, ampliar a conceituação da diabetes com apelo psicossomático. E não meramente por seu viés biomédico, como tradicionalmente é concebida a doença.

Pennafort et al. (2014) menciona que diante dessa realidade, as ações dialógicas e emancipatórias, distintas das metodologias de tratamentos tradicionais, representam estratégias de apoio, aprendizado, independência e motivação para o autogerenciamento do cuidado. A oferta de espaços em que os adolescentes e jovens possam expressar e compartilhar seus modos de ver e vivenciar a DM possibilitaria a produção de processos de ressignificação que favoreçam novas práticas educativas e terapêuticas baseadas na autonomia e na responsabilidade do paciente em relação à sua doença.

Destarte, na assistência ao adolescente e ao jovem diabético, o cuidado deve contemplar não somente os aspectos técnicos, como também as necessidades emocionais e sociais, visando impacto positivo na vida pessoal e familiar, colocando em evidência o papel da família (Pennafort et al., 2014) e também dos grupos de convívio destes portadores da doença. Portanto, nesta busca pelo bem-estar do diabético a família, os círculos de amizade e convívio, os profissionais de saúde e a escola parecem ser partes fundamentais na construção e manutenção da saúde tendo como função básica o apoio, segurança e a proteção do mesmo.

Sendo assim, fatores psicossociais merecem atenção nesse cenário, o que pode indicar a necessidade de uma melhor compreensão do contexto grupal desses adolescentes e jovens no enfrentamento e vivência da doença. Tem-se refletido sobre as contribuições de um modo de cuidar calcado na consideração das implicações psicossociais da doença e para ela, bem como no tratamento. É ouvindo o sujeito que experiência a doença, compreendendo suas

histórias, suas crenças e hábitos, que se tem buscado traçar intervenções pertinentes a cada sujeito, no âmbito individual (Rezende, 2017).

Negativamente, percebe-se que, em muitas instituições públicas que atendem adolescentes e jovens diabéticos, parte dos profissionais ainda permanecem voltados para o controle glicêmico, em detrimento dos aspectos existenciais, dicotomizando seu corpo entre ser diabético e ter diabetes, numa clara demonstração que o cuidado ainda é mais voltado para doença do que para o ser que a possui (Fragoso et al., 2010).

Por outra via, faz-se necessário provocar mais escuta e descobrir maneiras de sensibilizar e disseminar conhecimentos entre adolescentes com DM1, para que possam conceituar experiências e assumir o autocuidado (Freitas & Sabóia, 2007).

Sabe-se que as mudanças de atitudes são difíceis, lentas, envolvem aspectos culturais do indivíduo e exigem ainda maior grau de informação. No contexto de adoecimento, atividades em grupo podem ser complementares ao processo de tratamento, pois propiciam a cada um dos participantes constante troca de informações, favorecem o esclarecimento de dúvidas e atenuam as ansiedades, por meio da convivência com pessoas com problemas semelhantes.

Nesse sentido, a ampliação nas possibilidades de apoio e suporte ao diabético devem ser melhor compreendidas e utilizadas em benefício de seus enfrentamentos e compreensão na vivência com a doença. Esse fato deve ser uma tônica ainda mais evidente no caso de adolescentes e jovens. O fato de ser adolescente e aceitar-se como indivíduo “doente”, diferente de seus pares é, por si só, penoso, pois implica ser alguém vulnerável e socialmente desvalorizado. Logo, pelo caráter crônico da doença, necessita-se de um amplo processo reflexivo acerca de suas rotinas e projetos. (Freitas & Sabóia, 2007).

Freitas e Sabóia (2007) relatam ainda que um ponto fundamental nesse tipo de tratamento é a modificação do estilo de vida, incluindo alterações dietéticas e aumento da atividade física. Entretanto, o que se deve questionar a partir dessa afirmação é o modo como essa “modificação” será realizada junto ao portador da doença. Ou seja, a mudança que se pretende deverá ocorrer de modo que o adolescente e o jovem sejam passivos ou ativos nesse processo de adaptação?

Em busca de autonomia e perspectivas positivas e em resposta a esse questionamento, acredita-se que em atividades educativas com o adolescente portador de DM, o objetivo do “cuidador” deveria ser menos cuidar e mais incitar o desejo de cuidado, ou melhor, provocar no outro o desejo de cuidar de si, envolvendo um processo de transformação contínua (Pennafort et al., 2014). Assim, compreender como o adolescente lida com a doença torna-se

primordial para que a equipe de saúde possa propor intervenções que sejam realmente eficazes no cuidado desse adolescente (Fragoso et al., 2010).

Rezende (2017) aponta que a implicação do sujeito com o próprio tratamento, a partir da informação e da conscientização são formas de desenvolver ações comprometidas com a possibilidade de ser sujeito, com o acolhimento e o cuidado.

Nota-se que ao se envolver todos os aspectos referentes ao tratamento, o conceito de adesão passa a ser entendido, então, como um constructo multidimensional, que envolve a aderência a todos os componentes do regime terapêutico, para garantia do controle metabólico (Ferreira et al., 2013). Sendo assim, as adaptações e a criação de estratégias diferenciadas de enfrentamento são necessárias para o estabelecimento e a aquisição de um equilíbrio na vida das pessoas envolvidas no processo de adoecimento. Dessa forma, de acordo com o Ministério da Saúde, as atividades grupais devem ter prioridade nesta faixa etária, devido ao caráter terapêutico que o grupo possui, tornando-se um espaço preferencial para a promoção da saúde (Brasil, 2013).

Ao se pensar em promoção da saúde, os adolescentes deveriam ser incentivados a constituírem grupos prioritários em todas as regiões do mundo, em razão dos comportamentos que os expõem a diversas situações de riscos para a saúde. Nesse período de transição da infância para a vida adulta, ocorrem intensas transformações cognitivas, emocionais, sociais, físicas e hormonais. Nessa época da vida, crescem a autonomia e independência em relação à família e a experimentação de novos comportamentos e vivências. Dessa forma, assuntos de interesse para este público são as ações de educação em saúde, que se conceituam como ferramenta de prevenção e promoção à saúde, e priorizam a autonomia e o desenvolvimento do pensamento crítico dos indivíduos (Flora & Gameiro, 2016).

Logo, atividades grupais podem ser positivas e trazer benefícios para as dificuldades advindas da doença, tais como a vivência e conhecimento através da experiência partilhada entre outros portadores da doença. Segundo Oliveira et al. (2016), ao fazer parte de um grupo, os participantes desenvolvem vínculos e identificações entre os membros, auxiliando na ressignificação de experiências. O paciente diabético encontra no grupo de pessoas que têm experiências semelhantes às suas e que muitas vezes podem apresentar soluções para as situações geradoras de ansiedade.

Nesse sentido, com vistas à produção desse espaço de escuta, Pichón-Riviere (1998) aponta que o grupo permite a coparticipação de todos os membros na busca da apreensão do objeto do conhecimento, já que o pensamento e o conhecimento não são fatos individuais, mas produções sociais. Ressalta-se que o grupo é o contexto onde se pode reconstruir e criar

significados, vivenciar e ressignificar questões, através da troca de informações, do *insight*, da identificação e outros processos. Afonso, Viera-Silva e Abade (2009) apontam que o grupo funciona como um campo de referências cognitivas e afetivas, em que o sujeito se integra e se reconhece, podendo tanto bloquear, quanto estimular processos criativos e críticos. Reconhece-se assim, o grupo como parte de um contexto sócio-histórico que situa os problemas e seus enfrentamentos em diferentes níveis.

A vivência em grupo caracteriza-se por uma tarefa informativa, a partir da comunicação de conhecimentos, mas que não se limita a esta, ou seja, vai além disso, principalmente por desenvolver uma tarefa formativa, que é a de promover modificações de atitudes através da elaboração dos significados, sentimentos e relações presentes no campo grupal (Pichon-Rivière, 1998).

Sendo assim, para elucidar o processo grupal, o mesmo é representado por um cone invertido em um movimento de estruturação, desestruturação e reestruturação de um grupo. Dentro desse cone pode-se representar o movimento que acontece entre o desejo de mudança, de entrar em contato com o novo e os medos e ansiedades que levam à resistência. Entre o que está explícito no grupo e o que está implícito, seus conteúdos manifestos e latentes. Tal movimento acontece em idas e voltas no que Pichon-Rivière (1998) denominou espiral dialética.

Bastos (2010), aponta que este é um instrumento que visualiza uma representação gráfica em que estão incluídos 06 (seis) vetores de análise articulados entre si, que possibilitam verificar os efeitos da mudança.

Afonso (2006) esclarece os vetores do cone invertido. A *afiliação* é o nome dado quando a inclusão no grupo se limita a uma inclusão formal. Já o *pertencimento* diz respeito ao grau de identificação dos membros do grupo entre si e destes com a tarefa, ao sentimento de identificação, ao “nós” do grupo. As identificações sustentam a cooperação no grupo. A *cooperação* pressupõe reciprocidade e se dá através do desempenho de diferentes papéis e funções. A rigidez nos papéis cria obstáculos à cooperação, acarreta frustração e fechamento. Cooperar não significa concordar sempre, mas fazer negociações em torno de objetivos em comum. Exige comunicação, o que envolve possibilidades e conflitos. Para se estimular a aprendizagem, é preciso elaborar o que se chama de “mal-entendido” no grupo e dinamizar a comunicação em torno dos objetivos e ideais. A *aprendizagem* vai além da incorporação de informações. Requer o desenvolvimento da capacidade de criar alternativas para os problemas. Compreendendo os seus obstáculos à comunicação, o grupo melhora a sua aprendizagem e dispõe-se à ação conjunta. A *tele* refere-se às relações no grupo, tais como são percebidas e

vividas. É uma disposição para atuar em conjunto e, assim, pode ser positiva ou negativa. A *pertinência* refere-se à produtividade, à realização de objetivos de forma pertinente ao contexto, e se diferencia tanto do conformismo social quanto de pretensas soluções idealizadas e fora do contexto.

Sendo assim, a tarefa de acordo com Pichon–Rivière (1998), é o andar do grupo a uma finalidade, sendo essencial para o processo grupal. O autor aludiu a tarefa como algo onipresente, de modo que todo grupo se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa que constitui seu objetivo ou finalidade.

Ainda segundo Pichon-Rivière (1998), uma das principais tarefas do grupo é a constituição de um ECRO – Esquema Conceitual Referencial e Operativo. À medida que se vai delineando o ECRO do grupo, abre-se espaço para a promoção da ressignificação dos conceitos (Medeiros & Santos, 2011).

Abade e Lima (2009) apontam que o grupo precisa compartilhar concepções sobre a realidade e construir referências para o trabalho conjunto. É nessa direção que a comunicação e aprendizagem vêm a acontecer, ou seja, na direção das referências que o grupo vai construindo coletivamente, com a superação dos desafios, obstáculos e mal-entendidos que permeiam esse processo. A comunicação é o trilho para a aprendizagem e a aprendizagem o trilho para a comunicação. É preciso um tempo e espaço para expressão dos pensamentos e sentimentos individuais e um esforço grupal para articulação destes e elaboração do ECRO grupal.

Nessa direção, cada membro é uma parte do grupo que vem para este com inúmeros conteúdos que, ao se articularem com o conteúdo dos outros membros, compõem novas imagens, multiplicando cenas e sentidos do conteúdo de cada um no contexto grupal (Okamoto, 2017). Assim, cada integrante do grupo comparece com sua história pessoal consciente e inconsciente, isto é, com sua *verticalidade*. Na medida em que se constituem em grupo, passam a compartilhar necessidades em função de objetivos comuns e criam uma nova história, a *horizontalidade* do grupo, que não é simplesmente a somatória de suas verticalidades, pois há uma construção coletiva resultante da interação de aspectos de sua verticalidade, gerando uma história própria, inovadora que dá ao grupo sua especificidade e identidade grupal.

De acordo com Afonso (2006a), a formação de um grupo é o contexto em que se pode reconstruir e criar significados, bem como vivenciar situações e relações traumáticas sob a luz das relações grupais.

Nesse sentido, para que o adolescente acometido pela DM saia do lugar de ouvinte e mero espectador do seu problema de saúde, torna-se necessário colocá-lo no lugar de autor, realizador e criador de ações para modificar e/ou adequar seu estilo de vida. Sendo assim, a

participação em grupo e oficina que abordem temas e assuntos de seu interesse tornam-se de suma importância nesse processo de autoconhecimento e adaptação do ser diabético.

A intervenção psicológica com a população com diabetes tipo 1 tem como uma das suas principais funções a promoção de saúde e a adoção de comportamentos saudáveis. Os fatores associados à adesão ao tratamento estão relacionados a fatores do próprio indivíduo, como a idade, o humor negativo, o *locus* de controle, a representação cognitiva da própria pessoa, e de fatores relacionados com a própria diabetes (Ferreira et al., 2013).

Na prática de saúde coletiva, a proposta de se fazer grupos premissa, principalmente para os profissionais da área da saúde que buscam trabalhar as questões de prevenção, promoção e proteção à saúde dos indivíduos. Entretanto, nota-se que existe um desvirtuamento em relação à utilização do termo “grupo operativo”, pois esses trabalhos educativos em grupo geralmente estão direcionados aos portadores de doenças crônicas, como por exemplo, hipertensos e diabéticos, sendo nomeados como grupo operativo de Hipertensos, ou Diabéticos, ou ainda Hiperdia (Santos et al., 2016).

Esses espaços denominados por “grupo operativo” têm sido utilizados, em muitos casos, como momento para trocas de receitas, consultas e palestras. Santos et al. (2016) aponta que diante das dificuldades e limitações da prática grupal, em sua pesquisa, foi possível observar que o grupo, muitas vezes, é reduzido a um “espaço informativo” e não agregador de conhecimento. Nesse sentido, reduz-se o integrante, ou usuário a um mero aprendiz dos sintomas das doenças ou agravos. Distorce-se, portanto, a lógica do grupo como promotor da saúde, ou seja, o grupo passa a ser visto muito mais como dispositivo de promoção ou manutenção da doença e não da promoção de saúde.

Sendo assim, ao se abordar a temática grupo operativo, torna-se indispensável atrelar o conceito ao referencial teórico-técnico de Pichon-Rivière, o que não tem ocorrido na maioria das vezes, como destacado por Santos et al. (2016).

Desse modo, as práticas grupais devem ser entendidas como um tipo de intervenção, sendo apontada como uma ação efetiva quando os profissionais a compreendem não apenas como somatória de pessoas, e nem tampouco como um espaço de reprodução de conteúdo predeterminados. O desenvolvimento dos grupos não deve estar centrado apenas em métodos que reproduzam as palestras, ou no processo informativo em que não há a participação dos usuários, é preciso avançar na valorização do saber dos integrantes de um grupo, na relação dialógica entre os conhecimentos de todos os envolvidos (Santos et al., 2016).

O estudo de Rocha (2014) revela que a menção dos enfermeiros à expressão dinâmica de grupo refere-se a brincadeiras e jogos, e não ao seu real significado como um campo de

pesquisa voltado para o estudo de todo o processo grupal com suas leis e relações. E ainda, ressalta-se que o que favorece o enfermeiro é, sem dúvida, a base da formação no campo educativo adotado nas mais diferentes atuações e situações. Mas quanto ao direcionamento e conhecimento sobre o processo grupal e a dinâmica de grupo, a graduação ainda falha nesse quesito, dada a subutilização ou uso de modo equivocado, como indicado anteriormente. Verifica-se que esse mecanismo de apoio parece não ter sido utilizado de modo efetivo frente ao tratamento dos diabéticos, em especial nas idades juvenis.

Por outra via, a Intervenção Psicossocial, no caso da diabetes, centra-se na prevenção secundária, ou seja, busca identificar os fatores de risco. E, assim diminuir a prevalência da diabetes e a mortalidade associada, permitindo assim o restabelecimento da saúde ou então uma melhor qualidade de vida dentro das limitações existentes. Porém, na prática de saúde as palestras, de orientação cognitivo-comportamental são as mais utilizadas para a educar o paciente, fornecendo informações acerca da diabetes, desmistificando mitos associados e potenciando a auto eficácia do paciente (Ferreira et al., 2013).

Santos et al. (2016), afirma que apesar dos relatos revelarem a compreensão da importância dos grupos, alguns dos entrevistados apontam que essa estratégia demanda tempo e habilitação. Nesse contexto, é fundamental discutir sobre a capacitação dos profissionais para lidar com práticas grupais.

É fato que equipes que se baseiam em outras técnicas metodológicas de grupo ou até mesmo que não possuem embasamento teórico podem ainda alcançar bons resultados em experiências de grupo. No entanto, a técnica dos grupos operativos destaca-se por ser uma ferramenta de incorporação do saber caracterizada pela didática horizontal, que torna o indivíduo um agente ativo e responsável de mudança de hábitos (Ferreira, *et al*, 2013).

Para tanto, o grupo operativo propõe trazer para as reuniões o espaço cotidiano de cada um, proporcionando um fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade e garantindo um acesso mais fácil. Soluções melhores e mais efetivas que atendam às necessidades de todos só podem ser sugeridas e concretizadas quando todos os integrantes da equipe entendem a sua importância individual e coletiva no todo e adotam a prática ativa dentro desse processo de trabalho, contribuindo, cada um, com suas ideias e experiências (Menezes & Avelino, 2016).

Como forma de contemplar as dimensões grupais e o contexto em que os portadores de DM estão envolvidos, no presente estudo, sabendo que as oficinas são estratégias de atuação grupal, optou-se pelo campo da Psicologia Social, com a utilização da prática de Intervenção

Psicossocial, sendo as Oficina a proposta escolhida para se trabalhar com adolescentes e jovens diabéticos na cidade de Tiradentes-MG.

2.4 A prática com as Oficinas de Intervenção Psicossocial como processo educativo e terapêutico ao portador de DM adolescente e jovem

Entende-se que o trabalho com oficinas direcionadas aos adolescentes e jovens torna-se um desafio a ser cumprido com vistas a apoiar e subsidiar os enfrentamentos do ser diabético. Sendo assim, buscou-se na literatura trabalhos direcionados a este público, sendo estes, os capazes de propiciar autorreflexão do portador, em que a oficina possa lhe proporcionar apoio terapêutico e educativo.

Desse modo, a oficina propicia espaço para incentivar a transformação das tradicionais práticas de educação em saúde e repensar novas práticas que garantam a superação das situações dos limites existentes, empecilhos para uma melhor qualidade de vida. Sendo assim, a idéia do trabalho em grupo, é considerado como um dos dispositivos pedagógicos que dinamizam o processo ensino-aprendizagem e estimulam o comprometimento criativo de seus integrantes (Alberti et al, 2014).

Almeida e Soares (2010) realizaram um estudo etnográfico desenvolvido junto a 13 (treze) pessoas diabéticas participantes de grupo de uma Unidade Básica de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais. Nesse estudo, foi possível elaborar as ansiedades, os significados, os sentimentos e as relações presentes no espaço do grupo. Como resultado, os pacientes desenvolveram ou modificaram suas atitudes, adquirindo certa autonomia no cuidado da diabetes e a conquista no manejo dessa condição.

Em estudo junto a um grupo de diabéticos Oliveira (2012) identificou que o uso de oficinas foi um instrumento facilitador do fortalecimento de vínculos, um espaço que propiciou o desenvolvimento da comunicação, cooperação, crescimento, união e aprendizagem entre os envolvidos no processo.

Ainda para a autora, atividades em grupos podem ser positivas para o tratamento e os enfrentamentos do diabetes *mellitus*, pois, ao fazer parte de um grupo, os participantes desenvolvem vínculos e identificações entre os membros, auxiliando na ressignificação de experiências. Desse modo, o paciente diabético encontra no grupo pessoas que têm experiências semelhantes às suas, e que podem apresentar soluções para as situações geradoras de ansiedade (Oliveira, 2012).

Outro estudo realizado foi executado por Caires e Araújo (2013), desenvolvido com adolescentes diabéticos de 11 a 19 anos. A estratégia educativa grupal mostrou-se adequada, pois mesmo sem se conhecerem uns aos outros, os adolescentes expuseram seus problemas e dificuldades sem temer ressalvas ou posições contrárias, porque quase sempre encontravam em outros adolescentes um certo "apoio", pois tinham vivido situações semelhantes.

Para Silva et al. (2015), os grupos educativos auxiliam a desenvolver capacidades e habilidades que estimulam a participação e o autogerenciamento da doença. Com a intervenção educativa e a dinâmica em grupo, foi possível dispor de maior interação e troca entre os participantes, no manejo de hábitos saudáveis, enfrentamento e adaptação à situação de diabético e tratamento da doença, partilha que traz mudanças positivas acerca de mudanças nos hábitos.

Para Menezes e Avelino (2016), é indispensável que os profissionais da saúde discutam e aprendam sobre os fenômenos grupais, pois a organização desses grupos como modalidade de atenção coletiva é cada vez mais necessária no Sistema de Saúde, principalmente como prática educativa e preventiva na Atenção Primária.

As oficinas podem criar um espaço de discussão, conhecimento, construção e de troca de experiências a serem compartilhadas entre os envolvidos nesse processo. Afonso (2006a) aponta que a Oficina deve ser um trabalho aceito pelo grupo, e nunca imposto. Isso pode significar que o grupo, como um todo, encomende a intervenção ou que, diante da proposição da Oficina por um terceiro, venha a aceitá-la e dela se apropriar. Tal premissa básica é utilizada nesta pesquisa, como será apresentado na sequência.

Afonso (2006a) aponta que a Oficina proporciona uma maior compreensão de si e do outro, a reflexão sobre o contexto, visando o *insight* e a elaboração de questões relevantes nesse contexto que possam vir a fortalecer o movimento de autonomia dos sujeitos.

A oficina articula 03 (três) dimensões: psicossocial, clínica e educativo-reflexiva, enfatizando-se que todas elas estão sempre presentes nos diferentes grupos sociais (Afonso, 2006; Afonso et al., 2009).

Assim, é um encontro que favorece a negociação, nem sempre consensual, de versões sobre o mundo e sobre nós próprios. Ela se configura, antes de tudo, como jogos de linguagem, de base retórica, orientados pelo poder, ou seja, em “jogos de verdade”, que situam, caracterizam e inscrevem processos de subjetivação (Spink, Menegon & Medrado, 2014).

O objetivo de uma oficina é a elaboração que se busca e que não se restringe apenas a uma reflexão racional pelo fato dos sujeitos serem envolvidos de maneira integral. Portanto, em uma oficina utiliza-se da informação e da reflexão. Essa característica lhe confere uma

dimensão pedagógica e uma dimensão terapêutica. A dimensão pedagógica possibilita e incentiva o processo de aprendizagem a partir de sua experiência e de acordo com a demanda do grupo e, por sua vez, a dimensão terapêutica propicia o trabalho com significados afetivos e com a vivência. (Afonso & Fadul, 2015).

Em seguida, as autoras indicam que a modalidade de oficina como estratégia educativa de tratamento em saúde proporciona aos usuários um momento de diálogo com trocas de experiências e saberes, tornando o ambiente mais familiar, favorecendo a reflexão sobre sua realidade e a construção de novos conhecimentos (Afonso & Fadul, 2015).

Para Afonso (2006a), as oficinas de grupo têm como objetivo trabalhar de forma estruturada com um grupo, independentemente do número de encontros, tendo como foco uma questão central que todos se propõem a elaborar em um mesmo contexto social. Ainda segundo a autora, as oficinas podem ser muito úteis na área da saúde, pois apresentam um papel importante na aprendizagem, uma vez que busca informações e reflexões, abordando também significados afetivos e as vivências relacionadas ao tema do grupo (Afonso, 2006 a). Logo, um dos aspectos que define uma oficina é sua proposta de aprendizagem compartilhada, por meio de atividade grupal, com o objetivo de construir coletivamente o conhecimento.

Para Spink et al. (2014), o que produzimos em uma oficina escapa à mente isolada de um indivíduo ou à produção singular de um falante. São produtos da interação, portanto, parciais, situados e móveis. Constituem práticas discursivas que tomam corpo no coletivo, inauguradas a partir do convite feito pelo pesquisador e enredadas, posteriormente, nas diferentes formas de inscrição que esse pesquisador possa produzir, orientadas no processo de análise, por suas questões de pesquisa e pela literatura sobre a qual sustenta seus argumentos.

Entretanto, é necessário considerar que a produção dos conhecimentos é lenta e progressiva e requer continuidade do processo educativo, tanto no âmbito individual como no coletivo, que não deve ser visto como um empecilho ao desenvolvimento grupal, mas sim um fato a ser considerado durante todo o processo.

Basicamente, a Oficina possui dois pilares de ação: (a) a potencialidade terapêutica, já que facilita o insight e a elaboração sobre questões subjetivas, interpessoais e sociais; e (b) a potencialidade pedagógica, em que deslança um processo de aprendizagem, a partir da reflexão sobre a experiência. Ela é capaz, portanto, de permitir ao sujeito elaborar o conhecimento sobre o mundo e sobre ser no mundo, ou seja, sobre si mesmo. A elaboração produzida na oficina envolve, além de uma reflexão racional, os sujeitos de uma maneira geral, suas formas de pensar, sentir e agir (Afonso, 2006a).

Os efeitos da oficina não se limitam ao registro de informações para pesquisa, uma vez que sensibilizam as pessoas para as temáticas trabalhada, possibilitando aos seus participantes a convivência com a multiplicidade (nem sempre harmônica) de versões e sentidos sobre o tema (Spink, et al, 2014).

Desse modo, em se tratando de oficinas com a temática de Diabetes, o papel dos profissionais da saúde deverá ser o de interlocutores, de facilitadores da discussão e da reflexão. Além de que a prática educativa deve visar o desenvolvimento dos sujeitos autônomos, incentivando a independência para o cuidado de si e a incorporação de comportamentos que promovam sua saúde, desenvolvendo indivíduos conscientes e livres (Freitas & Sabóia, 2007).

Afonso e Fadul (2015) apresentam uma proposta de trabalho com Oficina de Intervenção Psicossocial (OIP) que poderia ser utilizada no nível de Proteção Social Básica (PSB) do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), especialmente considerando o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Nesse trabalho, as autoras buscam ressaltar a importância das metodologias participativas e do diálogo interdisciplinar no SUAS, fazendo especial referência à Psicologia Social e à Intervenção Psicossocial.

Ainda para as autoras, a Intervenção Psicossocial, *práxis* da Psicologia Social, nasce interdisciplinar. Aborda processos de transformação em contextos sociais diversos a partir da análise crítica das estruturas e das relações sociais, do cotidiano, das instituições, da escuta qualificada e do trabalho com os sujeitos individuais ou coletivos, suas crises, demandas e projetos. A transformação social é um campo atravessado por múltiplos saberes e a Psicologia Social se reconhece como um deles, na articulação com outros tantos (Afonso & Fadul, 2015).

A Intervenção Psicossocial orienta-se para processos de mudança em contextos diversos, com base na demanda dos sujeitos envolvidos e na análise crítica das relações sociais no cotidiano dos grupos, instituições e comunidades (Afonso, 2011).

As intervenções possuem, portanto, caráter também político, ao contribuírem para o questionamento de representações tradicionais e ao favorecer sua reelaboração. Entende-se que a promoção da saúde inclui a mobilização para a compreensão e transformação da realidade social (Gonçalves, Saadallah & Queiroz, 2015).

A Oficina de Intervenção Psicossocial (Afonso, 2006; Afonso et al., 2009) é uma metodologia que tem sido utilizada no contexto de intervenção em políticas públicas, como na saúde e assistência social. O termo *oficina* expressa o seu caráter operativo, em que é desenvolvido um trabalho com as demandas, as identidades sociais as relações e processos do grupo.

A OIP, tal como trabalhada por Afonso (2006), é herdeira do Grupo Operativo, de Pichon-Rivière, dele conservando diversas concepções, tais como tarefa externa e interna, ECRO e vetores do processo grupal. Para além, a Oficina de Intervenção Psicossocial busca fazer uma articulação teórico-metodológica, incluindo outros autores, agregando uma dimensão psicossocial (relações de poder e comunicação, articulações com o contexto, processos, discursos e projetos de mudança, identidades sociais, etc.); uma dimensão clínica (investimentos, desejo, relações subjetivas e intersubjetivas, medo da mudança, defesas, efeitos nas identidades individuais e no grupo; etc.) e uma dimensão educativo-reflexiva (informação, transmissão, relação do conhecimento com processos de transformação, etc.) (Afonso & Fadul, 2015).

É importante ressaltar que a oficina como método de Intervenção Psicossocial leva em consideração os aspectos subjetivos e individuais de cada participante e do grupo de uma forma geral (Abade & Lima, 2009).

Afonso e Fadul (2015) ressaltam que o principal objetivo da Intervenção Psicossocial não é um projeto predefinido de mudança pautado em uma racionalidade técnica, e sim o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. Mesmo quando referenciada em conhecimentos técnicos, a mudança é um processo que deriva do desejo de autonomia e que deve oferecer condições para o seu desenvolvimento.

Lévy (2001) aponta que a Intervenção Psicossocial assume o interesse pela mudança social e pelas escolhas dos sujeitos, como processos grupais e coletivos, com efeitos de e sobre a linguagem, sendo que o próprio discurso é um lugar de mudança. Essa mudança é do social e dos sujeitos e precisa estar associada aos seus processos de autonomia.

Sendo assim, Afonso (2011) resalta que na Intervenção Psicossocial há uma triangulação teórica entre sujeito, discurso e práxis social. Isso é equivalente a indagar no campo político e social, quem são os sujeitos dos processos de Intervenção Psicossocial, seus interesses, suas relações, seus conflitos, seus projetos, suas possibilidades e seus recursos.

No desenvolvimento desta pesquisa, os elementos apontados anteriormente foram foco de atenção. Deste modo, na sequência será apresentado o percurso metodológico deste estudo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Principal

Analisar com adolescentes e jovens diabéticos ou em risco de desenvolver a doença, as implicações de sua participação em Oficina de Intervenção Psicossocial.

3.2 Objetivos específicos

- a) Desenvolver Oficina de Intervenção Psicossocial com um grupo de adolescentes e jovens diabéticos ou em risco de desenvolver a diabetes *mellitus*;
- b) Conhecer, a partir desta vivência, a realidade deste público acometido pela doença no município de Tiradentes e; por último,
- c) Caracterizar elementos relacionados à ressignificação da doença, a partir da vivência na Oficina de Intervenção Psicossocial destes adolescentes e jovens no município de Tiradentes.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Optou-se pela utilização de métodos de pesquisa qualitativa com viés participativo, amparados por conhecimentos da Psicologia Social com a utilização da prática de Intervenção Psicossocial. Dessa forma, escolheu-se para a condução metodológica desta pesquisa o uso de Oficina de Intervenção Psicossocial e entrevistas semiestruturadas. Tal escolha foi realizada com o intuito de identificar elementos pertinentes ao objetivo desta pesquisa, que é a análise com adolescentes e jovens diabéticos ou em risco de desenvolver a doença, além das implicações de sua participação em Oficina de Intervenção Psicossocial.

No decorrer da pesquisa, a premissa ética esteve presente em todos os momentos, seja na avaliação da proposta por Comitê de Ética em Pesquisa, seja no contato com todos os envolvidos, bem como na apresentação desta aos possíveis participantes e mesmo na assinatura do Termo de Livre Consentimento e Esclarecimento (TLCE).

Desse modo, a presente pesquisa foi realizada com duas etapas de produção de dados: a realização de Oficina de Intervenção Psicossocial e entrevistas semiestruturadas. Ambas foram desenvolvidas com um grupo de adolescentes e jovens diabéticos no município de Tiradentes – MG.

A escolha por realizar esta investigação no município de Tiradentes – MG deve-se ao fato de anteriormente ter sido realizado, em 2015, nesta cidade, um projeto de extensão denominado “Monitorando a diabetes *mellitus* em contextos escolares”. Nesse projeto, foram encontrados 03 (três) alunos portadores de DM1 e 05 (cinco) alunos com níveis glicêmicos alterados, formalizando assim, naquele momento, um grupo com 08 (oito) integrantes” (Oliveira et al., 2016, p.44).

Partindo da proposta desenvolvida no Projeto de Extensão, buscou-se realizar um estudo junto com participantes do grupo formado à época. Assim, a pesquisadora e participantes puderam construir saberes acerca da situação estudada/vivenciada ao longo do processo de Oficina. A pesquisa também pôde compreender com os sujeitos da pesquisa a realidade psicossocial em questão. Sendo assim, pesquisadora e participantes tornaram-se co-analistas de todo o processo.

Buscando compreender a perspectiva qualitativa das pesquisas, Triviños (2009) indica que estas surgiram da necessidade que antropólogos tinham ao perceberem que não era

possível interpretar a vida dos povos apenas por dados quantificados. Era necessária, então, uma interpretação muito mais ampla e menos objetiva.

Minayo (2006) descreve a pesquisa qualitativa como uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou para o qual a quantificação não faz sentido. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2006). Em que pesem tais considerações e os objetivos desta pesquisa, acredita-se que essa perspectiva contribua para as proposições aqui estabelecidas, especialmente no limiar entre as áreas de conhecimento das Ciências Humanas e das Ciências da Saúde.

De forma complementar, confirma-se a opção pela perspectiva participativa adotada nesta pesquisa. Isto, partindo-se do princípio de que a postura do pesquisador-participante seria a mais adequada à proposta deste estudo, pois pretendeu-se o estabelecimento de um vínculo entre os participantes e o pesquisador para que a produção de dados pudesse ser mais efetiva.

Faermam (2014) afirma que a pesquisa participante requer uma opção relacionada à cumplicidade entre pesquisador e sujeitos pesquisados; para realizá-la, é necessário ter como ponto de partida a clareza de que os sujeitos podem efetivamente ser parceiros, contribuindo para a produção do conhecimento no espaço da pesquisa.

O autor ressalta ainda que metodologias com viés participativo oferecem um enfoque pertinente e apropriado para o estudo de populações marginalizadas e vulneráveis, além de ser uma estratégia para transformar desigualdades raciais, étnicas, socioeconômicas e de saúde. Atualmente, é considerada um dos métodos a serem utilizados na transferência do conhecimento por meio do envolvimento direto dos sujeitos do processo em análise, em que, através um processo cíclico de reflexão sobre a pesquisa e a ação, novos conhecimentos poderão ser produzidos. Estes, através da busca coletiva por respostas e soluções para os problemas vivenciados (Thiollent, 2011).

Thiollent (2011) aponta que o pesquisador na pesquisa-ação assume o papel de problematizador da ação dirigida à resolução do problema em questão, acompanhando seu progresso e avaliando as ações desenvolvidas em função desses problemas.

Neste tipo de proposta, para Thiollent (2011), a base empírica é conhecida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo com o

qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Nesta ordem, os participantes do grupo analisado participaram de todo o processo de pesquisa, tendo a oportunidade de se implicar em um processo terapêutico, processo de investigação, educação e ação. Tal premissa foi adotada nesta pesquisa desde a estruturação dos temas, bem como no desenvolvimento dos encontros da Oficina.

Dessa forma, sendo a pesquisadora da área da saúde, especificamente, da enfermagem, esta buscou contribuições para suas inquietações em relação ao assunto a ser trabalhado como forma de associação de novos conhecimentos advindos de outra área. De modo complementar a esses elementos, Pichon-Riviere (1998) ressalta que a Psicologia Social é um campo de conhecimento interdisciplinar que investiga o vínculo social em seus aspectos intersubjetivo e social, os sentidos produzidos na interação social, suas formas instituídas e instituintes, direções e estratégias de mudança.

Nesse ínterim, a Intervenção Psicossocial, *práxis* investigativa da Psicologia Social, nasce interdisciplinar. Aborda processos de transformação em contextos sociais diversos a partir da análise crítica das estruturas e das relações sociais, do cotidiano, das instituições, da escuta qualificada e do trabalho com os sujeitos individuais ou coletivos, suas crises, demandas e projetos. A transformação social é um campo atravessado por múltiplos saberes e a Psicologia Social se reconhece como um deles, na articulação com outros tantos (Afonso & Fadul, 2015).

Ao trabalhar com sujeitos concretos, vivos, exprimindo-se livremente, a intervenção psicossociológica permite a emergência de sentidos não preestabelecidos, mas construídos na situação de interação (e interlocução). Apoia-se em significações que os próprios atores descobrem, elaboram, colocam em discurso (Machado, 2010).

Para tanto, as oficinas constituem-se como uma prática de Intervenção Psicossocial, realizada em contexto pedagógico, clínico, comunitário ou de uma política social. Um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar em um contexto social (Machado, 2010).

Partindo desse princípio, neste estudo, as oficinas foram delineadas com foco em temas geradores para 04 (quatro) encontros, com temas propostos e abordados com base nas indicações dos participantes. Estes também propuseram as datas, horário e local de realização dos encontros.

Por se tratar de um estudo acerca da utilização de Oficinas de Intervenção Psicossocial junto a adolescentes e jovens diabéticos, esta proposta delineou-se a partir de elementos

relativos quanto à amostra, à produção de dados e ao tratamento das informações estudadas, bem como, a sua posterior análise.

Afonso e Fadul (2015, pp. 148-149) indicam elementos de abrangência e articulação da OIP, os quais devem ser observados em seu desenvolvimento, a saber: a) análise da demanda; b) pré-análise; c) proposição de foco e temas-geradores; d) construção de enquadre; e) planejamento flexível da oficina; f) articulação entre tarefa externa, tarefa interna e contexto socioinstitucional; g) potencialização do vínculo grupal e dos vetores do processo grupal; h) uso de recursos interativos; i) relação coordenador-grupo; j) autogestão e autonomia do grupo.

Afonso (2006a), aponta que a Oficina visa, assim, trabalhar uma questão pertinente a todos os participantes de uma maneira que os envolva e que contemple a tríade: pensar, sentir e agir.

Para Machado (2004), não se trata de definir qual é a mudança certa para um dado grupo social, mas de construir com ele as possibilidades de transformação que, em seu contexto, desenvolvem a sua autonomia. Sendo assim, os efeitos da oficina não se limitam ao registro de informações para a pesquisa, uma vez que sensibilizam as pessoas para a temática trabalhada, possibilitando aos seus participantes a convivência com a multiplicidade de versões e sentidos sobre o tema (Spink et al., 2014).

As oficinas configuram-se como práticas discursivas, ou seja, compreendem maneiras por meio das quais as pessoas produzem sentidos sobre fenômenos a sua volta e se posicionam em relações sociais cotidianas (Spink et al., 2014).

Para além das oficinas, utilizou-se também entrevistas semiestruturadas como forma de acessar informações relevantes a este estudo. Para Marconi e Lakatos (2010), a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional.

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, em que o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal (Triviños, 2009).

Triviños (2009) afirma que a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. O autor complementa por meio da afirmação de que a entrevista semi-estruturada “(...) favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua

totalidade (...)”, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (Triviños, 2009, p. 152).

Ao término dessas etapas, os dados adquiridos através das entrevistas semiestruturadas e Oficina foram desenvolvidos a partir da análise de conteúdo. Para Bardin (2011), a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

As diferentes fases da análise de conteúdo que permearam este trabalho organizaram-se em torno de três polos, conforme Bardin (2011, p. 121): “1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação”.

A primeira etapa objetiva a sistematização das informações para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise. A segunda consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). Na última etapa, ou tratamento dos resultados ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2011).

Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica da análise temática, que se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

Na exploração do material, tem-se o período mais duradouro: a etapa da codificação, na qual foram feitos recortes em unidades de contexto e de registro; e a fase da categorização, no qual os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade. Já a última fase, do tratamento e inferência à interpretação, permite que os conteúdos recolhidos se constituam em análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas.

Dessa forma, após a apresentação do percurso metodológico serão apresentados os resultados, bem como sua análise.

5. RESULTADOS E ANÁLISES

Na fase inicial da produção de dados estabeleceu-se contato com todos os participantes do grupo constituído no projeto de extensão realizado anteriormente no município. Sendo que 03 (três) ainda permaneciam vinculados à escola onde o projeto fora desenvolvido. Os demais foram convidados a participarem do projeto por contato direto via telefone, perfazendo um total de 08 (oito) convidados. Destes, à época do projeto (2015) foram identificados 03 (três) diabéticos e 05 (cinco) apresentando fatores de risco. Entretanto, atualmente, 03 (três) jovens foram diagnosticados, passando o público da pesquisa a contar com 06 (seis) diabéticos e 02 (dois) com fatores de risco.

Esse dado é importante, pois analisando a participação de todos os convidados, identifica-se uma frequência e participação mais efetiva de 06 (seis) adolescentes e jovens. Curiosamente, os que estão diagnosticados com a doença.

O grupo pesquisado teve uma participação média de 60% do sexo feminino e 40% do masculino. Em relação ao tempo de descoberta da doença, verificou-se variação considerável, pois alguns portadores descobriram a doença há pouco mais de 6 (seis) meses, enquanto outros já convivem com a mesma há mais de 10 anos. O número de participantes nos encontros realizados obteve uma média 06 (seis) participantes por encontro. Variando de 04 (quatro) a 08 (oito) participantes por encontro.

Após contato inicial, foi agendado um primeiro momento para explanação das propostas e definições de diretrizes para a realização da Oficina de Intervenção Psicossocial. As atividades foram desenvolvidas às terças-feiras à pedido e deliberação do grupo, que também definiu temas, assuntos e formas de abordagem a serem seguidas.

Como definição coletiva, dirimiu-se pelo trabalho com os seguintes temas nos 04 (quatro) encontros da OIP. Sendo os temas, respectivamente, *“Para início de conversa”*, *“Diante do espelho: o cuidado com o corpo e com a alimentação”*, na sequência, *“Vivendo com a doença - angústias e revoltas”* e por último, *“O futuro do diabético – quem faz o futuro somos nós”*.

Os temas propostos surgiram a partir do debate entre os participantes, tendo como foco o desenvolvimento dos encontros com vistas a serem contemplados os seguintes elementos, ou objetivos: - criar espaço para expressar os sentimentos em ser portador de diabetes, troca de

experiências; - troca de informações sobre diabetes mellitus, cuidados com o tratamento; - conhecimento sobre pirâmide alimentar e contagem de carboidratos; - as inovações e cuidados acerca da diabetes *mellitus* e relato individual de cada participante.

Num primeiro momento de análise, pode-se verificar elementos que indicam para as necessidades/expectativas dos participantes, seja nos impactos da doença em suas vidas, seja na vivência e, ou convivência com a doença e seja no seu futuro sendo portador de diabetes.

Nesse sentido, realizaram-se os quatro encontros e as entrevistas com os participantes, ocorrendo, *a posteriori*, o processo de transcrição dos dados produzidos. Na sequência, procedeu-se à leitura do material, repetidas vezes, procurando a familiarização e a apropriação do mesmo com o objetivo de destacar e organizar os pré-indicadores. Esse momento gerou uma lista de recortes de comentários e opiniões explicitadas pelos participantes, consideradas importantes para a compreensão do objetivo da investigação.

Geralmente, esses pré-indicadores são em grande número e irão compor um quadro amplo de possibilidades para a organização dos núcleos. Uma segunda leitura permitirá um processo de aglutinação dos pré-indicadores, seja pela similaridade, pela complementaridade ou pela contraposição, de modo que levem a uma menor diversidade; já no caso dos indicadores, que nos permitam caminhar na direção dos possíveis núcleos de significação. Esses critérios para aglutinação não são necessariamente isolados entre si. A partir da releitura do material, considerando a aglutinação resultante (conjunto dos indicadores e seus conteúdos), iniciou-se um processo de articulação que resultou na organização dos núcleos de significação através de sua nomeação. Os núcleos resultantes devem expressar os pontos centrais e fundamentais que trazem implicações para o sujeito, que o envolvam emocionalmente, que revelem as suas determinações constitutivas. (Aguiar & Ozella, 2006). A sequência de estruturação da parte analítica seguiu proposta delineada por Bardin (2011).

Neste itinerário, foram utilizados 05 (cinco) momentos de construção para as categorias, sendo os 02 (dois) primeiros para a formação de pré-indicadores e indicadores, outros 03 (três) como núcleos de significação. Iniciou-se o processo com a formação de 21 (vinte e um) pré-indicadores, que foram realocados em 16 (dezesesseis) indicadores, os quais posteriormente foram agrupados nos núcleos de significação, como pode-se ver na tabela abaixo, com a menção dos momentos de agrupamento dos mesmos.

Núcleo de significação		
3º momento	4º momento	5º momento
<p>A doença</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descoberta da doença; - O entendimento do que é a doença; - Aceitação e não aceitação da doença/ Revolta e raiva. 	<p>A realidade do adolescente e jovem diabético</p> <ul style="list-style-type: none"> - A família, o apoio e a superproteção; - Seguir a tríade/ Pirâmide alimentar / O doce na vida do portador adolescente e jovem; - A saúde no município e a rede de assistência ao DM; 	<p>A realidade do adolescente e jovem diabético na cidade de Tiradentes/MG</p> <ul style="list-style-type: none"> - O viver com a doença, formas de apoio e enfrentamentos; - Os cuidados com a doença; - As dificuldades e as necessidades com a doença;
<p>A família, o apoio e a superproteção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os cuidados; - Seguir a tríade/ Pirâmide alimentar / O doce na vida do portador adolescente e jovem; - A saúde no município e a rede de assistência ao DM. 	<p>A doença: seus significados e suas ressignificações</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descoberta da doença; - O entendimento do que é a doença; - Aceitação e não aceitação da doença/ Revolta e raiva; - A experiência com a bomba de infusão de insulina/ tipo de insulina usada; - O medo do futuro / prevenção de agravos. 	<p>A doença: seus significados e suas ressignificações</p> <ul style="list-style-type: none"> - A descoberta e o conhecimento da doença; - Os sentimentos e as emoções diante da doença; - As perspectivas para o futuro dos diabéticos.
<p>O futuro</p> <ul style="list-style-type: none"> - A experiência com a bomba de infusão de insulina/ tipo de insulina usada; - O medo do futuro / prevenção de agravos; 	<p>Oficina de Intervenção Psicossocial: reflexão, vivência e expectativas</p> <ul style="list-style-type: none"> - A experiência na participação em oficinas; - A ideia de grupo; - A possibilidade de compartilhar s na oficina; - Refletir sobre a diabetes após os encontros; - Perceber mudanças sobre a diabetes no dia a dia após os encontros; - O contato pós oficina com os colegas; - Sentimentos e emoções vivenciados nos encontros; - Pontos positivos e negativos das oficinas. 	<p>Oficina de Intervenção Psicossocial: reflexões, vivências e expectativas</p> <ul style="list-style-type: none"> - A produção de um “grupo”; - O processo psicossocial na Oficina; - Os impactos da participação na Oficina de Intervenção Psicossocial como processo educativo e terapêutico.

<p>A Oficina de Intervenção Psicossocial</p> <ul style="list-style-type: none"> - A experiência na participação em oficinas; - A ideia de grupo; - A possibilidade de compartilhar experiências na oficina; - A possibilidade de refletir sobre a diabetes após os encontros; - Perceber mudanças sobre a doença no dia a dia após os encontros; - O contato pós oficina com os colegas; - Sentimentos e emoções vivenciados nos encontros; - Pontos positivos e negativos das oficinas. 		
--	--	--

Quadro 1. Núcleos de Significação. Fonte: Resultado da pesquisa.

Assim, dentro das etapas descritas anteriormente, o agrupamento de categorias se consolidou em 03 (três) categorias temáticas com suas subcategorias da seguinte forma: 1. A realidade do adolescente e jovem diabético na cidade de Tiradentes/MG; 2. A doença: seus significados e suas ressignificações; 3. A Oficina de Intervenção Psicossocial: reflexões, vivências e expectativas. Os elementos constituintes dessas frações serão apresentados na sequência, buscando-se uma articulação com os objetivos desta pesquisa.

Em busca de sigilo e ética no processo, os participantes da pesquisa receberam nomes fictícios a fim de preservar suas identidades.

5.1 A realidade do adolescente e jovem diabético na cidade de Tiradentes/MG

Nesta primeira, categoria procurou-se elencar elementos que indiquem aspectos relacionados à realidade dos adolescentes e jovens diabéticos na cidade de Tiradentes/MG, identificando as maneiras de vivência, convivência e apoio para os enfrentamentos no viver com a doença. O que se observou, de um modo geral, é que a partir da vivência em grupo com os adolescentes e jovens diabéticos pôde-se fomentar aspectos que contribuíssem para a compreensão desta realidade no município estudado, além de ser possível constatar as dificuldades do acometimento da doença na adolescência e do papel da família nesse contexto.

Como forma de apresentar este percurso categórico, optou-se por dividi-lo em 03 (três) momentos, a saber: o viver com a doença, formas de apoio e enfrentamentos; os cuidados com a doença e, por último, as dificuldades e as necessidades com a doença.

5.1.1 O viver com a doença, formas de apoio e enfrentamentos

Como é sabido, a diabetes *mellitus* requer cuidados específicos com acompanhamento contínuo e sistemático, uma vez que acarreta impactos na vida do portador e também da família, logo, os responsáveis pelo cuidado com o portador da doença sentem-se envolvidos e comprometidos com o bem-estar do doente. Desse modo, percebe-se que as implicações advindas do acometimento se refletem em âmbito individual e social, com ênfase para o aspecto familiar.

Através dessa vivência com o público pesquisado, compreendeu-se que para lidar com uma doença crônica, torna-se necessário criar artifícios a fim de viabilizar a convivência com o fato do adoecer. Além disso, compreendeu-se que cada indivíduo vivencia este fato à sua maneira. No caso de jovens que se encontram morando com seus pais ou responsáveis, é compreensível que esta síndrome que necessita de vigília para a conservação do seu tratamento faça com que a família e, ou responsável tornem-se uma base de apoio integral e social em todo este percurso de cuidados.

Dessa forma, esta categoria apresentou elementos que tangem a doença, seus impactos na vida dos jovens, a necessidade do cuidado, do apoio, e o limiar entre a superproteção e o controle no contexto familiar. Entretanto, mesmo com a contradição apresentada por último, o que é perceptível no contexto estudado é a importância da família. Em relação ao suporte familiar notou-se então, que é fundamental o envolvimento familiar para ofertar o cuidado adequado ao portador de DM. Fato expressado pela participante Analis:

(...) me emociono de lembrar da minha mãe, a minha mãe me ajudou muito, em tudo, a minha mãe se não fosse por ela não sei nem o que seria de mim (pausa) quando tinha vontade de comer doce a minha mãe fazia diet (pausa) quando tinha algum aniversário ou coisa assim, ao invés de comer o que não podia a minha mãe fazia doce só para mim. Então para mim era muito mais fácil (Analis).

Este relato reforça que ações desenvolvidas pelos familiares podem contribuir para redução de condições ambientais desfavoráveis e aumentar as possibilidades de recuperação,

auxiliando, assim, o sujeito frente à tolerância ou à adaptação aos eventos negativos, tornando possível manter uma autoimagem positiva diante do que lhe é imposto pela doença.

Dessa maneira, é perceptível que ao ser acometido pelo diabetes nesta fase da vida, faz-se necessário criar um repertório maior de habilidades cognitivas e competências sociais, de modo a entender que o processo de cuidado adequado pode evitar impactos mais significativos, tais como de conflitos psicossociais.

Sendo assim, é sabido que diante das nuances estabelecidas para a manutenção do tratamento, os critérios para se obter um bom controle da doença são permeados por um caminho tortuoso e de extrema responsabilidade. Diante disso, o familiar e, ou cuidador perpassam as dificuldades enfrentadas para apoiar o portador nesse percurso. Como destacado no relato da participante Antônia, demonstrando as dificuldades enfrentadas principalmente no início do tratamento - “...*eu não queria tomar (insulina) e ela (mãe) saia correndo atrás de mim com a agulha...*”.

A participante Antônia descobriu-se com a doença aos 07 (sete) anos e, ao longo de sua participação na Oficina, a mesma relatou que o início de sua vivência com a doença foi difícil e sua família até hoje atua de modo constante em sua vida com o objetivo de controlar a doença. Por vezes ela verbalizou dificuldades com essa relação (doença x família), porém, sabe que precisa se “acostumar” com isso, pois, segundo ela, “(*...*) *não tem muito o que fazer (pausa). Tem que viver com isso. Tem que acostumar. O problema é que minha mãe não parece acostumar*”.

Por outro lado, nota-se que é necessário realizar o cuidado, mas também saber lidar com essas responsabilidades a fim de minimizar os efeitos que o processo do adoecer pode desencadear. Para tanto, torna-se fundamental que o familiar e, ou cuidador tenham compreensão da existência dessas relações emocionais frente à conservação do tratamento, uma vez que esta relação afetiva pode ser abalada em algum período da vida dos envolvidos.

Desse modo, ainda que o apoio seja ofertado no intuito de um bom controle também foi notável que de certa forma para alguns portadores este suporte é entendido como uma forma de controle, seja no manejo com a doença, seja nas restrições sociais estabelecidas pelos cuidadores.

Minha médica diz para minha mãe, assim: “ele é independente!” (...) que eu posso fazer qualquer coisa sozinho, mas minha mãe não deixa (...)*vai ser uma briga quando eu for estudar fora. Ela (mãe) fala: “vou junto!”* *Aí, eu fico com raiva.* (Joaquim).

Através destes relatos, analisa-se o limiar entre o apoio e o controle exercido pelo contexto familiar na vida dos jovens acometidos pela doença. Tal questão pode ensejar frustrações pela redução da autonomia pessoal nos adolescentes e jovens diabéticos, como é apontado no relato acima.

Observou-se que esta superproteção estabelecida pelos familiares e, ou cuidadores pode estar relacionada não somente com o adolecer e a adultidade, mas também com os cuidados no intuito de manter a saúde física e emocional do portador de diabetes. Nesse sentido, tornam-se excessivamente zelosos em seu contexto familiar como descrito na fala da participante Manuela, fazendo com que os portadores sintam-se subestimados em sua capacidade de autonomia com vistas aos seus projetos de vida, seja individual ou com a doença. Assim, para Manuela: *“A família ajuda, mas preocupa, fica insistindo. Meu pai fica paranóico, muita pressão em cima da gente”*.

Nesse sentido, os relatos acima, sobre as experiências com suas famílias, são descritos por estes participantes como superproteção e controle nos cuidados com a doença. Nota-se, que existe um limite tênue nesta relação entre portador *versus* familiar e, ou cuidador, que pode ser explicado pela busca do sucesso no tratamento, vinculando-se a um bom cuidado e controle da glicose, mas também aos medos da doença e seus percalços.

Dessa forma, os desafios e enfrentamentos estabelecidos pela doença são vistos pelos participantes como sendo algo dificultoso e que a família tem papel fundamental. Porém, esta deve auxiliar na produção de um entendimento favorável sobre como lidar com a doença. Isso, posto, conforme sinaliza o participante Henrique que afirma que, *“a família é a base pra ajudar a gente. Mas também precisa apoiar pra não apertar demais. Senão fica difícil, não é!?”*.

Portanto, notou-se que os familiares e, ou cuidadores, neste grupo, estão dispostos em dois momentos distintos; num primeiro momento, em que é construído um apoio atrelado ao controle não somente da doença, mas também do doente e, em outro, o apoio vinculado à promoção da autonomia do doente em amplo aspecto, distanciando-se dessa dependência física e emocional. Tal posicionamento parece ter impactos na forma de se conceber, viver e cuidar de si e da doença.

5.1.2 Os cuidados com a doença

Em relação aos cuidados com a doença, sabe-se que estes estão calcados no tratamento voltado para o seguimento da tríade, ou seja, dieta/atividade física/medicação, e este tripé foi

alvo de discussões recorrentes entre os participantes, uma vez que, frente ao grupo, estes se sentiram à vontade para relatar os acertos e as dificuldades na manutenção do tratamento.

Assim, os enfrentamentos com a dieta foram abordados em uma atividade de construção da pirâmide alimentar em que se observou as questões e sentimentos dos participantes, ora de proximidade com o assunto, ora de erros e acertos em sua utilização diária, como verbalizado pela participante Manuela: *“Quando olho para ela (pirâmide) só penso nas coisas que mais gosto... carboidratos e as coisas que devemos evitar”*.

Neste encontro, outras falas indicaram a relação dos participantes com a dieta.

No começo eu seguia direitinho os três, só que hoje em dia eu não faço dieta não, na verdade não faço dieta não, eu controlo a glicose através do medidor e da bombinha ne? (...) Tipo assim eu não fico fazendo dieta... mas parecia que eu era mais responsável antes. (Manuela).

Mais ou menos a dieta, de vez em quando eu como umas coisas assim, quase todo final de semana... (Henrique).

(...) mesmo não querendo eu consigo fazer dieta, às vezes tem que ficar corrigindo... Adoro o natal. Porque é o dia que pode fugir da dieta, você pode comer um pouquinho a mais (Otto).

Através desse conjunto de relatos, notou-se que apesar de aprenderem a lidar com os tratamentos exigidos, também sinalizam para as dificuldades confrontadas diariamente na manutenção dos cuidados com a doença, ambos diretamente relacionados à dieta.

Logo, é possível supor que, mesmo tendo conhecimento dos problemas e consequências de não seguir a dieta rigidamente, os jovens indicam dificuldades na manutenção desta. Muitas vezes não pela falta de informação, mas influenciados por aspectos do meio social, como no caso do dia festivo de Natal, citado na fala do participante Otto.

Em relação à alimentação no contexto escolar, segundo relato dos participantes, as instituições não têm fornecido alimentos condizentes para o portador de diabetes. Por outra via, mesmo entendendo não possuírem a dieta específica na escola, alguns estudantes diabéticos também não se preparam para o momento da refeição. Como relatado pelo participante Henrique, que afirmou: *“tomo café, venho pra escola e não como nada, nunca consegui comer aqui...”* e reforçado pela participante Antônia quando aponta: *“eu também não conseguia comer aqui (escola), ficava até o meio dia e aí comer em casa (...) fico 4 ou 5 horas sem comer...”*.

Através dessas falas, percebeu-se que esses portadores permanecem sem se alimentar em intervalos maiores do que o preconizado, favorecendo, assim, os picos de hipoglicemia que acarretam consequências diversas a estes indivíduos.

A partir dos relatos pode-se compreender que seguir esse primeiro pilar dos cuidados com a diabetes não é considerada tarefa fácil de ser executada pelo público pesquisado, uma vez que está relacionada à responsabilidade no cumprimento das orientações e a renúncias alimentares. Isto, sem mencionar os desafios do convívio com e sem o “doce”, elemento que será abordado posteriormente.

Dando continuidade à análise acerca das realidades vivenciadas pelo público pesquisado no que tange ao comprometimento com a tríade, passa-se à apresentação dos elementos relacionados ao segundo pilar de cuidado com a diabetes, a atividade física.

Nesse âmbito, além das exigências dietéticas para o sucesso do tratamento da doença, o exercício físico é considerado parte indispensável quando se pensa na eficácia do tratamento da doença. A seguir, são apresentados alguns dizeres que refletem a experiência acerca da prática de exercícios físicos. Dentre eles, a participante Manuela destaca a dificuldade de assimilação desse elemento em seus objetivos. Para ela “(...) *praticar muita atividade física, tentar ser uma pessoa saudável, não é fácil ser uma pessoa saudável (...) ah, eu queria ter um objetivo de ser mais saudável, de ter uma alimentação melhor, essas coisas, de praticar uma atividade física*”. Por outra via, a participante Analis destaca sua prática desregulada de exercícios físicos, afirmando que, “*o dia que eu faço, eu pratico muito, em excesso... Aí a minha mãe fala “amanhã cê não vai aguentar não guria... (risos)*”.

Ainda que os dizeres acima não reflitam uma noção ideal acerca do tema, os participantes entendem que a adoção de uma vida fisicamente ativa é importante para o tratamento. Além disso, eles não se eximem da responsabilidade que a doença exige desde o momento do diagnóstico e assumem que esse elemento essencial na manutenção do tratamento é de extrema dificuldade de aceitação e incorporação no cotidiano desses acometidos, como pode ser observado nas falas.

Para tanto, observou-se que para além das mudanças de comportamento nos estilos de vida, em que sedentarismo está sempre em pano de fundo, entendeu-se que diante destas falas, os conflitos pertinentes à busca por este equilíbrio vital envolvem questões biológicas, psíquicas e sociais, que requerem ajustamentos com vistas à conservação do tratamento e à saúde do portador.

Para a participante Fernanda, “*quando eu pratico alguma atividade física, eu me sinto bem, disposta, até consigo controlar melhor (doença)*”. Ou seja, existe a compreensão dos benefícios do exercício. Porém, ocorre, por outro lado, a dificuldade em se colocar em movimento, como destaca o participante Otto, dizendo “*entendo que fazer alguma coisa é preciso. Mas (pausa), nem sempre a gente tem ânimo para levantar*”.

Já o participante Joaquim, apresenta sua estratégia de controle frente à dieta e exercícios. Para ele, a saída é “(...) *controlar na medicação. Eu, não faço dieta nem exercício, daí a gente precisa caprichar na insulina para controlar a diabetes*”. Este fato nos encaminha para as delimitações acerca da medicação. Elemento próximo a ser analisado.

Neste último pilar do tripé, passa-se à apresentação dos cuidados direcionados para a medicação, o que, para o público pesquisado, direciona-se ao processo de insulino-terapia.

Sobre esta questão, atualmente, tem-se discutido uma forma de diminuir as lesões orgânicas extensas e irreversíveis causadas pelos picos de hipo e hiperglicemia advindos da doença e, para isso, indica-se a automonitorização ou autocontrole, ou seja, cada portador de diabetes deve fazer seu próprio controle glicêmico e posterior reajuste da glicose.

Sendo assim, diante disso, nota-se a complexidade do cuidado diário e, nesse contexto específico, o monitoramento constante da “ponta de dedo” e as posteriores aplicações de insulina. Todavia, tais elementos aparecem nas falas dos participantes de modo contraditório, seja pelos benefícios do medicamento, seja pelas dificuldades envolvidas em seu manejo, conforme se pode observar no relato a seguir:

Sempre tem um que fala: “você vai comer doce? Não pode comer isso não” (...) eu tomo insulina desde os 12 anos, hoje doce às vezes eu como um pedacinho não tem nada (...) a insulina tá pra corrigir, depois a gente dá agulhada (...). (Joaquim).

Outros participantes indicam o modo como vivem com a aplicação do medicamento, “(...) *querendo tomar a insulina eu não tô querendo não, mas tô tomando, tomo três vezes ao dia, não faço teste e aplico direto. (Henrique)*”. Para Otto, “(...) *eu como besteira quando dá vontade, eu como, aí eu aplico insulina. (Otto)*”. Segundo Manuela, “*eu corrijo de acordo com o resultado. Eu como, faço a medida depois de uma hora e então eu aplico. (Manuela)*”.

Por este conjunto de falas, observa-se que o público pesquisado compreende o papel importante que a insulina exerce no controle da glicose. Por outro lado, tal entendimento faz com que realizem seu auto monitoramento, além de lidarem com os alimentos e os picos advindos em suas alimentações.

Atualmente, os diabéticos dispõem das seguintes insulinas: NPH (Insulina Humana Recombinante) e regular e os Análogos considerados de ação lenta (Lantus, Levemir e Tresiba) e de ação ultrarrápida (Humalog, Novo Rapid e Apidra), com início de ação, pico e duração variados (IDF, 2015).

Geralmente, para os portadores de diabetes *mellitus* tipo I utiliza-se da estratégia de contagem de carboidratos da dieta, procedimento este que requer múltiplas injeções de insulina

durante o dia, sendo considerado um tratamento intensivo para o controle da glicose. Ressalta-se que esse controle alimentar deve ser acompanhado pelo profissional de nutrição, pois torna-se necessário fazer a redistribuição dos carboidratos ao longo do dia e evitar os carboidratos de rápida absorção. Ao se fazer a contagem de carboidratos da dieta, o sujeito tem a possibilidade de maior autonomia de sua alimentação, caso faça a contagem e aplique a insulina para o que for se alimentar. É entendido que aqueles sujeitos que fazem a contagem de carboidratos da dieta tem um controle melhor de hipo e hiperglicemia, porém, isso dependerá da adaptação adequada desta técnica, o que ocorre de modo diferenciado para cada diabético. Esse fato fica claro nas falas do participante Otto: *“eu não faço contagem, eu vou uso a contagem da bombinha e depois aplico (insulina)”*. Fato próximo ao que relata o participante Joaquim que afirma que, *“a contagem é mais chata, não é?! Nem toda hora eu faço. Mas quando começo a sentir os sintomas aplico uma dose caprichada. Aí, melhora!”*. Por outro lado, a participante Antônia destaca a utilização da contagem, *“Ah, mesmo sendo chata, eu uso bem. Sei contar direitinho. E me ajuda muito no controle”*.

É pertinente dizer que o sucesso no controle da diabetes dependerá, em grande parte, do processo de monitoramento, pois possibilita ao sujeito assumir a responsabilidade pelo ajuste das doses de insulina, em função da alimentação, da atividade física, das rotinas ou qualquer intercorrência diária. Porém, esse procedimento não parece ser uma constante para alguns participantes, como se observa em algumas falas apresentadas.

Dessa forma, compreende-se que em se tratando do cuidado com a doença, os participantes parecem oscilar entre um controle efetivo da doença e arranjos para se ter um controle mínimo da mesma, isso pela explicitação de alternativas de manejo com a doença.

Portanto, pode-se entender que os impactos psicológicos e a adaptação que a doença crônica impõem, incidindo sobre o desenvolvimento social, emocional e cognitivo, podem diferir, dependendo da individualidade de cada sujeito nesse processo.

5.1.3 As dificuldades e as necessidades com a doença

Após demarcação dos elementos identificados como viver e cuidado com a doença, passa-se à apresentação dos pontos que sinalizam para as necessidades e dificuldades dos participantes frente ao convívio com a doença. Dessa forma, a análise da Oficina de Intervenção Psicossocial e das entrevistas evidenciaram uma necessidade de escuta qualificada destinada ao diabético, principalmente nesta faixa etária, ou seja, o adolescer e a adultidade, em virtude das amplas

transformações corporais dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais geradores de conflitos devido à variedade de sentimentos e emoções enfrentadas perante a doença.

Sendo assim, foram apontadas por eles as necessidades e as dificuldades encontradas perante a manutenção do tratamento em seus cotidianos diários. Esses aspectos foram percebidos tanto em âmbito individual como na esfera de ações ou políticas públicas municipais. Destarte, esta categoria subdivide-se em quatro momentos, sendo eles: seguir o tratamento de forma adequada; enfrentar a restrição do “doce”; conviver com a instabilidade física e emocional que a doença proporciona e; a falta de apoio da rede de assistência do município.

A primeira dificuldade apresentada pelos participantes é a de seguir o tratamento de forma adequada. Assim, descobrir-se diabético em idade jovem é um fato considerado delicado por se tratar de uma doença crônica que implica adaptações nos múltiplos domínios da vida. Impõe, ainda, ajustes inerentes aos cuidados, é marcada pela singularidade com que evolui e, conseqüentemente, pelo modo como cada pessoa se adapta à mesma. Nesse ínterim, esses portadores deparam-se com uma mudança brusca e completa de suas vidas em que a doença e a manutenção do tratamento passam a assumir papéis principais. Assim, desde ações que teoricamente deveriam ser concebidas e vivenciadas como de forma rotineira, podem se manifestar de modo dificultoso para alguns diabéticos. Por exemplo, a pirâmide alimentar, que é um elemento cotidiano do tratamento de diabetes pode ser um complicador para alguns diabéticos, como é o caso da participante Antônia.: *“Eu não gosto dela (pirâmide), é complicado, é difícil seguir ela.”*

Além das dificuldades, a doença pode exigir mudanças em diversas esferas da vida, como no caso da participante Manuela que morava em outro estado e, quando foi diagnosticada, decidiu, juntamente com sua família mudar de estado para buscar melhores resultados no tratamento. Segundo ela, *“(...) a médica de lá (Manaus/AM) falou que por aqui (Região Sudeste) o tratamento é melhor e aí eu vim para cá.”*

Nas falas acima, permeiam-se as dificuldades expressadas por esse público diante do ser diabético e de todo o contexto que o envolve. Seguir avidamente o tratamento e buscar a manutenção do mesmo pode ser um desejo de todos os participantes, porém na prática isso é considerado por eles em algum momento um processo de difícil alcance, uma vez que são necessários disciplina e suporte emocional. No relato da participante Antônia, é exemplificado o árduo trabalho de seguir a pirâmide alimentar e este é um viés do cuidado, sendo necessário que os outros cuidados estabelecidos estejam de certa forma alinhados a este para se obter um bom controle, ou um controle esperado.

A adaptação ao novo contexto de vida está relacionada às formas de manutenção do tratamento e como são direcionadas no decorrer de seu contexto de vida, isso diante das imposições estabelecidas pela diabetes. Assumir-se diabético é assumir-se em uma nova perspectiva de vida que muitas vezes é marcada pelos gastos financeiros, por internações, por deslocamentos para consultas e exames e até mesmo para moradia, incluindo ainda as alterações na rotina familiar. Nesse sentido, a fala da participante Manuela fornece subsídios para se compreender a mudança de Estado como uma necessidade efetiva de mudança de vida, ilustrada pela mudança da localidade de moradia em busca de uma melhor qualidade de vida para tratar o diabetes, entendendo ser essa a alternativa capaz de minimizar todo o desgaste desse percurso, pelo menos na percepção da participante.

Por conseguinte, notou-se que não há como negar que para seguir o tratamento de forma adequada são necessárias diversas mudanças na vida do sujeito acometido pelo diabetes e dos que estão em seu contexto familiar. Percebeu-se que, mesmo que exista um entendimento sobre os riscos do controle inadequado, há também uma dificuldade para se alcançar um controle significativo da doença, o que pode estar relacionado aos apoios necessários e ao envolvimento do sujeito portador e familiares nesse processo.

Tal fato pode ser observado na forma de se enfrentar a restrição do “doce”. Para tanto, torna-se evidente que o fruto da carência de insulina no organismo exige que o portador compreenda primeiramente as exigências dietéticas impostas pela doença para então traçar estratégias de enfrentamento para se obter qualidade de vida. Esses aspectos podem ser percebidos através da fala do participante Henrique: “(...) *porque acho que fazer dieta não é tão difícil. Parte da comida é normal, agora no doce é difícil deixar de comer*”.

Outro portador verbaliza o sentimento do diabético pelo doce afirmando,

Porque diabetes não pode comer doce, então a coisa que a gente quer comer é um pouquinho do doce, ser feliz com açúcar, um pedacinho não adianta, eu quero comer bastante (...) eu sei, o doce que deixa todo mundo feliz (Otto).

Evidenciou-se que os dizeres relacionados à necessidade de consumir “doce” por vezes foi expressado como um processo doloroso e de difícil aceitação e comprometimento. Os participantes ressaltam o consumo de açúcar como essencial em seus contextos de vida e fundamental para se manter a felicidade, e tem a insulina como uma possibilidade para reajustar a glicose.

Entendeu-se que tais apontamentos demonstram, de certa forma, o panorama do drama enfrentado na adesão de um plano alimentar que envolve mudanças, as quais parecem ser de difícil assimilação.

Vale ressaltar que, quando verbalizado pelo participante Otto: “... *o doce deixa todo mundo mais feliz*”, houve um consenso e aceitação de todos os participantes do encontro por meio de demonstrações gestuais de concordância e satisfação. Tal ocorrido pode denotar para o quanto essa fala ressoa de forma positiva, sendo significativa aos demais diabéticos do grupo.

Portanto, em razão desses relatos compreendeu-se que o açúcar, além de ser um gerador de energia, também é considerado por este grupo como um potencializador sentimental, ou seja, uma válvula de escape a que se recorre em momentos delicados. Fato reforçado pela fala do participante Joaquim que diz, “*a minha diabetes é emocional e, eu preciso do doce, às vezes, para me aliviar*”.

Com essa fala, passou-se a discutir a forma de conviver com a instabilidade física e emocional que a doença proporciona. A cura para o Diabetes tem sido explorada pelos pesquisadores em vários países, inclusive no Brasil, mostrando importante ressaltar que o avanço nas pesquisas tem sido significativo. Porém, pouco se fala em uma cura definitiva. Portanto, entendeu-se que, para se conviver com a doença, torna-se necessária a convivência com as instabilidades física e emocional advindas da síndrome. Nesse sentido, o público pesquisado tem indicações claras acerca deste tipo de preocupação:

(...) *eu já preocupo com a minha glicemia que já foi em 899. Eu tava indo pro saco! Eu também penso em hiper (hiperglicemia) e hipo (hipoglicemia), que sempre eu tô vivendo isso, mas isso engloba também juntamente com a palavra emoção, isso influencia na minha glicemia.* (Joaquim).

O relato do participante Joaquim remete-nos ao entendimento de que algumas doenças têm como causa ou são agravadas por distúrbios emocionais ou sentimentais, as chamadas doenças psicossomáticas, como pode ocorrer também com o Diabetes. A luta diária a que o diabético é exposto frente ao tratamento é capaz de desencadear sentimentos e emoções que podem influenciar em sua glicemia. Portanto, torna-se impossível fazer a separação das categorias do *soma* (corpo) e *psiqué* (mente), uma vez que se influenciam mutuamente no decorrer do desenvolvimento humano, não sendo consideradas realidades distintas, e sim realidades concomitantes. Como ressaltado anteriormente neste estudo, não se pode trabalhar o contexto da doença apenas pelo viés biomédico, faz-se necessário um trabalho que contemple a dimensão biopsicossocial.

O empoderamento diante das obrigações estabelecidas pela diabetes é algo conflituoso, ou seja, o controle pessoal, o desenvolvimento proativo e a compreensão das situações do dia-a-dia direcionam-se, exclusivamente, para o planejamento diário que o diabético necessita estabelecer e seguir rigidamente. Contudo, essa rigidez não é unânime nem homogênea, como já trabalhado anteriormente, ela é complexa e individualizada.

Portanto, no relato do participante Joaquim, notou-se que esse enfrentamento se relaciona especificamente ao controle da glicose, estando sua rotina diária voltada para esta estabilidade, além das nuances que envolvem o controle emocional e sentimental. Porém, para além desse relato o participante Otto demonstra viver esta instabilidade física e emocional de modo pouco implicado, pelo menos é o que verbaliza.

Até agora não notei nenhuma sequela, às vezes quando levanto dá uma escurecida na visão, isso é coisa de claridade... Eu herdei (a diabetes) do meu pai, que tá fazendo hemodiálise, mas ele continua comendo igual... Eu tô indo no mesmo caminho. Mas não vou preocupar com isso não. (Otto).

É perceptível, nessa fala, que esse sinal expressado pelo participante em relação à visão pode ser uma complicação da doença, porém parece existir uma dificuldade em visualizar esse acometimento, mesmo com exemplo de um familiar em estágio avançado da doença.

Nesse sentido, observou-se que as alternativas para se viver melhor com a doença e se cuidar dependerá de cada sujeito acometido pela diabetes. Observou-se também que, diante da convivência com a instabilidade física e emocional que a doença proporciona, o caminho a ser percorrido é uma tarefa que demanda do sujeito portador a compreensão de seu contexto para ser um agente transformador diante de sua vida.

Para além das dificuldades e enfrentamentos em âmbito individual advindos do acometimento, os participantes também relataram falta de suporte assistencial no município.

Assim, acredita-se que parcerias estabelecidas com instituições de saúde podem fazer com que a condução do tratamento torne-se menos penosa e menos dolorosa. A presença de ansiedade, depressão, baixa autoestima, dificuldade de estabelecer relações no âmbito familiar e social e a considerável dependência do apoio da rede de assistência ao portador de diabetes são características apresentadas no público pesquisado. Nas falas abaixo, pode-se verificar as necessidades que os portadores do grupo apresentaram.

A saúde aqui não funciona não, eu já passei muito aperto aqui... a secretaria de saúde não tem esse desenvolvimento de criar... eles só

pensam na hipertensão. Mas e, os diabéticos? Tem grupos de hipertensos já o de diabético tá lá no segundo plano... se der acontece (...) preciso de apoio psicológico porque a minha parte emocional ela interfere muito na minha glicemia... (Joaquim).

Aqui tinha campanha de pressão, eu ia com a minha avó e eles mediam minha glicose e pronto. Igual tamo fazendo, tinha que ter mais, não só medir, explicar (...) só que só falava o resultado e pronto, não falava se tava bom ou ruim, não orientava. (Antônia).

(...) a gente faz muito exame e cada exame custa 300 reais, aqui tinha um convênio com a Santa Casa mais tiraram, o único que minha médica confiava, aí tiraram. (Manuela).

Em virtude desses cenários de necessidades e dificuldades apresentadas pelos portadores em idade juvenil, pode-se observar que a colocação dos sujeitos acerca de seus enfrentamentos com a doença direciona-se para um apoio financeiro, como relatado pela participante Manuela, uma vez que os critérios para a condução do tratamento têm seu custo com consultas, exames e deslocamentos. Além dessas exacerbações, entendeu-se ser de vital importância o estabelecimento de um atendimento multiprofissional, como ressaltado pelos participantes Joaquim e Antônia, para assim oferecer condução adequada de questões psicossociais.

Dessa forma, esse conjunto de falas nos direcionam para a necessidade de se estabelecer programas de educação e suporte psicossocial para os jovens diabéticos no município, em que não somente a escuta qualificada seja a chave para os enfrentamentos da doença, mas também o estabelecimento de um apoio para a manutenção do tratamento.

Sendo assim, com intuito de se alcançar medidas pautáveis de apoio ao diabético, torna-se fundamental entender a subjetividade dos sujeitos neste processo e promover espaços para o desenvolvimento de intervenções psicossociais direcionadas ao público adolescente e jovem portador da doença.

Uma vez alcançadas essas metas pode-se compreender o processo do adoecer e seus enfrentamentos diante da doença, as dificuldades emocionais e sentimentais dos portadores e familiares e, ou cuidadores, e ainda contribuir com a redução das internações e problemas decorrentes da descompensação glicêmica.

Para tanto, todas as questões apontadas nessa categoria estão próximas aos objetivos deste estudo e, serão retomados na análise da última categoria que versa sobre o processo das oficinas, suas participações, vivências e implicações.

5.2 A doença: seus significados e suas ressignificações

Nesta segunda categoria, buscou-se compreender o significado da doença na vida dos adolescentes e jovens diabéticos, além dos mecanismos construídos para ressignificá-la, uma vez que se trata de uma doença crônica.

Em suma, o grupo pesquisado miscigenou tempo de diagnóstico de diabetes, variando de 06 (seis) meses a 10 anos como portadores da doença, o que pode ser mais um fator de diferenciação dos sentimentos por eles expressados, desencadeados, não ditos ou gesticulados.

Portanto, os significados podem ser compreendidos como estando em etapas diferentes. O que se pôde observar são indícios de elementos que parecem ter papel significativo na forma de se perceber a doença, sendo eles, tempo de vivência com a doença e o meio social como influenciador da percepção da doença, em especial, o contexto familiar.

Para apresentar a categoria em questão, optou-se pelo delineamento em 03 (três) momentos: o primeiro, ressaltando a descoberta e o conhecimento da doença; num segundo momento, serão apresentados elementos referentes aos sentimentos diante da doença e por último as perspectivas para o futuro a partir da percepção dos participantes da pesquisa.

5.2.1 A descoberta e o conhecimento da doença

Observou-se que além das nuances enfrentadas em se descobrir como portador de uma doença crônica em idade juvenil, em que o tratamento depende de condutas específicas, os portadores defrontam-se com a distância momentânea do aporte social devido a episódios de internações que podem ser recorrentes. Outro fato que pôde ser observado a partir do relato dos participantes foi a influência da família na concepção diversa acerca da doença. Ou seja, para alguns participantes existe diferença entre viver com a doença em uma família com histórico diabético e em uma família sem casos recorrentes.

Perante a observação das falas, nota-se que os processos de internações são marcados por momentos dolorosos e difíceis, seja na descoberta ou durante o tratamento da diabetes.

Eu descobri eu tinha 11 anos. Eu descobri porque eu fiquei internada porque eu tive catapora só que ninguém sabia o porquê que estava muito alta (glicose), porque na verdade no momento nem sabia que era catapora; aí eu fiquei com muito sono e quase entrei em coma, por causa disso (a glicose) ficou muito alta. Eu fiquei muito confusa, não sabia o que ia ser de mim. (Manuela.).

No princípio minha mãe e minha avó não sabia nada, aí eu ficava uma semana em casa e o resto do mês internada, e era todo mês, todo mês, até aprender, foi difícil, ficava com medo de morrer. Eu tinha muitos sinais, mas não sentia nada, eu bebia muita água, fazia muito xixi e emagreci muito, mas não sentia nenhuma dor. Minha avó pensava que era “aguamento”. (Antônia).

Eu descobri porque quando saía da escola eu tava muito cansado aí eu deitava no sofá e ficava muito, muito cansado. Aí minha mãe me levou no médico, fiquei internado mais ou menos uma semana, foi ruim, tive cansaço, emagrecimento, perdi uns quatro quilos. (Henrique).

Ao se descobrir diabético, a vida do adolescente e do jovem parece ficar dividida entre o antes e o depois do diagnóstico. A partir da descoberta o planejamento se faz presente diariamente, em virtude da manutenção do tratamento. Assim, compreende-se que a doença pode ser capaz de criar um estado físico e emocional gerador de consternação, capaz de desencadear variados sentimentos em situações diversas, tais como, se deparar com um ambiente hospitalar, com procedimentos diversificados e, muitas vezes, incompreensíveis.

A descoberta pode ocorrer de forma surpreendente ou abrupta, acompanhada de internações pré, trans e pós diagnóstico em que os sentimentos de ansiedade, estresse, medo da morte ou da incapacidade. As dúvidas sobre sua doença e seu prognóstico poderão estar presentes neste interim. Esses elementos foram sinalizados no decorrer das oficinas.

Por ser considerada uma doença silenciosa, a descoberta da diabetes para alguns adolescentes e jovens pesquisados foi considerado como um processo, além de doloroso, de difícil aceitação. Em contrapartida, para os participantes que possuem em seu contexto familiar algum portador da doença, a descoberta, segundo relato, não pareceu ser fator de surpresa. Os relatos abaixo sinalizam estes elementos:

(...) meu irmão tem diabetes e não cuida muito... é. Eu tenho um irmão com diabetes, tenho uma tia e um tio. Isso é normal lá em casa.” (Henrique).

Eu descobri a diabetes brincando no aparelhinho de glicemia, gostava de ficar furando o dedo e colocar lá e foi assim que eu descobri, meu pai já usava e eu fui brincando no aparelhinho. Minha mãe percebeu que tava muito alta aí ela resolveu me levar no médico. E, no médico eu fiquei! No hospital descobriram que eu tava (pausa) diabético. Eu tava com 10 (dez) anos e eu tô com 17 (dezessete) anos.” (Otto).

(...) pra mim meus familiares eram diabéticos, o meu padrinho, meu tio que faleceu, então pra mim não era o fundo do poço não, entendeu?” (Joaquim).

De acordo com as falas, notou-se que, para este grupo de diabéticos que possuem em suas famílias portadores da síndrome metabólica, a descoberta parece não trazer estranheza, pois é conhecida a rotina de vida do portador e as limitações impostas pelo tratamento. É sabido também sobre o manejo individual necessário na condução desse processo, com vistas ao controle da glicose, sendo este por causa do meio social familiar, uma ação presente no convívio destes participantes.

Logo, pode-se perceber que a existência de sentidos diferenciados a partir do meio social em que o adolescente e o jovem estão inseridos, pode ser capaz de influenciar suas perspectivas diante da doença.

A conceituação e o entendimento do Diabetes nesta fase da vida são tidos por cada participante sob a sua própria perspectiva, ou seja, como um processo cumulativo de experiências, de vivência ou até mesmo de convivência com a doença. Esse processo de aprendizagem reflete no seu viver com o diabetes e nas formas de condução no tratamento.

A produção de conhecimento adquirida através do trabalho em grupo proporcionou maiores trocas em relação ao conceito da doença e a forma com que cada sujeito enxerga esse conhecimento. Portanto, entendeu-se que a sabedoria individual sobre a diabetes é adquirida em seu contexto diário e pode estar relacionada também com os conflitos advindos da doença.

(...) normalmente o pâncreas produz a insulina... que a insulina equilibra a glicose do nosso sangue, no caso de uma pessoa que é diabética tipo 1 o pâncreas dela não produz mais insulina (...). É isso que acontece com a gente. Isso que precisamos controlar. (Analis).

(...) é uma herança genética, minha médica falou que não existe diabetes emocional (...) a diabetes é uma caixinha de surpresa, igual a vida da gente mesmo é a diabetes, ao mesmo tempo que você tá bem do nada você já pifa, igual um carro. Depende muito da situação com que a gente vive a diabetes, as condições. (Joaquim).

A diabetes é como uma montanha russa, hora tá bem, hora tá mal. Porque mudou muita coisa na vida, mudou tudo, principalmente quando eu era pequena, infância eu acho que eu nem tive, eu vivia mais internada. Minha irmã brigava toda hora, minha mãe coitada não teve nem tempo de cuidar dela (risos) ficava mais comigo. (Antônia).

Expressa nas falas acima, torna-se positiva a possibilidade de construir conhecimento e fazer interlocuções sobre a doença e seus percalços através da vivência do processo de saúde-doença em que estão inseridos. Os diversos sentimentos e emoções expressadas neste ínterim, remetem àqueles direcionados para a instabilidade que a diabetes comporta, as flutuações

amplas e rápidas da glicose e os aspectos emocionais ligados à culpa de ser portador de uma doença que requer cuidados familiares. Esses são fatores que dificultam o controle e o tratamento da diabetes na fase de desenvolvimento humano que se encontra o público pesquisado.

Portanto, com base nesta subcategoria, entendeu-se que o caminho para a significação e ressignificação da doença implica em atitudes do portador para se apropriar de sua doença a fim de operar o reordenamento de sua vida no novo contexto existencial.

Como mencionado na fala da participante Antônia, esta possui a compreensão de que a doença pode ser entendida como um fator de conflito familiar entre ela e a irmã, pois a doença exigiu a presença e atenção mais efetiva da mãe em seu cuidado na infância, que parece não ser bem compreendido pela irmã.

5.2.2 Os sentimentos e as emoções diante da doença

O público pesquisado vê-se sendo transformado de diversas maneiras, seja pelas limitações, pelas demandas, ou até mesmo pela vigília dos cuidados diários que são estabelecidos para manutenção do tratamento. As capacidades físicas e cognitivas que são afetadas pela diabetes apareceram fortemente nos encontros e nas entrevistas, fosse demonstrada por um gesto, por uma fala ou por uma atitude em que os sentimentos de negação e raiva em ser o premiado por uma doença crônica e silenciosa estiveram presentes.

Eu não sei, eu acho que eu não aceito ainda não. Minha mãe até discute muito, ela fala: “se não aceitar não tem como” ... mas eu não sei... acho que vai melhorar bastante né (se referindo as inovações futuras para a doença)? o difícil vai ser aceitar mesmo. Tô a 10 (dez) anos e não aceitei até hoje. (Antônia.).

Mas acontece sim a revolta, porque isso tá acontecendo comigo? mas logo comigo, porque não com outras pessoas, tem q ser eu que carregar essa herança genética né? Esse foi o ponto da revolta. (Joaquim).

Raiva de não poder comer doce. Isso é o que eu sinto pela doença. (Fernanda).

(...) eu sinto raiva de ser diabético, desde de sempre, porque eu não posso comer doce, a coisa que eu mais gosto no mundo e eu não posso fazer. Tenho raiva, eu nunca vivi nada legal da diabetes, raiva mesmo, de não poder comer doce, essas coisas. (Otto).

Através deste conjunto de relatos, entendeu-se que este público diversificado em experiências e em tempo de diagnóstico concebe a doença concentrada em dois momentos: a negação e a raiva.

Nesse processo, observou-se que o sujeito, ao tomar conhecimento de sua doença, de sua condição crônica e degenerativa se defronta com um choque emocional em que a negação permeia este novo cenário, traçando limitações em âmbito individual, familiar e social. Esses elementos presentes na fala mencionada acima, pela participante Antônia.

Ressalta-se que em função das necessidades fisiológicas, psíquicas e emocionais que são necessárias para se adaptar adequadamente ao tratamento, os adolescentes e jovens diabéticos vivenciam a raiva e a revolta de maneira acentuada, uma vez que, esse sentimento pode ser gerado a partir da rotina exaustiva, cansativa e desgastante a que estão submetidos diariamente para a manutenção do tratamento, conforme indica o relato da participante Antônia,

Eu acho assim. Tem hora que dá uma revolta, porque a gente faz aquilo correto (se referindo ao controle alimentar e glicêmico) e tem dia que ela não controla e eu falo “não vou fazer mais, porque não controla!” (Antônia).

Por esse relato, nota-se que as implicações para se estabelecer a dieta, as aplicações de insulina, as consultas, os exames, o apoio e o convívio com a doença em âmbito familiar, escolar e social são mecanismos que podem desencadear sentimentos desconfortáveis e até revoltantes.

Compreende-se que os sentimentos estabelecidos pelo público pesquisado podem ser decorrentes desta fase da vida, pois, ao mesmo tempo, estão em busca de independência e de igualdade entre os pares. Podem, então, por conta dos limites impostos pela doença, perceber sua independência cada vez mais fragilizada e sua integridade mais enfraquecida, oscilando entre comportamentos de dependência e de empoderamento.

Portanto, o que se destaca nesses relatos é a dificuldade em ultrapassar as fases para a aceitação da doença e a falta de apoio da rede de assistência ao portador, a qual poderia ser um elemento facilitador desse processo, como já relatado anteriormente.

No decorrer do processo de significação e ressignificação da diabetes, a maneira de viver com a doença através dos processos cotidianos de socialização em que as pessoas compartilham seus modos de vida servem de referências para a construção de suas formas de pensar sobre a doença. Esses aspectos contribuem para a produção dos significados que cada sujeito traz, fazendo-se parte da constituição da subjetividade que orientam seus atos e seus comportamentos. Isso é destacado pela participante Fernanda, quando relata os desafios de

realizar a contagem de carboidratos e a aplicação de insulina. “*Eu falo com minha mãe dá um pouquinho de raiva, cansa, mas é o único remédio que tem por enquanto.*”

O relato da participante Fernanda aponta para as estratégias de enfrentamento para se adquirir habilidades no entendimento sobre o papel vital da insulina na vida do portador, uma vez que esta é uma medida indispensável de cuidado que requer do sujeito uma compreensão de sua doença e de suas complicações, permeado por sentimentos acerca do uso deste medicamento injetável.

Através do relato da participante Fernanda, observou-se que a construção do ressignificar-se estabelece uma oportunidade de transformar a vida do doente, ou seja, um percurso que conduz ao autoconhecimento, à compreensão da doença, além da elaboração de atitudes fortalecedoras diante da situação vivenciada. Para ela, fala que situa como a percepção e entendimento da doença se diferenciam, especificamente, entre ela e a família.

Carteira de motorista não deixa tirar, Minha mãe fala: “cê vai desmaiar e jogar o carro no buraco”. (risos). E eu falo “mãe qualquer um normal pode acontecer isso, não é porque sou diabética que eu vou jogar o carro e a outra não vai. Mas ela não deixa. Tem hora que da raiva, bate uma raiva maior da doença, lógico que bate! Mas eu ainda vou tirar a carteira. Eu vou!” (Antônia).

A perspectiva do diabético nessa etapa da vida está geralmente associada ao apoio, nesse trecho em específico, o apoio familiar, com vistas à alcançar autonomia e gerenciamento de suas próprias conquistas nos diversos âmbitos da vida.

Além disso, nesse relato pode-se observar o desconhecimento, ou despreparo da família a respeito da doença, associados ao excesso de zelo no apoio aos cuidados com o tratamento, *versus* a angústia da portadora ao se almejar suas conquistas. Tais limitações advindas desse contexto, influenciadas pelo fato de ser portador de diabetes pode ser consideradas um condutor de sentimentos e emoções negativas.

Desse modo, pôde-se inferir que a superproteção e a maneira como os suportes de apoio lidam com a doença são componentes que favorecem as construções de espaços para se aprender e adquirir experiências.

A partir de ações que favoreçam percepções positivas e independentes, os jovens poderão vislumbrar alternativas e projetar objetivos futuros para suas vidas. Desse modo, por meio de relatos, é possível compreender que ao se traçar metas para a conservação do tratamento da diabetes, mesmo com restrições diárias, tem-se, a longo prazo, uma vida com qualidade e para muitos este é o objetivo de suas vidas. É importante ressaltar que o portador

que entende esse processo demonstra que a necessidade de se reencontrar na doença estabeleceu-se diariamente, reafirmando-se como um ser não diferente no mundo dos seus pares. Para o participante Joaquim, isso parece ser claro.

... porque se eu cruzar os braços e simplesmente falar eu sou assim: “sou diabético”, e levar tudo pro terrorismo, então eu não vou mudar. Eu já tive muita raiva quando era mais novo, essa vontade de comer doce passa. Tudo passa, isso vai indo, voce se acostuma. Se o diabético tá dentro do controle da glicemia ele é um ser humano igual a todos, ele tem restrições, mas pode ter qualidade de vida.”. (Joaquim).

Vale ressaltar que os participantes Joaquim e Antônia convivem com a doença há mais tempo no grupo, com 10 anos de diagnóstico. Notou-se que por vezes existem questionamentos diante da doença crônica e que de imediato é traçada uma reflexão em busca de compreensão e maturidade para lidar com as exigências advindas do tratamento. Portanto, o modo como se concebe a doença, conhece seus significados, suas crenças e suas percepções são fatores determinantes e fundamentais para a produção de saberes.

Para Henrique, quando se pensa em diabetes, este significa a doença como uma “montanha russa”, com oscilações constantes. Para ele, “viver com a doença é como uma montanha russa. Diabetes é viver em altos e baixos. Tá sempre mudando” (Henrique). Nesse cenário, os diabéticos precisam significar e ressignificar seu processo de adoecimento.

5.2.3 As perspectivas para o futuro

Um dos momentos sugeridos pelo grupo, com intuito de debater suas vivências com a doença foi nomeado de - “O futuro somos nós”. Nesse encontro, debateu-se por grande parte do tempo o porquê de se discutir sobre a doença, seus cuidados, sequelas e pouco se debateu sobre o futuro de um adolescente ou de um jovem diabético. Assim, questões do tipo: como será a vida adulta? Suas buscas? Suas perspectivas e/ou seus questionamentos foram apresentadas pelos participantes e nortearam a condução deste momento.

De certa forma, essas perguntas obtiveram diversas respostas, obviamente estando associadas às formas de cuidados com o tratamento com vistas no futuro. Inclusive podendo estar relacionadas à necessidade de se pensar no futuro como uma busca para se ressignificar a doença, conforme destaca a participante Fernanda:

Você tendo qualidade de vida o futuro vai ser quase igual, ou idêntico ou melhor que uma pessoa saudável. Se o diabético tá dentro do controle da glicemia ele é um ser humano igual a todos, ele tem restrições, mas pode ter qualidade de vida. No futuro ter anos de vida, porque quem faz o futuro somos nós mesmos. (Fernanda).

Para a participante Manuela, o futuro parece ter forte ligação com o controle por meio de atividades físicas. Para ela, o futuro com diabetes será de:

Praticar muita atividade física, tentar ser uma pessoa saudável, não é fácil ser uma pessoa saudável, mas tem muita gente que consegue, é a vontade ne? Muita vontade, a persistência, nada é impossível, tem que querer mesmo. (Manuela).

Já a participante Antônia, acredita que o futuro será melhor com a cura da doença. Para ela, “*pro futuro acho que vai melhorar, vamos ver, acaba saindo a cura. Pra mim eu sigo o que manda, eu penso que se fizer direitinho vai melhorando, eu acho que depende do dia também*”.

Outro participante parece não se preocupar com o futuro, ou então, ainda não conseguiu assimilar as implicações da doença, mesmo tendo relatado situações delicadas como internações recorrentes e índices glicêmicos preocupantes. Para ele,

Eu lido bem com a diabetes, eu como doce normal, vida normal. Meu maior valor foi HI (valor alto de glicemia), eu tava em casa e tomei a insulina em casa mesmo, não fui para UPA... até agora não notei nenhuma sequela, às vezes quando levanta dá uma escurecida na visão, isso é coisa de claridade... rrsrs. Eu herdei do meu pai.” (Otto).

Este mesmo participante chega a dizer que faz chantagem quando está internado, com o objetivo de ter alta da internação. Ele diz, “*eu fiquei internado uma semana e um dia, aí eu fiz chantagem com a médica para sair, eu falei: “se você não deixar eu sair eu não vou cuidar não! Aí ela deixou e agora eu tenho que cuidar”*”. (Otto).

Esse conjunto de relatos induzem a dois caminhos possíveis, um diretamente relacionado à ressignificação do cuidado e outro relacionado a despreocupação com o futuro. Para os que buscam seguir de forma correta o tratamento com responsabilidade e o comprometimento, entendeu-se que pode estar atrelado à uma busca por boa qualidade na adultidade, ou associado ao medo rotineiro do assustador futuro imposto ao diabético relacionado às sequelas da doença. Por outro lado, tem-se relatos direcionados à despreocupação com o futuro e suas consequências, o que pode estar atrelado ao convívio com um familiar diabético, o que possibilita o espelhamento diante da condução da doença.

Diante dos relatos do participante Otto, foi possível observar certa despreocupação com os cuidados e sua forma de lidar com a doença. Mesmo que não pertencendo diretamente à dinâmica da Oficina, vale destacar que, sendo esta uma pesquisa/participante, faz-se necessário a inclusão de relato fornecido pela mãe deste participante à pesquisadora. Segundo informações da própria mãe, o pai do participante é portador de diabetes *mellitus* há 23 (vinte e três) anos e no momento encontra-se em estágio avançado da doença, realizando hemodiálise 03 (três) vezes por semana. Os pais estão separados. A mãe relatou ainda que o filho cometeu 07 (sete) tentativas de autoextermínio, sendo praticadas de diversas formas, desde ingestão e aplicação líquidos tóxicos, autoagressão e automutilação. A mesma relata que o filho é rebelde com o tratamento e por vezes ela prefere não o contrariar por temer que ele faça o pior, relatou a mãe do participante Otto.

Durante o período de realização dos encontros, esse participante realizou mais uma tentativa de autoextermínio. Após essa tentativa, ele participou de mais um encontro da Oficina. Nesse encontro, ele chegou a mencionar o fato. Segundo ele, *“eu fiz uma coisa perigosa, não vou nem falar o que que é porque dá até desgosto em falar”* (Otto). Ainda nesse encontro, antes do início da Oficina, por estar no contexto escolar, visto que tais encontros se deram na escola onde ele estuda, embora se encontrasse afastado das atividades escolares, o participante pôde rever com antigos amigos. O fato do reencontro, segundo relato, foi disparador para que o participante Otto refletisse sobre suas atitudes. Para ele, *“os amigos irem me ver, foi emocionante, legal, me senti mais amado, fez eu pensar pra caramba, pensar nisso foi doloroso, foi meio traumático, fiquei meio traumatizado”* (Otto).

Esses relatos do portador e do cuidador reforçam as dificuldades de enfrentamento para com a doença e as necessidades as quais são elencadas nesse discurso, fazendo-se repensar a política de educação continuada para o diabético nesse município e quais as estratégias deveriam ser traçadas para compreender esse participante em específico, mas também os demais portadores diabéticos.

Para tanto, vale discorrer esse fato ocorrido, uma vez que os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, ao se deparar com o diferente e o invasivo, o que proporciona a demonstração de sentimentos de menos valia, inferioridade, medo, raiva, ansiedade e até depressão, o que pode estar associado ao fato de entender que está sendo escravo da diabetes.

Para o público deste estudo, compreende-se que pensar em futuro e dizer sobre ele estando em idade juvenil pode ser um desafio, pois os cuidados são necessários para o hoje, mas os retornos deverão surgir no futuro. Em alguns momentos, foram explícitas essas

preocupações, as quais estavam associadas ao sentimento de medo do futuro na vida adulta. Eles entendem que se trata uma doença que não tem cura, mas que por vezes a cura é colocada em evidência, mesmo que de forma inconsciente, representada pelo medo das complicações e sequelas que possam surgir no futuro.

Eu acho que ter cuidado com a visão, fazer o exame, cuidado com a pele, joelho pra baixo não pode machucar, principalmente, é isso que eu fico pensando nisso toda hora. Ter cuidado com isso. Eu sou cuidadora, porque eu tenho medo, perder a vista, dedo. Porque a minha medica já alertou que mesmo cuidando se for para ficar vai ficar. Só que vai atrasar, não é!? (Antônia).

Para o participante Henrique, o medo é o problema do futuro, assim, *“fico pensando no futuro não. Mas medo eu tenho, eu não penso o que pode acontecer, eles falam para tomar cuidado com a visão, com as pernas, eu tenho medo de acontecer coisa grave.”*

Tal sentimento é semelhante ao da participante Manuela dizendo, *“Eu fico pensando no futuro, mas, sei lá, talvez coisa ruim...”*

Por outra via, o participante Joaquim parece compreender as dificuldades do futuro, porém verbaliza estar ciente desses elementos. O que pode nos indicar também como uma menção de sua ressignificação diante da doença. Assim, para ele, *“tem que fazer a minha parte, tenho que fazer meus regimes, evitar o doce, praticar algum exercício, mas conformar e ter um futuro melhor”*.

Diante das falas descritas acima, entendeu-se que o planejamento diário das atividades deve estar embutido na vida do diabético, para que se consiga viver e conviver com a doença, desde o despertar até o anoitecer, com vistas às correções necessárias da glicose, inclusive durante a madrugada, seja através da alimentação ou da insulina.

Ao mencionar sobre o futuro, considerando os planos, os desejos, os sentimentos e as perspectivas de vida notou-se que esse assunto remete-lhes pensar na doença, o que provoca sentimentos de medo em estar ou não fazendo ou mantendo o tratamento de forma adequada.

Dando continuidade ao debate do futuro com a diabetes, o grupo fez considerações para que se pudessem conhecer as alternativas inovadoras frente ao tratamento da diabetes. Assim, foi trabalhado em grupo com os participantes, na perspectiva de futuro, os esforços que têm sido direcionados em pesquisas para a busca da qualidade de vida do diabético e também de sua cura, seja através de dispositivos, equipamentos, medicamentos, cirurgias, vacinas dentre outros.

Essas e outras alternativas estão ocorrendo no Brasil e sendo referência para outros países, da mesma forma que países estão investindo recursos para se alcançar esses objetivos. Através do processo grupal, os participantes apresentaram as inovações mais atuais direcionadas ao portador de diabetes *mellitus*, algumas já conhecidas por eles e outras completamente inexploradas. Dentre as alternativas expostas, a Bomba de Infusão de Insulina ou a “bombinha”, como é nomeada por eles, foi a que se destacou neste grupo, uma vez que dois dos participantes fazem uso deste equipamento, o que despertou a curiosidade dos demais participantes da Oficina. Para um dos participantes que utilizam a bombinha,

Agora que eu tô com a bombinha é bem mais fácil. Eu só troco de 03 em 03 dias. Mas faço o rodízio, coloco na perna, barriga e no braço. O dedo ainda tenho que fazer. Eu controlo a glicose através do medidor e da bombinha. As vezes minha mãe tem que comprar a insulina porque não vem. Mas é ótimo. (Manuela).

Outros participantes dizem conhecer o aparelho, porém não conseguiram ser contemplados. Para o participante Joaquim: *“Eu fiz o teste com a bombinha um mês. Mas eu não consegui porque eu perdi a validade do relatório médico e era a advogada da prefeitura que ia entrar, só que nem entrou com o processo”*.

Já para a participante Antônia: *“eu não cheguei a usar, infelizmente. Ficou pedindo um ano e não testei. Ainda tá na justiça. A minha mãe tava resolvendo. A médica falou: “agora dá pra você usar, esse ano a glicose tá boa”. Depende da glicose também, depende do resultado.”*

O participante Henrique comenta que, seus familiares se preocupam com a continuidade no fornecimento de insumos para o aparelho e, assim, parecem não se empenhar na conquista do mesmo. Segundo ele, *“meu pai tem muito medo disso, faltar a insulina, porque tem um amigo dele que tem diabetes, ele falou assim que já ficou um tempão sem insulina porque não achava.”* (Henrique).

Através das observações nessas falas, entende-se que diante das perspectivas de futuro para o diabético, as inovações são consideradas como impulsionadoras de esperança na condução do árduo contexto que enfrentam diariamente.

Entende-se que o processo de oficinas possibilitou expressar os sentimentos alocados nesse público ao se tratar da bomba de infusão de insulina, pois é um equipamento desejado pela maioria dos participantes. Nessa discussão, destacou-se as dificuldades para se obter este equipamento, momento considerado pelo grupo como angustiante, uma vez que é necessária solicitação no poder jurídico.

Torna-se necessário ressaltar que a “bombinha” representa para o adolescente e o jovem diabético a possibilidade de qualidade de vida a curto prazo, conforto e flexibilidade, porém para alguns um desejo difícil de alcançar. Relatou-se que ao portador, ao completar seus 18 anos de idade, esse processo se torna ainda mais complexo, moroso e difícil, (o que fora expressado pelos participantes nesta faixa etária como desesperança em obtê-la), pois o setor público entende que a partir desta idade o doente é capaz de manter financeiramente seu tratamento.

Nestes casos, os participantes dizem entender, porém, não aceitam esse processo judiciário, que faz a análise e dispensa do equipamento. Com isso, se sentem prejudicados, pois, sabem que este aparelho é capaz de desempenhar as funções do pâncreas, reduzindo as picadas, as descompensações glicêmicas e consequentes internações. Tal fato é relatado na fala da participante Fernanda: *“Ah, assim. Eles tinham que pensar isso aí. Tem que ajudar todo mundo, mas nem todo mundo consegue na justiça. Aí é ruim demais, por que você cria esperança que vai ser melhor”*.

Nesse grupo, 02 (dois) dos participantes não conheciam o aparelho, um por estar recém diagnosticado e outra por ter completado os seus 18 anos e não ter feito o teste pela não autorização pública. Contudo, durante os encontros uma participante usuária da bomba (que se orgulha por estar usando a bombinha, carregando-a de forma exposta na cintura) lhes apresentou o equipamento, bem como seu funcionamento, dispositivos e a mobilidade, sanando a curiosidade dos presentes.

Um elemento importante nessa perspectiva, foi de que, a partir das informações compartilhadas entre os sujeitos da pesquisa sobre os dispositivos citados acima, ocorreu a demanda de um dos participantes a seus familiares. Este solicitou maiores informações com a médica responsável pelo seu tratamento.

Essa ação pode indicar para o caráter educativo do processo de Oficina de Intervenção Psicossocial, elemento que será foco de análise na próxima categoria.

5.3 Oficina de Intervenção Psicossocial: reflexões, vivências e expectativas

Como última categoria, os agrupamentos fizeram-se de acordo com a metodologia proposta para realização desta pesquisa, ou seja, por meio da utilização do método de Oficina de Intervenção Psicossocial (OIP) como instrumento educativo e terapêutico, buscando-se articular a pluralidade de diferentes saberes, a complexidade de cada sujeito, além de

compreender seus aspectos subjetivos e sociais. Para atender essa proposta e com vistas ao trabalho desenvolvido com este público, a pesquisadora foi participante desse processo grupal.

Dessa forma, visando à aproximação entre objetivos deste estudo e o conteúdo produzido na pesquisa, chegou-se à seguinte divisão dessa categoria em quatro subcategorias: A produção de um grupo; O processo psicossocial na Oficina; Os impactos da participação na Oficina de Intervenção Psicossocial como processo educativo e terapêutico.

5.3.1 A produção de um grupo

Entende-se que o ser humano é um ser social e que, por onde transita, é permeado pelas relações sociais, em especial, as travadas em grupo. Desde o nascer, a constituição familiar, o grupo escolar, os amigos, o trabalho e os outros grupos construídos ao longo do desenvolvimento humano, cada qual com suas regras, normas e valores contribuem para a constituição de cada sujeito. No grupo estudado, esse cenário não é diferente.

Notou-se que os participantes possuem sua base de conceito grupal, seja ela adquirida através de suas vivências nos diversos grupos, seja através da prática do trabalho em grupo das OIP's. Ao lançar mão dessa metodologia, permitiu-se que os participantes pudessem ter uma atuação ativa desde o planejamento até o desempenho das diferentes atividades nos encontros. Esse fato parece ter favorecido a ampliação do conceito de grupo para alguns participantes, conforme relatos dos participantes: Henrique, Antônia, Manuela e Otto. Assim, quando verbalizando seu entendimento de grupo o participante Henrique comenta que, *“Na minha cabeça vem uma roda de gente discutindo aquele assunto. O que fizemos aqui foi um grupo”*. Para a participante Antônia seria, *“(...) reunir e debater, tipo como a gente reuniu e debateu”*. A participante Manuela, complementa dizendo que, *“é a união de várias pessoas né? Acho que isso, trabalho em equipe, ali uma dinâmica entre várias pessoas...”*. Já o participante Otto, ressalta ainda, a importância do grupo de diabéticos, *“muitas pessoas em lugar, acho bem legal, da hora, ter um grupo de diabéticos, reuni, conversar, essas coisas assim, tipo escola quando você vai fazer um trabalho em grupo. Acho que teve grupo, é bem isso”*.

Ao serem indagados sobre o entendimento que possuíam da palavra “grupo”, as reações dos integrantes foram próximas, expressando-se de prontidão sobre o conhecimento acerca do tema. Sobre esse conhecimento, acredita-se que a conceituação pode ser fruto de um repertório adquirido de outras experiências, juntamente com o processo de Oficina vivenciado.

Através dos relatos, entendeu-se ainda que o processo das oficinas vivenciados por este grupo permitiu que cada um, a seu modo vivenciasse o processo grupal como uma experiência consciente, identificando-se nele através das experiências, das partilhas, das cumplicidades sentimentais e emocionais, fortalecendo-se, dessa forma, a produção dos saberes e dos significados, especialmente pelo processo de reflexão ocorridos nos encontros da Oficina.

Neste ínterim, a estruturação para formar conhecimento e conceituar a palavra grupo apresentada por este público vem ao encontro do que o autor Pichon-Riviere apresenta juntamente com o proposto da principal tarefa do grupo, que é a constituição do ECRO – considerado o conjunto de experiências, conhecimentos e afetos com os quais o sujeito pensa, sente e age.

Mesmo que, conforme relatado, não haja uma interação constante entre os participantes desta pesquisa fora da oficina, verificou-se que o processo grupal parece ter ocorrido, conforme sinaliza a participante Fernanda: *“a gente não se encontra sempre, não é?! Mas, valeu! Foi bom pra gente poder conhecer melhor a doença do outro. E, isso ajuda a gente a se superar. Acho que a gente atingiu os objetivos de todos”*.

Entendeu-se, portanto, que o espaço construído na Oficina para a expressão de sentimentos e emoções individuais sobre a diabetes e seus males trouxe referências para se produzir conhecimento coletivo a partir do trabalho em grupo, fazendo-se permear pelas ações e atividades desenvolvidas pelos adolescentes e jovens diabéticos, tendo a comunicação como base nessa articulação.

Outro elemento identificado, a partir da fala de alguns participantes foi a demanda pela continuidade do trabalho em grupo, consoante solicitado pelo participante Joaquim: *“a gente podia continuar com o grupo, trocando ideias, informações. Vamos aproveitar que já começamos. Hoje em dia tá tão fácil de comunicar, tem zap, tem face.”*

Em complemento a esta fala, a participante Manuela, comenta a existência de uma iniciativa no município para a criação de uma associação de diabéticos. Segundo ela, *“tem um grupo de pessoas com diabetes que estão se reunindo para montar uma associação. Acho que vai ser uma coisa boa. Podemos participar!”* (Manuela).

Tais relatos podem indicar que o processo grupal iniciado a partir da Oficina pode gerar uma continuidade no relacionamento dos participantes, o que poderia proporcionar a constituição efetiva de um grupo de diabéticos no município, através de uma associação de diabéticos.

5.3.2 O processo psicossocial na Oficina

Partindo-se da premissa de que o processo psicossocial está baseado nas relações que o sujeito mantém com seu meio como parte do processo de desenvolvimento de sua subjetividade, busca-se, neste trecho do estudo, apresentar elementos desenvolvidos ao longo dos encontros da Oficina de Intervenção Psicossocial.

A OIP torna-se, neste contexto, uma forma de assistir ao adolescente e ao jovem diabético, em suas diversas maneiras de expressar suas histórias de vida, suas crenças, seus hábitos, sua rotina diária, suas reflexões e sentimentos, propiciando, dessa forma, um espaço de escuta, observação e aproximação entre pares. Para tanto, ao desenvolver uma pesquisa sob essa ótica, buscou-se reforçar a perspectiva psicossocial no intuito de provocar a elaboração de intervenções voltadas para a realidade objetiva e subjetiva de cada sujeito para, então, atender suas reais necessidades. Sendo assim, a escuta e a troca de informação entre os participantes culminaram no desenrolar deste processo.

Para o participante Otto, neste tipo de atividade, “(...) *you know the people, talk about various issues, what they think, what they do that you can do too, other diabetics*”. Fala corroborada pelo participante Joaquim, quando falava de sua avaliação sobre todo o processo de Oficina. Para ele, “(...) *it was a success, I didn't expect (...) that the people who brought to mind was very valuable...*” (Joaquim.).

Por ter sido concebida de forma conjunta com os participantes, os mesmos puderam se sentir inseridos e implicados em todas as etapas da Oficina. Esta ação foi vista como sendo positiva pela participante Fernanda, para ela, “*essa ideia da gente pensar o que quer falar, conversar, sabe, isso é legal*”. Argumento complementado pela fala da participante Manuela que diz, “(...) *because the people were talking né!? In moments of anger, like each one discovered, like how it was, how to deal with it at the beginning and how to deal with it now*”. Manuela ainda finaliza afirmando que: “*essa troca faz a gente pensar nas nossas coisas, em quem somos e o que queremos (pausa). É bom por que então a gente pode fazer diferente*”.

A oportunidade de interação e partilha também é comentada pelo participante Henrique “*my doubts were clarified, here. Ah, I liked it a lot. I only talked with my mother and my father, but like in a group not*”.

A partir desses relatos, pode-se compreender a importância da participação em ações grupais, porque as doenças crônico-degenerativas demandam do indivíduo ser seu próprio agente no entendimento de sua condução diante da doença. Por conseguinte, a participação nos encontros da Oficina parece ter dado a oportunidade de se entender as diferenças de cada sujeito

na busca pela compreensão de suas expectativas sobre sua condição clínica e subjetiva, além dos enfrentamentos gerados por esse processo.

Pôde-se notar ainda que esses encontros parecem ter propiciado a escuta qualificada dos sujeitos, pois quando se trata de doenças crônicas existe uma necessidade de se preparar o sujeito não só para enfrentar a doença, mas para seguir com o tratamento. Diante disso, esse processo propiciou a construção de momentos para se ouvir as suas necessidades, o que, de certo modo, pode provocar nos portadores uma assimilação de comportamentos que favoreçam sua condição física, social ou psicológica diante da doença.

Através das relações dos sujeitos nesse meio social, pode-se compreender a maneira como conduzem seus pensamentos, sentimentos, afetividades, motivações, consciência e comportamentos, além das influências provocadas pelos outros participantes nesse contexto. Tal observação foi verbalizada pelo participante Henrique, que indicou: *“depois que a Manuela falou da bombinha eu falei com meu pai e também com a médica que eu quero saber mais sobre isso. (...) Foi importante pra mim por que não conhecia, mas agora vou ver como vai ser”*.

Pode-se perceber a importância em se preocupar com o contexto biopsicossocial dos sujeitos, uma vez que ao se trabalhar com as questões de educação em diabetes não se buscou somente direcionar as atividades para mudanças de hábitos, atitudes e comportamentos, mas entender que é um processo que precisa se direcionar para o sujeito e não para a diabetes. Segundo o participante Joaquim: *“em Tiradentes até tem os grupos de PSF, mas você vai lá e eles só querem fazer sermão. Não te escutam direito.”*

Para o participante Henrique: *“os encontros ajudam por que a gente vai vendo que não acontece só com a gente”*. Ao compartilhar a história de cada sujeito diabético participante desse processo, foi possível perceber as necessidades, as expectativas, as influências do meio e as superações individuais. Tal fato parece ter favorecido a reflexão sobre cada produção em relação a doença e todo o processo de adoecer cronicamente.

Portanto, por meio dessas ações, buscou-se compreender como os participantes vivenciam, produzem sua autorreflexão, auto manejo e o autogerenciamento diante de sua doença, além de reconhecerem-se em uma rede de relações sociais em que podem compartilhar suas formas de construção de vidas sendo portadores de diabetes.

Esse processo psicossocial abriu espaço para se questionarem sobre os cuidados que a doença necessita e entender que os impactos positivos e negativos realizados agora na conservação do tratamento serão refletidos na vida adulta. Nesse sentido, em uma das reuniões, em que o participante Otto verbalizou não se preocupar com as consequências da doença no futuro, o participante Joaquim pediu a palavra e disse que ele, (Otto) *“não deveria ver a vida*

desta forma. Que a doença não é o fim. Ela apenas limita algumas coisa, mas que dá para viver bem (...)” (Joaquim).

5.3.3 Os impactos da participação na Oficina de Intervenção Psicossocial como processo educativo e terapêutico

Saber lidar com uma doença crônica pode ser penoso estando nessa fase da vida, visto que existe relação direta entre o grau de comprometimento dos sujeitos adoecidos, do estilo de vida a ser adotado e dos recursos disponíveis diante das dificuldades encontradas neste percurso.

As dificuldades comuns à idade, mudanças corporais, individuais e até mesmo sociais podem impactar na produção do sujeito. Para além do processo de construção de identidade, das dimensões sentimentais e emocionais, dos fatores biológicos, psíquicos e sociais, tem-se ainda as implicações da doença crônica. Assim, promover a reflexão de seus comportamentos e atitudes diante de sua saúde se configurou como assunto relevante nesse contexto.

Para o participante Henrique, que descobriu a doença acerca de 06 (seis) meses, a participação na oficina proporcionou uma maior reflexão sobre seu adoecer:

Pensava em mudança, pensava bastante. Muito no que a gente discutia lá, tipo as coisas, que a gente falava lá, sabe?! . Porque acho que foi isso, a gente fica assim pensando, antes, eu pensava, mas não tanto assim, tão forte assim, sabe? Eu acho tipo assim, que cuidar é tão severo. Aí, depois eu vi que eu tenho que cuidar muito! (risos) (Henrique).

Pode-se supor, através desse relato que o processo de se conscientizar precisa estar próximo da compreensão de que as ações visam obter uma qualidade de vida. Isso deve fazer parte da rotina diária de cada sujeito. No caso do participante Henrique, por mais que ele compreendesse as dificuldades do cuidado com a doença, no contato constante com outros jovens, ele pôde perceber que precisa se cuidar ainda mais. Por conseguinte, a participação na OIP pode ter favorecido uma maior implicação desse portador em seu processo de adoecimento. Notou-se, assim, que ao se alcançar esse pensamento, a proposta de ser um adulto saudável mesmo sendo portador de diabetes torna-se possível. Assim, como relatado por este participante: “*vendo gente que tá com a doença a mais tempo e vive bem, isso ajuda a gente a seguir*”. (Henrique).

De outra forma, ao permitir o desenvolvimento cognitivo diante da diabetes, tem-se a oportunidade de construir maior consciência do significado da doença. Esse processo pode ajudar o adolescente e o jovem frente às mudanças advindas desta etapa da vida. Como relatado pela participante Analis: *“Quando eu descobri (a doença) com 7 anos, eu não conseguia ver coisa boa na doença. Mas, depois a gente percebe que as coisas podem melhorar”*. A participante Analis, atualmente, está com 19 anos.

Para participante Antônia, a participação nos encontros reviveu nela a necessidade de constante atualização dos temas da diabetes. Segundo ela, *“consegui pensar coisas que realmente tinha que tá sempre estudando da diabetes, igual a tabela a gente tem conhecimento, mas tinha que tá sempre estudando.”* (Antônia).

Saber lidar com as interações sociais, com os problemas específicos relacionados às mudanças na aparência física, à vergonha do corpo, ao medo de ser ridicularizado e hostilizado por colegas, além do desconforto de se expressar sobre a doença em seu contexto social são aspectos que refletem no processo de mudança.

Desse modo, compreendeu-se, a partir da vivência na Oficina, que nesse período de transição da vida, ser diabético pode levar o sujeito portador da doença possuir características únicas e estas devem ser percebidas de modo positivo, a fim de ser um apoio ao enfrentamento da mesma. Para a participante Manuela que está utilizando a bomba de infusão, *“tenho que mostrar com orgulho (a bomba) e, não ter vergonha. Mesmo que ela me diferencia, ela me faz ser única”*, ressaltando que o aparelho, como suporte ao tratamento, pode dar à ela a possibilidade de se empoderar perante as dificuldades.

Outro portador verbaliza as implicações que pôde perceber ao longo de sua participação nos encontros, relata o participante Joaquim:

Eu pensava muito assim, na parte do que era falado tanto do profissionalismo, que me ajudou e pensava também nos colegas. A parte profissional foi show de bola. Um dia caiu a ficha “não é que eu sou diabético mesmo? Foi o que você (pesquisadora) passou para mim, se eu tiver, se eu andar na linha vou ter uma vida boa. Foi lá que me despertou a parte psicológica, eu já tava meio que depressivo, da parte psicológica, e o diabético precisa de acompanhamento (Joaquim).

Através dessa fala, pode-se compreender que o sujeito ao se implicar em seu tratamento, aderindo às orientações recebidas é capaz de estabelecer reflexão afim de trabalhar suas questões e comportamentos. Percebeu-se também que para este sujeito, aspectos psíquicos e o controle da diabetes são fatos que precisam ser avaliados e tratados por profissionais

específicos, com vistas a fortalecer os vínculos auxiliando-os em suas ressignificações e consequentes mudanças.

Contudo, ressalta-se que, para o público pesquisado, o trabalho realizado em grupo no município de Tiradentes tem sido pouco explorado pela rede de assistência ao portador de diabetes adolescente e em idade juvenil.

Eu acho que foi bom. Eu não conheço gente da minha idade com diabetes não, agora depois que você fez esses encontros foi que eu conheci mais gente. Agora pessoas idosas eu conheço bastante por causa da minha avó, eu moro com ela. (Antônia).

Eu tinha participado antes do grupo do projeto de extensão e não participei de outros e agora vou participar da associação de diabéticos. Eu gostei, super legal, foi interessante, porque a gente ficou sabendo que não é só a gente que tem essas coisas, na hora que dá raiva por causa de ter a diabetes, que as outras pessoas que tem diabetes sentem a mesma coisa. (Manuela).

Por meio desse relato, entendeu-se que esse espaço de convivência com portadores da mesma faixa etária, ou ainda, que contemplem idades próximas não é uma proposta idealizada pelo serviço de saúde da cidade. Portanto, essa experiência para partilhar sentimentos e emoções com pessoas próximas de suas faixas etárias fora experienciado pela primeira vez por esta participante.

Entendeu-se que nesse processo de mudança torna-se fundamental estar apoiado em um tripé em que o sujeito doente é o ator principal. Contando, ainda, com o reforço da família e da equipe da rede de assistência em saúde, pois estes podem construir maneiras de promover segurança diante dos seus enfrentamentos psicossociais.

Para tanto, o trabalho fomentado nesta pesquisa possibilitou a troca entre pessoas distintas. Sentimentos, percepções, angústias e alternativas distintas de enfrentamento foram apresentados e debatidos. Todos estes momentos sendo necessários para que pensem na gestão de suas diabetes, cada um a seu modo. Como é o caso da participante Manuela.

Eu pensei sim em mudança. Pensei justamente nesses momentos assim. Eu já fiquei pensando, eu não sou a única né? Melhor a gente ficar mais pé no chão, não ficar reclamando muito. É melhor a gente saber lidar melhor com a doença do que ficar aquela coisa (pausa) só na queixa (Manuela).

Esse relato reflete como a convivência com a doença crônica é permeada pelo uso de diversas estratégias de enfrentamentos e de adaptações. Entendeu-se que ao utilizar-se da OIP,

além da autorreflexão voltada para o modo de cuidar de si, de modos psíquico, físico e social, obteve-se relatos de mudança nos modos de enxergar-se como doente crônico.

Portanto, pode-se observar que as mudanças de comportamento necessárias ao portador de diabetes não devem ser impostas, uma vez que, enquanto não se conscientizar em relação a sua doença, torna-se difícil estabelecer uma compreensão de suas reais necessidades de alterações no estilo de vida. Sendo assim, ao entender e aceitar os pequenos progressos, pode ser esta uma medida de reforço e auxílio, além de ser uma forma de compreender esse novo momento da vida.

Assim, ao partilhar de um processo colaborativo e não essencialmente prescritivo, torna-se possível que o portador assuma a responsabilidade de seu próprio cuidado e as mudanças possam se concretizar e o manejo dessa reflexão se torne realidade, sendo esta uma importante implicação do processo de participação em Oficinas de Intervenção Psicossocial.

5.3.4 O processo educativo e terapêutico

As atividades grupais planejadas e organizadas de modo participativo, são ações que tem potencial de serem capazes de propiciar a assimilação de conhecimentos e desenvolver habilidades, atitudes e comportamentos para o manejo com a doença. Compreende-se que, este é um caminho construtivo e longo para que o diabético obtenha um espaço de escuta que lhe ofereça estímulo pelo conhecimento sobre a sua doença, apoio para sua aceitação e que forneça instrumentos para o autocuidado.

Dessa forma, a partir da proposição delineada para esta pesquisa, verifica-se que conseguiu-se estabelecer um paralelo satisfatório que culminou na efetivação do processo terapêutico, bem como do educativo por meio da OIP. Tais questões podem ser exemplificadas através dos relatos que foram expressos ao longo do trabalho com o grupo.

Na fala do participante Joaquim, por exemplo, pode-se perceber como a oficina ofereceu suporte terapêutico aos sujeitos da pesquisa. Segundo ele, *“não precisa de nada mais, uma pessoa ajuda a outra e vice-versa, o que você tá fazendo é o lado bom da diabetes”*. Fala complementada pelo participante Otto, que diz, *“ah foi legal, conversar com outras pessoas que também são diabéticas, deu uma descarregada, dá uma aliviada. Mas faz a gente pensar”*.

O participante Henrique, relata o sentimento de ser percebido como diabético e, sua história impactar na vida de outras pessoas. Segundo ele, *“a história das pessoas descobrindo né!? A minha história também toca as pessoas, todos com cuidado comigo porque eu fui recém diagnosticado. Isso é interessante, você se sente importante”* (Henrique).

Desse modo, ao analisar todo o contexto da pesquisa, pode-se observar que o trabalho desenvolvido por meio da OIP trouxe aspectos positivos, entendendo-se que a educação em diabetes realizada de forma grupal torna-se um veículo fundamental na condução do tratamento da diabetes. Dessa forma, é também uma ferramenta capaz de promover autorreflexão, sendo esta uma alternativa importante no gerenciamento de seus enfrentamentos diante da doença, como relata a participante Antônia: *“o bom de encontrar aqui é que as vezes você tá mal, mas daí, chega aqui e desabafa. Isso faz bem!”*

O trabalho em grupo propiciou observar que os cuidados necessários estabelecidos pela doença também são mediados pelo contato com outras pessoas portadoras da mesma síndrome. E, que o afeto e o reconhecimento do outro como um ser único, é um mecanismo influenciador nessa convivência.

Observou-se ainda que, o processo terapêutico realizado através dos encontros pôde propiciar uma circulação de informações bastante favorável para os participantes. Existiram trocas de vivências, modelos e papéis e observou-se uma ajuda mútua entre os presentes. Para tanto, a experiência grupal funcionou para alguns como um mecanismo de escape, em que se era possível, no grupo, expor ideias, receios, angústias. Tal como para a participante Antônia,

Foi legal, um pouquinho tenso, não sou muito de expor não, porque eu sou tímida, quando eu vou conversar com o psicólogo eu travo mesmo. Aqui no grupo eu acho que foi mais tranquilo, ter os outros colegas falando eu consegui também, aí eu não fiquei tão travada não (Antônia).

Observou-se nessa fala que, através da experiência grupal, a participante Antônia foi capaz de promover a conscientização de si mesma sobre seu comportamento e criar um modo diferente de experienciar suas vivências emocionais diante dessa oportunidade. Entendeu-se que a confiança por ela adquirida nesse processo, permitiu o desenvolvimento de suas próprias capacidades, fornecendo o conhecimento e as habilidades.

Para além da dimensão terapêutico, foi possível perceber a efetivação do processo educativo ao longo da Oficina. Ou seja, o grupo funcionou como um facilitador do processo educativo, no que tange os elementos relativos à doença. Para o participante Joaquim: *“acho que foi muito importante porque todo mundo conversou um com o outro, com você profissional, então foi muito bacana, eu achei fantástico, porque eu aprendi coisas que eu não sabia.”*.

Notou-se nesse relato que, o processo grupal possibilitou criar ferramentas educativas para facilitar a expressão de sentimentos, além da produção de aprendizado mútuo, a fim de

possibilitar aos sujeitos suas próprias descobertas e criar novas formas de enfrentamento diante da vida.

Como apresentado anteriormente, a partilha de informações sobre a doença proporcionou o conhecimento de novos elementos a alguns participantes e também a atualização de outros, como o caso do participante Henrique, que não conhecia a Bomba de Infusão.

Por esses e por outros elementos, entendeu-se que as formas de compreensão e vivência nas Oficinas foram consideradas como terapêuticas e educativas, no sentido de proporcionar um espaço de troca de experiências, de se criar círculos de amizades e de expressar sentimentos e emoções acerca de todo o processo do adoecer e da preservação do tratamento, mesmo diante de tais peculiaridades relacionadas à idade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar esta pesquisa, chega-se à apresentação das considerações finais com a sensação de que a execução do estudo parece ter culminado na obtenção de elementos que confirmam questões norteadoras traçadas inicialmente.

Primeiramente, quando se objetivou o desenvolvimento de uma Oficina de Intervenção Psicossocial com um grupo de adolescentes e jovens diabéticos ou em risco de desenvolver a diabetes *mellitus*, sabia-se da possibilidade de não conclusão por completo desta meta. Isto, pois, passado o tempo de realização da oficina anterior, em 2015 e o contexto escolar, alguns participantes poderiam não estar disponíveis para uma nova participação. Porém, observou-se uma adesão considerável do público. Tal participação favoreceu então, as conclusões deste estudo.

Assim, a pesquisa com este grupo permitiu-nos reforçar a compreensão das questões emocionais e sentimentais vivenciadas e enfrentadas diariamente por adolescentes e jovens diabéticos, bem como compreender os sentidos que a doença possa vir a possuir na vida dos sujeitos que adoecem. Entendeu-se que a maturidade diante da doença crônica deve ser considerada um processo contínuo, em que os enfrentamentos de questões próprias advindas do adoecer produzem mudanças e perdas, uma vez que corpo e mente atuam juntos nesse processo e não por compartimentos.

Diante dos relatos, percebeu-se que há necessidade de ações voltadas especificamente para este público, especialmente para que possa interagir com pessoas de sua idade, além de criar alternativas para transmitir informações adequadas e promover processos coletivos de reflexão e, portanto, de aprendizagem.

Desse modo, foi possível, a partir dos relatos e do contato com os participantes, conhecer, através desta vivência e das reflexões sobre ela, a realidade deste público acometido pela doença no município de Tiradentes, seus enfrentamentos cotidianos, bem como as formas de apoio e atenção oferecidas pelos serviços de saúde.

Neste ínterim, observou-se que a todo momento estão influenciando e, até mesmo determinando as formas de perceber e vivenciar a diabetes. Pode-se citar como principais aspectos recorrentes: o meio social em que o diabético está inserido; a possibilidade de acesso à informações e novas concepções de tratamento; o posicionamento e o nível de informação da família e/ou dos cuidadores no trato com a doença; e as formas de suporte ofertado pela rede de assistência pública.

Logo, a realidade vivenciada pelo público acometido pela doença no município de Tiradentes, no caso deste estudo, recebe influência significativa do meio social no qual estes vivem. Ou seja, os adolescentes e jovens que possuem outros diabéticos próximos ao seu círculo de convivência sinalizam para uma compreensão muito mais tranquila e favorável da doença. Tal fato, não necessariamente, implica uma adesão completa ao tratamento, porém, esse tipo de relação é vista pelos adolescentes como sendo um fator que pode favorecer a aceitação e convivência com a doença. Por outro lado, os que não possuem contato direto com outros acometidos indicam manter relações ruidosas e, por vezes, conflituosas com seus cuidadores e/ou responsáveis.

Esse elemento está próximo ao tipo de relação estabelecida com seus pais ou responsáveis. Ou seja, para os participantes, parece existir uma linha tênue entre a proteção cuidadosa e a superproteção controladora de seus pais ou responsáveis. Tal fator parece influenciar sobremaneira o modo de viver dos adolescentes e jovens diabéticos.

Assim, o tipo de cuidado fornecido em seu contexto familiar pode influenciar na sua forma de perceber e de vivenciar a doença, o que vem confirmar a literatura significativa que indica a necessidade de trabalhos que otimizem a autonomia dos acometidos. Porém, o excesso de controle, de superproteção pode fazer com que os adolescentes e jovens diabéticos não consigam desenvolver uma postura madura e autônoma frente ao adoecer.

Por outra via, foi possível conhecer, a partir da vivência na pesquisa, a realidade desse portadores, especificamente, na dependência do suporte assistencial fornecido pelo poder público. Assim, verificou-se a necessidade de apoio da rede de assistência em saúde por uma equipe multidisciplinar, não somente para atendimento de suas demandas, mas também no desempenho de ações direcionadas ao público adolescente e jovem acometido pelo DM. Ressalta-se, ainda, neste contexto, a necessidade de um suporte de apoio adequado que compreenda desde o fornecimento de insumos para o controle glicêmico, o apoio logístico para a manutenção e conservação do tratamento, até a necessidade de ações de caráteres educativo e preventivo, principalmente com suporte concebido pelo viés da Atenção Psicossocial.

Dessa maneira, verifica-se que a realidade dos adolescentes e jovens diabéticos da cidade carece de ações efetivas e perenes, em especial, na concepção e execução de um tratamento que aceite o sujeito como um ser biopsicossocial. E, pelo que foi relatado, tal perspectiva ainda não é concreta para esse público pois, a rede de assistência em saúde do município não consegue ofertar um espaço para a escuta desejada pelo grupo, além do suporte básico não ser executado de forma efetiva, dificultando assim as articulações de outra ordem.

Logo, evidencia-se a necessidade de se estabelecer programas de educação para os adolescentes e jovens diabéticos no município, em que não somente a escuta qualificada seja a chave para os enfrentamentos da doença, mas também o estabelecimento de um apoio para a manutenção do tratamento.

Nessa direção, a oferta de ações com o intuito de se alcançar medidas pautáveis de apoio ao diabético torna-se fundamental para se entender o ser subjetivo e o processo de produção de sua subjetividade neste processo de convivência com a doença, promovendo espaços para o desenvolvimento cotidiano de intervenções psicossociais efetivas direcionadas ao público adolescente e jovem portador da doença.

Portanto, em uma cidade com pouco mais de 7.000 habitantes, para além da manutenção do suporte básico de saúde, a realidade de vida dos diabéticos necessita, ainda, de programas para a educação em diabetes, no intuito de melhorar adesão ao tratamento e promover a qualidade de vida. Sabe-se que os programas voltados para a educação continuada são capazes de desenvolver habilidades específicas nestes portadores e incorporar ferramentas necessárias para a eficiência e a eficácia no tratamento. Além disso, adolescentes e jovens bem esclarecidos e orientados em relação à sua doença podem aliviar a sobrecarga do sistema de saúde, advinda do mau controle do diabetes.

Outra ação indicada pelos participantes foi a necessidade de apoio para aquisição da Bomba de Infusão de Insulina (bombinha), tendo em vista que este mecanismo possui alto custo financeiro para aquisição, além do gasto mensal de insumos necessários para seu funcionamento. Portanto, quando se obtém este equipamento via poder público, mesmo que recorrendo a medidas judiciais, os usuários só têm a se beneficiar diante do tratamento. Assim, ações de apoio a esse processo junto aos diabéticos que se enquadram nesse padrão para o recebimento do equipamento seriam uma forma de apoio que impactaria positivamente na realidade desse grupo.

Outro objetivo específico desta pesquisa foi caracterizar elementos relacionados à ressignificação da doença. Nesse sentido, foi possível observar que o tempo do diagnóstico pode ser um fator de influência no posicionamento perante a doença. Contudo, mesmo contando com participantes com distintos tempos de convívio com a doença, a saber, adolescentes e jovens recentemente diagnosticados e outros acometidos há anos, a significação e ressignificação acontece com todos os acometidos.

Entende-se que os diversos episódios causados pela doença subsidiam o processo de ressignificação destes sujeitos. Sabe-se que este é um processo ainda de produção de conhecimento e de aperfeiçoamento, tendo no trabalho em grupo um espaço de partilha e troca

de experiências, além do aprendizado diante dos enfrentamentos nas situações emocionais e psíquicas diante da doença.

Para tanto, torna-se de extrema necessidade reforçar que exigir o conformismo e a aceitação do diagnóstico pode não ser o caminho único, uma vez que o acometido deve ser ouvido para trabalhar suas questões subjetivas. Ressalta-se que cada sujeito deve ter a oportunidade de escrever e percorrer o caminho da sua relação com a doença e com o tratamento, com sua família, com seu contexto social e seus pares.

Neste ínterim, acredita-se que a partir da vivência na Oficina, em alguns momentos o processo de ressignificação pode ter ocorrido, porque através da compreensão das implicações da doença e das atuais atitudes de alguns participantes pôde-se identificar novos sentidos para a experiência que estes vivenciaram. A apropriação da doença, como presente em diversas falas, parece indicar para a ocorrência desse processo.

Seja no posicionamento de alguns jovens perante a doença e mesmo perante seus pais, seja na busca por informações mais detalhadas com relação à novas formas de apoio ao tratamento, seja no convite à participação e continuidade do trabalho grupal, na constituição de uma Associação de Diabéticos, isto é, na proposição de melhorias ao suporte em saúde. Estes, e outros elementos que podem indicar novos sentidos e a ressignificação da doença foram apresentados nos diversos momentos da pesquisa.

Assim, acredita-se que ainda que de modo incipiente, alguns elementos relacionados à ressignificação estiveram presentes na Oficina por meio de um processo de subjetivação pelo qual alguns participantes demonstraram indícios de se apropriarem para a convivência com sua doença. Tal fato levou a um reordenamento de suas perspectivas frente à diabetes.

Por fim, como objetivo principal desta pesquisa, buscou-se analisar, com adolescentes e jovens diabéticos ou em risco de desenvolver a doença, as implicações de sua participação em Oficina de Intervenção Psicossocial.

Nesta ordem, verificou-se que a participação neste processo subsidiou uma nova forma de se perceber perante a doença, família e sociedade. Conforme sinalizado nos objetivos anteriores, bem como no processo de produção de resultados e na análise, pôde-se observar um novo posicionamento de alguns jovens frente às questões que antes eram desconhecidas ou desafiadoras para eles.

Assim, a participação na Oficina favoreceu tanto a partilha de informações técnicas, como de concepções acerca do enfrentamento da doença, o que pode ter favorecido uma maior implicação e autonomia dos participantes frente ao adoecer. O modo como cada sujeito realiza seu controle e seu acompanhamento diário influencia a percepção que o outro possui,

estabelecendo um espaço de reflexão e aprendizagem. As alternativas de apaziguamento dos agravos, a condução do tratamento, bem como sua compreensão e conhecimento diante da doença são fatores que proporcionam uma troca de experiências, quando em grupo.

A participação na Oficina influenciou, também, na busca por melhorias frente ao suporte em saúde tanto no compartilhamento de problemas vivenciados quanto na reivindicação de elementos problemáticos para os participantes, bem como na busca pela continuidade de um trabalho de educação em saúde para os adolescentes e jovens diabéticos da cidade.

Outro elemento que se relaciona diretamente ao objetivo principal diz respeito à estruturação da oficina, pois, por indicação dos participantes, chegou-se a um planejamento da dinâmica a ser seguida na execução da pesquisa.

Os temas foram definidos pelos participantes como sendo elementos importantes a serem tratados acerca da vivência dos portadores com a doença, *“Para início de conversa”*, *“Diante do espelho: o cuidado com o corpo e com a alimentação”*, na sequência, *“Vivendo com a doença - angústias e revoltas”* e por último, *“O futuro do diabético – quem faz o futuro somos nós”*.

Segundo os participantes, esses temas foram sugeridos com o objetivo de se criar espaço para expressar seus sentimentos e emoções e favorecer a troca de experiências e de informações sobre diabetes *mellitus*, assim como para serem debatidos as inovações e cuidados acerca da doença. Por último, para fornecer um espaço a fim de que pudessem fazer seus relatos individuais.

Ou seja, toda a concepção da Oficina seguiu a premissa da participação, o que culminou na necessidade de implicação dos participantes desde a construção até a execução da mesma.

Um último elemento significativo no processo de implicação da participação dos adolescentes e jovens foi a apresentação, em diversos momentos, das necessidades de compartilhamento das informações tratadas no grupo com outros jovens. Os participantes relataram acreditar que muitas pessoas desconhecem a doença e, a disseminação de informações sobre ela poderia ser uma forma de apoio ao tratamento, além de favorecer o diagnóstico de outras pessoas que parecem conviver com a doença, mas não procuram ser diagnosticadas por desconhecimento. A partir desses pontos, trabalhou-se no decorrer da oficina na construção de um produto que pudesse ser disponibilizado à comunidade.

Nesse sentido, algumas possibilidades foram apresentadas, como por exemplo, a produção de panfletos, de jornal informativo, a realização de uma caminhada para conscientização da população, de palestras e, por último, da participação em programa de rádio

da cidade com intuito de discutir sobre a doença além de buscar a participação efetiva das pessoas.

Após o debate da viabilidade de operacionalização e impactos das diversas alternativas listadas, chegou-se à escolha da última opção, ou seja, a participação na rádio da cidade. Com essa definição, os participantes passaram a se articular internamente, buscando a conclusão desse objetivo. As tarefas foram divididas entre eles. Alguns viabilizaram a participação na rádio por meio dos contatos que possuíam. Outros apoiaram na pesquisa e estruturação de informes, dados e falas a serem apresentadas. A participação na rádio foi agendada para a Semana Mundial do Diabetes e os sujeitos diabéticos foram convidados para participarem de um programa com duração de 02 (duas) horas, com colaboração ao vivo do público da cidade e redondezas por meio de perguntas via telefone e mídias sociais.

Essa ação foi avaliada pelos participantes da pesquisa como tendo sido importante para eles e para toda a comunidade, com índices de visualizações e comentários pertinentes nas redes sociais, atendendo, desta forma, ao objetivo da proposta.

A conclusão dessa ação pode ser vista como um elemento significativo da implicação dos adolescentes e jovens envolvidos na pesquisa. Assim, ao findar deste estudo, pode-se concluir que os objetivos traçados inicialmente, estão sendo conquistados.

Sugere-se que estudos futuros possam ser realizados com vistas à complementaridade desta pesquisa. Seja no aprofundamento de estudos com esta população, seja no estudo das formas de suporte em saúde oferecidas, efetivamente, pelo município, ou ainda, no desenvolvimento de estudo avaliativo da Equipe de Saúde da Família que oferece suporte direto através da rede municipal. Por último, a realização de estudos que identifiquem elementos significativos da adesão continuada ao tratamento deste público, com especial foco na perspectiva biopsicossocial.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abade, F. L.; Lima, Y. (2009). A Oficina de intervenção psicossocial como estratégia de formação e articulação no trabalho com educadoras no contexto da pesquisa-ação. In: *XIII Colóquio Internacional de Psicossociologia e Sociologia Clínica*, 2009, Belo Horizonte. XIII /Colóquio Internacional de Psicossociologia.
- Afonso, M. L. M. (2006). *Oficinas em dinâmicas de grupo: um método de intervenção psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Afonso, M. L. M. (Org). (2006 a). *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Afonso, M. L. M.; Vieira-Silva, M. & Abade, F. L. (2009). O processo grupal e a educação de jovens e adultos. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 707-715.
- Afonso, M. L. M.; (2011). Notas sobre sujeito e autonomia na intervenção psicossocial. *Psicologia em Revista* (Online), v. 17, p. 445-464, 2011.
- Afonso, M. L. M. e Fadul, F. M. (2015). O trabalho com grupos no PAIF: um diálogo interdisciplinar com a Oficina de Intervenção Psicossocial. *Pesqui. prá. psicossociais* [online]. 2015, vol.10, n.1, pp. 140-154. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid...89082015000100012 Acessado em: 12/05/2017
- Aguiar, W. M. J. e Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2006, vol.26, n.2, pp.222-245. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000200006>. Acessado em: 23/08/2017
- Alberti, G. F., Salbego, C., Carvalho, S. O. R. M., Alberti, D. L. (2014). Educação popular trabalhada em oficinas de saúde: a sexualidade durante o adolecer. *Rev. Ed. Popular* [online]. 2014, vol.13, n.1, p. 75-81. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/viewFile/24871/14615>
- Alencar, D. de C., & Alencar, A. M. P. G. A. (2009). O papel da família na adaptação do adolescente diabético. *Rev. Rene, Fortaleza*, v. 10, n. 1, p. 1-165.
- Almeida, S. P. de e Soares, S. M. (2010). Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Ciência saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp.1123-1132. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700020>. Acessado em: 13/12/2017
- American Diabetes Association. (2016). Classification and diagnosis of diabetes. In: 2016 Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2016;39:S13-22. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/39/Supplement_1/S13.full.pdf Acessado em: 08/02/2017
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2015). *O que é a diabetes?* Disponível em: <http://www.apdp.pt/a-diabetes/a-pessoa-com-diabetes/o-que-e-diabetes> Acessado em: 12/01/2017.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. 3a reimp., 1. ed. São Paulo: Edições 70.

- Bastos, A. B. B. I. (2010). A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo informação*, 14(14), 160-169. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&tlng=pt. Acessado em: 28/08/2017
- Berni, V. L. & Roso, A. (2014). A adolescência na perspectiva da psicologia social crítica. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 126-136. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/14.pdf> Acesso em: 23/10/2017
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
- Baumann L. C., Dang T.T.N. (2012) Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care. *The Nurse Practitioner*. 2012, 37 (3): 32-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000411104.12617.64> Acesso em: 17/08/2017
- Caires M.G., Araújo A. (2013). Grupo educativo com adolescentes diabéticos: um relato de experiência. *Revista Adolescência e Saude*. 2013;10(1):56-62. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=356 Acessado em: 18/09/2017
- Correr, R., Camargo, T. C., Martinelli, B., Negrato, C. A., Barrile, S. R. (2013). Avaliação do cotidiano e enfrentamento de adolescentes com diabetes mellitus 1. *Salusvita*, Bauru, v. 32, n. 3, p. 243-263.
- Farias, H. T. G., Luchetti, F. F., Zanetti, M. L., Araújo, M. F. M. de, Damasceno, M. M. C. (2013) Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta paulista de enfermagem* [online]. 2013, vol.26, n.3, pp.231-237. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-2100201300030000>
- Fialho, F. A., Dias, I. M. A. V., Nascimento, L., Motta, P. N., Pereira, S. G. (2011). Crianças e adolescentes com diabetes mellitus: cuidados/implicações para a enfermagem. *Revista baiana de enfermagem*; 25(2), 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=&p&nextAction=lnk&exprSearch=763870&indexSearch=ID> Acessado em: 29/10/2017
- Faerman, L.A. (2014). A Pesquisa Participante: Suas Contribuições no Âmbito das Ciências Sociais. *REVISTA CIÊNCIAS HUMANAS - UNITAU* • Volume 7, número 1, p. 41-56, jan-jun/2014 • Taubaté-SP - Brasil.
- Ferreira, L. E., Zanatta, E. A, Brum, M. L. B., Nothaft, S. C. (2013). Diabetes Mellitus sob a ótica do adolescente. *Cogitare Enfermagem*, 2013 jan/Mar, 18 (1) 71:79.
- Flora, M. C., e Gameiro, M. G. H. (2016). Autocuidado dos Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Conhecimento acerca da Doença. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 8 - jan./fev./mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15024>. Acesso em 23/09/2017.
- Fragoso, L. V. C., Araújo, M. F. M., Lima, A. K. G., Freitas, R. W. J. F., Damasceno, M. M. C. D. (2010). Vivências cotidianas de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 19 (3): 443-51.
- Freitas, F. V. de, Sabóia, V. M. (2007). Vivências de adolescentes diabéticos e contribuições da prática educativa da enfermeira. *Rev. Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 15(4):569-73.

- Garvey K.C., Wolpert H.A., Rhodes E.T. (2012). Health care transition in patients with type 1 diabetes: young adult experiences and relationship to glycemic control. *Diabetes Care*. 2012;35(8):1716–22. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11892-012-0311-6> Acessado em: 13/10/2017
- Gonçalves, B. D.; Saadallah, M. M.; Queiroz, I. S. (2015). Articulando redes, fortalecendo comunidades: intervenção psicossocial e articulação entre universidade, comunidades e políticas públicas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(1), São João del-Rei, 2015. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/7_Goncalves.pdf. Acesso em: 12/10/2017.
- IDF (2015). Atlas do Diabetes 2015 - Atualização. 7ª edição - *International Diabetes Federation* - IDF. Disponível em: www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/atlas-idf-2015.pdf Acessado em: 27/02/2017.
- Lévy, A. (2001). A mudança: esse obscuro objeto de desejo. In: M. N. da M. Machado et al. (org.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. (pp. 121-131). Belo Horizonte: Autêntica.
- Machado, M. N. da M. (2004). *Práticas psicossociais. Pesquisando e intervindo*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social.
- Machado, M. N. da M. (2010). Intervenção psicossociológica, método clínico, de pesquisa e de construção teórica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 5(2), São João del-Rei, agosto/dezembro 2010.
- Marconi, M. de A., Lakatos, E. M. (2010). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 7ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Medeiros, M., Santos, F. A. (2011). O conceito de Esquema Conceitual Referencial Operativo - ECRO e o processo de ressocialização de apenados: um estudo etnográfico-hermenêutico. *Barbaroi*, (34), 4-22. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100002&lng=pt&tlng=pt. Acessado em: 25/04/2017
- Menezes, K. K. P. de, Avelino, P. R. (2016). Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Caderno de Saúde Coletiva*, 2016, Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf> Acessado em: 12/08/2017
- Michels, M. J., Coral, M. H. C., Sakae, T. M., Damas, T. B., Furlanetto, L. M. (2010). Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 54, n. 7, p. 644-651,
- Minayo, M. C. S. (2006) *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 406 p.
- Okamoto, M. M. (2017). *Revisitando Enrique Pichon-Rivière: Grupo Interno, história de origem e contexto social*. PUC-SP. São Paulo. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/19738/2/Marta%20Maria%20Okamoto.pdf> Acessado em: 17/06/2017
- Oliveira, C. N. (2012). *Análise do processo grupal da Associação de Portadores de Diabetes de São João del-Rei: articulações entre identidade e participação*. Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei.

- Oliveira, E. V. M. de; Tito, E. R., Furtado, A. L. F., Rezende, D. P. de. (2016). Compreendendo a diabetes *Mellitus* na adolescência: Ações de um trabalho grupal. In.: OLIVEIRA, A. L/ de; RUFINO, J. de A.; SILVA, M. C. da (Org). *Saberes e fazeres: coletânea de artigos de extensão e de pesquisa do IF Sudeste MG Campus São João del-Rei*. ISBN 978-85-92922-00-9. São João del-Rei: [s.n.].
- Organização Pan-americana da Saúde (2015). *Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus no Brasil*. Brasília, DF: OPAS, 32p. Disponível em: www.iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34278/9788579671180-por.pdf Acessado em: 14/07/2017
- Pennafort V.P.S., Silva A.N.S., Queiroz M.V.O. (2014). The perception of nurses regarding educational practices for children with diabetes in hospital care. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2014 Sept ;35(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000300130&script=sci_arttext Acessado em: 03/10/2017.
- Pilger C, Abreu I.S. (2013) Diabetes na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. *Cogitare Enfermagem* 2007;12(4):494-501. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4836/483648985012/> Acessado em: 30/08/2017.
- Pichon-Rivière, E. (1998) *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rezende, D. P. (2017). *Doce vida/associação dos portadores de diabetes de São João del-Rei: Um estudo de caso sobre a atenção psicossocial e a adesão ao tratamento em diabetes*. Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/Daniela%20Procopio%20de%20Rezende.pdf> Acessado em: 25/02/2017.
- Rocha, P. A. (2014). *A prática dos grupos educativos por enfermeiros na atenção primária à saúde*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Santos, M. J., Silva, I., Cardoso, M. H. (2009). Avaliação da qualidade de vida e do controle glicêmico em diabéticos tipo 1 com bomba infusora de insulina. *Revista Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo*, 4(1), 33-42. Disponível em: www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn9/serIVn9a02.pdf Acessado em: 13/11/2017.
- Santos, M. A., Scatena, L., Dias, M. G. R. O., Pillon, C., Miaso, S., Inocenti, A., Souza, J. de, Petean, E. B. L., & Zanetti, M. L. (2016). Grupo operativo com professores do ensino fundamental: integrando o pensar, o sentir e o agir. *Revista da SPAGESP*, 17(1), 39-50. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000100005&lng=pt&tlng=pt. Acessado em: 12/08/2017
- Serrabulho L., Matos M.G., Nabais J.V., Raposo J.F. (2015). A educação para a saúde nos jovens com diabetes Tipo 1. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2015;16:70-85. Disponível em: www.redalyc.org/pdf/362/36237156008.pdf Acessado em: 02/08/2017.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2015). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes*. 2015-2016 Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acessado em: 10/05/2017.

- Silva, A. B. et al. (2015). *Análise de situação de saúde: município de Franco da Rocha (SP)*. Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, São Paulo.
- Spink, M. J., Menegon Mincoff, V., Medrado, B. (2014). Oficinas como estratégias de pesquisa: articulações teórico metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicologia e Sociedade*, 26 (1), 32-43.
- Thiollent, M. J. M. (2011). *Metodologia de pesquisa-ação*. 18. ed. São Paulo: Cortez.
- Triviños, A. N. S. (2009). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1ª Ed. 18ª Reimpressão – São Paulo: Atlas.
- W.H.O. (2012). World Health Organization. *Global Status report on noncommunicable diseases*. Geneva. Disponível em: www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/. Acessado em: 15/08/2017
- Zanoni, T. P. (2014). *Diagnóstico do Diabetes Mellitus: um desafio para a atenção primária*. Florianópolis. UFSC.

8. ANEXOS

Anexo I

ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

1. Como foi a experiência de participar do grupo sobre Diabetes realizada na Escola Basílio da Gama?
2. Para você o que significa a palavra: “Grupo”?
3. Durante sua participação no grupo você pode compartilhar suas experiências com os colegas? Quais foram as experiências?
4. No grupo você pode refletir sobre a Diabetes no seu dia a dia? De que forma?
5. Ter participado do grupo lhe ajudou a perceber mudanças sobre a Diabetes no seu dia a dia? De que forma?
6. Você continuou a manter contato ou a conviver com os colegas do grupo depois dos encontros? De que forma?
7. Quais sofram os seus sentimentos e emoções em ter participado dos encontros?
8. Quais foram os pontos positivos e negativos na vivência destes encontros?

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Participantes menores de 18 anos)

O(A) _____ está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Oficina de Intervenção Psicossocial: um estudo com jovens diabéticos ou em risco de saúde na Cidade de Tiradentes - MG”. Neste estudo pretendemos analisar as implicações da participação em Oficinas de jovens diabéticos e, ou em risco para desenvolver a doença, buscando identificar pontos positivos e negativos relacionados aos enfrentamentos com a diabetes a partir desta vivência. O motivo que nos remete a estudar e explorar esse assunto se direciona principalmente à escassez de pesquisas e estudos voltados para a saúde do adolescente e jovem diabético na cidade de Tiradentes-MG. Entende-se que, uma vez que se adquire conhecimento sobre a doença, seus riscos, consequências e prevenção de danos, o portador poderá minimizar as sequelas para vida adulta, além de obter qualidade de vida mesmo sendo portador de uma doença crônica. Esta pesquisa tem como benefício desenvolver um espaço para que os mesmos possam expressar seus sentimentos acerca do ser portador de diabetes mellitus e suas implicações na participação em oficinas de grupo; além de trabalhar a rede de saúde existente nesse Município com vistas a ofertar programas educativos relacionados à doença. Para este estudo adotaremos três etapas, sendo estas: entrevista semiestruturada antes e posteriormente aos encontros como forma de categorizar aspectos negativos e positivos com a utilização desta metodologia e ainda de elucidar as questões norteadoras deste estudo; e a realização de oficina de intervenção psicossocial, contendo 4 (quatro) encontros com este grupo. Para participar deste estudo a _____ não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O pesquisado, pais e, ou responsáveis serão esclarecido(a)s sobre o estudo em qualquer aspecto que desejarem e estarão livres para participar ou recusar-se a participar, podendo o mesmo retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma de condução desse estudo. O pesquisador irá tratar a identidade dos participantes envolvidos com padrões profissionais de sigilo e não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Não precisará responder a qualquer pergunta, caso sinta desconforto. Conforme,

resolução CNS 510/2016, esta pesquisa se enquadra como sendo de grau de risco mínimo. Este parâmetro sendo resultado da apreciação de seus procedimentos metodológicos e de seu potencial mínimo de causar danos maiores ao participante do que os existentes na vida cotidiana, em consonância com o caráter processual e dialogal da presente pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação não será liberado sem a sua permissão. Conforme orientação da Resolução CNS 466/12, os dados desse projeto serão guardados sob responsabilidade do pesquisador durante cinco anos e posteriormente serão destruídos de forma adequada. Além disso, os resultados da pesquisa, assim que finalizados, estarão à disposição dos sujeitos participantes. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida para o participante.

Este estudo obedecerá às normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que sendo responsável pelo (a) _____ concordo que participe desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Tiradentes, ____ de _____ de 20 ____ .

_____ Assinatura do(a) participante (Responsável)

_____ Assinatura do(a) pesquisador(a)

Anexo III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Participantes maiores de 18 anos)

Prezado(a) _____ você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Oficina de Intervenção Psicossocial: um estudo com jovens diabéticos ou em risco de saúde na Cidade de Tiradentes - MG”. Neste estudo pretendemos analisar as implicações da participação em Oficinas de jovens diabéticos e, ou em risco para desenvolver a doença, buscando identificar pontos positivos e negativos relacionados aos enfrentamentos com a diabetes a partir desta vivência. O motivo que nos remete a estudar e explorar esse assunto se direciona principalmente à escassez de pesquisas e estudos voltados para a saúde do adolescente e jovem diabético na cidade de Tiradentes-MG. Entende-se que, uma vez que se adquire conhecimento sobre a doença, seus riscos, consequências e prevenção de danos, o portador poderá minimizar as sequelas para vida adulta, além de obter qualidade de vida mesmo sendo portador de uma doença crônica. Esta pesquisa tem como benefício desenvolver um espaço para que os mesmos possam expressar seus sentimentos acerca do ser portador de diabetes mellitus e suas implicações na participação em oficinas de grupo; além de trabalhar a rede de saúde existente nesse Município com vistas a ofertar programas educativos relacionados à doença. Para este estudo adotaremos três etapas, sendo estas: entrevista semiestruturada antes e posteriormente aos encontros como forma de categorizar aspectos negativos e positivos com a utilização desta metodologia e ainda de elucidar as questões norteadoras deste estudo; e a realização de oficina de intervenção psicossocial, contendo 4 (quatro) encontros com este grupo. A participação neste estudo não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Os pesquisados serão esclarecido(a)s sobre o estudo em qualquer aspecto que desejarem e estarão livres para participar ou recusar-se a participar, podendo o mesmo retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma de condução desse estudo. O pesquisador irá tratar a identidade dos participantes envolvidos com padrões profissionais de sigilo e não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Não precisará responder a qualquer pergunta, caso sinta desconforto. Conforme, resolução CNS 510/2016, esta pesquisa se

enquadra como sendo de grau de risco mínimo. Este parâmetro sendo resultado da apreciação de seus procedimentos metodológicos e de seu potencial mínimo de causar danos maiores ao participante do que os existentes na vida cotidiana, em consonância com o caráter processual e dialogal da presente pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação não será liberado sem a sua permissão. Conforme orientação da Resolução CNS 466/12, os dados desse projeto serão guardados sob responsabilidade do pesquisador durante cinco anos e posteriormente serão destruídos de forma adequada. Além disso, os resultados da pesquisa, assim que finalizados, estarão à disposição dos sujeitos participantes. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida para o participante.

Este estudo obedecerá às normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro concordância em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Tiradentes, ____ de _____ de 20____ .

_____ Assinatura do(a) participante

_____ Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar: CEP-COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CES/JF - campus Academia - Rua Halfeld, 1.179, 2º andar prédio do CES/JF, sala 223. Telefone (32) 3250-3812

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: EVA VILMA MUNIZ DE OLIVEIRA/ ENDEREÇO: RUA OPERÁRIO MIGUEL JOSÉ DA COSTA, 05 – CASCALHO, TIRADENTES/FONE: (32) 99423812/E-MAIL: EVA.OLIVEIRA@IFSUDESTEMG.EDU.BR