

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA**

BRUNA BROGNI DA SILVA

**PARTICIPAÇÃO NUM GRUPO DE CONVIVÊNCIA E AS SUAS IMPLICAÇÕES
PARA A VIDA DE PORTADORES DE DIABETES MELITTUS TIPO I**

Porto alegre

2017

Bruna Brogni da Silva

**PARTICIPAÇÃO NUM GRUPO DE CONVIVÊNCIA E AS SUAS IMPLICAÇÕES
PARA A VIDA DE PORTADORES DE DIABETES MELITTUS TIPO I**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à comissão de graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do diploma em Educação Física – Licenciatura.

Orientador: Prof. Dr. Marco Paulo Stigger

Porto Alegre
2017

Bruna Brogni

**PARTICIPAÇÃO NUM GRUPO DE CONVIVÊNCIA E AS SUAS IMPLICAÇÕES PARA
A VIDA DE PORTADORES DE DIABETES MELITTUS TIPO I**

Conceito final:

Aprovado em 5 de Janeiro de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luís Fernando Alvarenga – UFRGS

Orientador – Prof. Dr. Marco Paulo Stigger – UFRGS

Agradecimentos

Sinto-me agradecida a todos aqueles que se envolverão nesse trabalho, sem os coadjuvantes nada seria possível. Em especial a minha família, sem eles nada seria possível, desde o vestibular até a apresentação deste, superamos todas as barreiras. Pai e mãe tudo é para vocês e por vocês. As minhas irmãs, Cintia e Renata que desde sempre estiveram comigo seja nas horas de estudo, seja nas horas de conversar e acalmar a alma. Nós conseguimos! Obrigada!

Agradeço também aos meus amigos, em especial a Giovanna, a Paloma e a Victória, que diversas vezes me deram o apoio necessário para seguir a diante. Agradeço da mesma forma a todos os colegas do Grupo de Estudos Socioculturais em Educação Física, principalmente a Maitê, peça fundamental nesse desenvolvimento. De forma imensurável agradeço meu orientador, obrigada pelos ensinamentos, pelos puxões, e claro pelos diálogos e discussões. As quais não enriqueceram apenas meu trabalho, mas a mim como ser. Por último, mas não menos importante, o grupo no qual realizei a pesquisa, o qual estive de total forma aberto aos meus questionamentos e que me recebeu de acolhedoramente. Obrigada, sem vocês este trabalho não seria possível.

A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos.

Charles Chaplin

Resumo

O Diabetes Mellitus Tipo I (DM1) é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia, com tratamento insulínico – buscando uma rotina estável, retardando ou impedindo complicações agudas e/ou crônicas. Exige cuidados básicos, como a prática regular de atividade física, fundamental ao tratamento, resultando em benefícios à saúde física, mental e emocional, somado ao melhor controle da DM1. Diante dos benefícios biológicos da atividade física na DM1 já conhecidos, observei um grupo de convivência e suas implicações na vida dos participantes. A partir de um grupo focal, de algumas entrevistas e da participação em um acampamento direcionado a essas pessoas, percebi que o convívio social tem diversas influências sobre a vida dos seus participantes. Algumas categorias de percepção foram constatadas, como: o sentimento de pertencimento, já que partilham uma mesma condição e assim compreendem-se; a melhoria do controle do diabetes, o que se dá, também através das trocas realizadas resultantes das aprendizagens individuais e coletivas; o incentivo mútuo à prática esportiva, que se relaciona com a convivência e o prazer de estarem juntos. Também é possível dizer que a DM1 foi apenas uma situação que os uniu, mas não é ela os mantém juntos e praticantes da atividade física.

Palavras-chave: DM1. Grupo de convivência. Aceitação.

Abstract

Type I Diabetes Mellitus (DM1) is a metabolic disease characterized by hyperglycemia, with insulin treatment - seeking a stable routine, delaying or preventing acute and / or chronic complications. It requires basic care, such as regular practice of physical activity, which is fundamental to treatment, resulting in benefits to physical, mental and emotional health, coupled with better control of DM1. Given the biological benefits of physical activity in DM1 already known, I observed a group of coexistence and its implications in the life of the participants. From a focus group, some interviews and participation in a camp directed at these people, I realized that social interaction has several influences on the lives of its participants. Some categories of perception have been observed, such as: the feeling of belonging, since they share the same condition and thus understand each other; the improvement of diabetes control, which also occurs through the exchanges that result from individual and collective learning; the mutual incentive to practice sports, which is related to the coexistence and the pleasure of being together. It is also possible to say that the DM1 was just a situation that united them, but it is not she keeps them together and practitioners of physical activity.

Keywords: DM1. Group of coexistence. Acceptance.

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 7 |
| 2. Revisão de Literatura | 9 |
| 2.1 Saúde e suas definições | 9 |
| 2.2 Conceito e fatores de risco da DM | 11 |
| 2.3 Classificação da DM e suas implicações físicas | 11 |
| 2.4 Hipoglicemia | 12 |
| 2.5 A DM e suas implicações sociais e emocionais | 13 |
| 2.6 Grupos de Convivência no processo de aceitação da DM | 15 |
| 3. Objetivo e questões norteadoras | 18 |
| 4. Metodologia | 19 |
| 4.1 Grupo Focal | 19 |
| 4.1.1 Características essenciais do Grupo Focal | 20 |
| 4.2 Entrevista semi-estruturada | 21 |
| 4.3 O encontro: grupo focal e entrevistas | 21 |
| 5. Percepções desse processo | 23 |
| 5.1 Primeiros contatos com a nova condição de DM1 | 23 |
| 5.2 DM1 e suas implicações na rotina | 26 |
| 5.3 DM1 e a rede de apoio | 28 |
| 6. O grupo – parte fundamental da rede de apoio | 29 |
| 6.1 O processo de entrada no grupo | 29 |
| 6.2 O grupo como espaço comum | 30 |
| 6.3 O grupo como espaço de trocas e experiências | 32 |
| 6.4 O grupo como espaço de incentivo aos cuidados | 33 |
| 6.5 O grupo como espaço de união | 34 |
| 7. Conclusão | 36 |
| 8. Apêndices | 39 |
| 9. Anexos | 40 |
| 10. Referências | 42 |

1. Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é tido como um grande entrave na saúde pública brasileira e no mundo, já que o número de portadores é cada vez maior – em diversas faixas etárias -, dentre eles quase a metade dos portadores – da população brasileira -, não possui diagnóstico (MANUAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES, 2002). Existe uma rotina de consultas e cuidados específicos, como orientação médica e nutricional adequada, aliada a prática regular de atividades físicas. Ainda segundo o Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes (2002), cerca de 8% da população brasileira tem a DM. Infelizmente uma boa parcela dessa população, como mostra o mesmo documento, não tem acesso ao tratamento ideal para o controle do DM, o que resulta em possibilidades reduzidas de controle das complicações dessa doença, especialmente as crônicas. Corroborando com os dados do Manual, estudos do Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993), mostraram claramente a redução e/ou retardo das complicações agudas e crônicas com o bom controle metabólico.

Obter uma vida saudável tendo DM não depende apenas de boa monitorização, conduta insulínica correta e boa alimentação, mas preponderantemente da forma como a pessoa convive com sua condição de saúde, de conhecer suas possibilidades e limites, do auxílio que recebe e do acesso a uma reeducação, inserindo a prática regular de atividade física e modificações nos hábitos de vida (MANUAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES, 2002, p.31). É importante aprender a lidar com doença, aprender a expressar-se e, a saber, identificar aquilo que traga maior bem-estar e prazer, buscar soluções que aproximem seus hábitos e rotinas anteriores à descoberta, para que a partir daí sejam construídos novos horizontes e possibilidades.

O comprometimento significativo da qualidade de vida é frequentemente relacionado ao diabetes, incluindo limitações funcionais, estresse social e financeiro, desconforto emocional e até depressão maior (FRANCIONI; SILVA, 2007). O perfil psicológico e o grau de aceitação do DM parecem exercer influência direta nos níveis glicêmicos do paciente segundo esses autores, já que os níveis de estresse, bem como fortes emoções alteram bruscamente a glicemia.

Além da aceitação por parte do paciente, é impar no processo o apoio dos familiares, de pessoas próximas, de instituições e entidades. Portanto, o apoio emocional, prático, material e/ou financeiro e o aconselhamento, são indispensáveis. Percebe-se que muitas vezes, que o apoio do grupo multiprofissional é determinante no processo. Assim, estudos e o

Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes (2002) propõem uma aproximação dos profissionais da saúde com o mundo de quem vive a doença, contribuindo para o desenvolvimento de uma comunicação mais efetiva a partir da compreensão do que envolve o viver com DM.

Visto todos esses pontos fica possível perceber que um bom controle da doença depende de uma boa aceitação e convivência, onde a reeducação dos hábitos de vida faz-se ímpar ao processo. Somado a isso a atividade física possui um papel fundamental, tanto no controle glicêmico, como em uma possível melhor convivência. A partir disso, esse estudo tem por premissa compreender como a prática de atividade física se insere na vida dos DM e como ela contribui para a aceitação ou não da DM, tendo como ponto principal o grupo de convivência.

O grupo de convivência estudado e referenciado ao longo do texto é composto por pacientes do Instituto da Criança com Diabetes (ICD), o qual oferta todo o atendimento referente à DM1, desde endocrinologistas até assistentes sociais, passando pelo serviço de educador físico. Esse elaborou e executou o projeto da criação de um grupo de corrida e posteriormente de times de futsal, tanto para melhoras glicêmicas relacionadas a práticas esportivas quanto pela interação e troca de experiências gerada pela convivência dos encontros periódicos. A participação em diversas provas pelo país – levando em consideração suas viagens -, e a realização de encontros além dos já proporcionados pelos treinos são outros meios de convivência do grupo. Podendo permitir assim, que essa fase tão complexa da aceitação seja amenizada fazendo uso da prática da atividade física, que auxilia tanto em uma melhor monitorização – já que com o exercício a glicemia tende a ter uma queda -, quanto na aceitação – pois todos ali compartilham da mesma condição fisiológica e possivelmente emocional.

Ademais a realização desse trabalho tem para mim um caráter que transpassa o meio acadêmico, está inserido na vida pessoal. Em 2007 fui diagnosticada DM1 aos treze anos de idade, passando por todos os entraves do processo, hoje convivo com a situação há dez anos e de forma harmônica. Muito em parte pela participação no grupo foco desse estudo que me auxiliou no enfrentamento da DM1 e me propiciou uma possível convivência e aceitação da condição crônica.

2. Revisão de Literatura

Este capítulo tem como finalidade apresentar, através de um levantamento bibliográfico, o que é o DM, quais as suas implicações físicas, sociais e emocionais. Em vista da importância do desenvolvimento de um grupo de convivência no processo de aceitação do viver com DM, há uma revisão sobre grupos e quais suas contribuições no processo de educação em saúde.

2.1 Saúde e suas definições

Um primeiro conceito de saúde, segundo Palma (2001, p.30) pode ser descrito como a ausência de doença. Embora rechaçada, esta concepção permaneceu no imaginário não só das pessoas comuns, mas também, dos profissionais da saúde. Um segundo conceito, da Organização Mundial da Saúde (OMS), é: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (LEWIS, 1986, p.1100 apud PALMA, 2001, p.30). Esta definição, apesar de representar uma evolução, ainda não soluciona a questão, já que não existe definição de “completo bem-estar”.

De acordo com Tuppy (2001, p. 283) saúde é um conceito muito mais amplo que a simples ausência de doenças. Mas como podemos elaborar um baseado em nosso dia a dia, partindo dos diversos aspectos envolvidos na arte do viver? Para tal, sabemos da suma importância da prática de atividades físicas em busca de melhores resultados fisiológicos e psicológicos. Ainda de acordo com o autor, é necessário darmos atenção aos alimentos que ingerimos e suas quantidades, bem como cuidados com a rotina de trabalho, onde ele declara que devemos trabalhar para viver e não viver para trabalhar, e sobre tudo realizar atividades que nos proporcionem prazer, alegria e a prática de vivências de lazer e esportes.

O conceito de saúde inclui alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde, conforme afirma Júnia (2011). Tal conceito foi editado em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, visando auxiliar no entendimento do conceito ampliado de saúde. Ainda segundo a autora a visão positivista de saúde – centrada na doença -, foi sendo desconstruída por médicos, enfermeiros e outros profissionais da área em prol de uma definição de saúde coletiva. O SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado a cerca do conceito de saúde ampliada, entretanto, se sustenta no modelo centrado no tratamento das doenças.

Ainda, segundo Palma (2001, P.30), discorrer sobre saúde é abordar o cenário político-social no qual estamos inseridos. Ele afirma, portanto, ser ingênuo acreditar que o adoecimento está relacionado apenas ao ser biológico, já que os fatores sociais possuem grande influência nesse sentido. O autor ainda afirma que a noção clássica de saúde define que o indivíduo que está doente não pode ser sadio. Aborda da mesma forma, que a doença pode ser evitada de modo determinista-biológico (basta acabar com a causa). E por fim, refere-se ao fato de que a doença pode ser evitada, principalmente, pelo próprio indivíduo (processo de “culpabilização”). Um quarto, mas não menos importante, é a falta de atenção ao contexto socioeconômico.

Outra visão de saúde rompe com tais conceitos e aborda como um direito à cidadania. Minayo (1992, p.10 apud PALMA, 2001, p.30) apresenta um conceito dentro desta perspectiva:

Saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Fica fácil perceber que conceituar “saúde” não é algo simples, além disso, os conceitos não são bem delimitados. Alguns autores, por exemplo, longe de tentar defini-la, tenta compreendê-la, concluindo ser um mistério. Percebemos que a doença está relacionada à história do indivíduo e deste com a sociedade, ela é uma perturbação experimentada pelo indivíduo, uma exceção que o afasta das suas relações vitais em que ele estava habitualmente vivendo. Esta experiência, da doença, relaciona-se ao estado anterior da saúde, que estando “esquecida” ou “não chamando a atenção” impõe o estabelecimento de valores padronizados. Ora, a doença, então, não pode existir sem a saúde. Porém, o mais interessante é que a saúde não é algo realizado pelo médico, mas, antes, a condição natural do ser (PALMA, 2001, P.31).

Portanto, Palma (2001, P.31) afirma que os problemas de saúde existentes, atualmente, em todo mundo estão relacionados às desigualdades sociais, aos problemas fundamentais da distribuição da riqueza. Onde a pobreza, a saúde e a educação, assim, se inter-relacionam numa rede de interações, onde os baixos salários, a má educação, a dieta pobre, a habitação e as condições de higiene insalubres e o vestuário inadequados influenciam mutuamente (NAVARRO, 1998; ROSEN, 1994 e PRATA, 1994 apud PALMA, 2001, P.31).

2.2 Conceito e fatores de risco do DM

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer, adequadamente, seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, em longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente os rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2001, p.16).

É também conhecida por ser uma doença autoimune, já que as células beta são destruídas, segundo Silverthorn (2003), onde o corpo falha no seu reconhecimento como próprias do corpo humano e as destrói por meio de anticorpos e células brancas do sangue. A hereditariedade, geralmente, desempenha um papel importante, cujo aqueles indivíduos que já se encontram suscetíveis tem seu início precedido de alguma infecção viral. Percebe-se que apenas 10% dos DM seja tipo I. A obesidade também desempenha um papel no desenvolvimento do diabetes clínico como afirma Silverthorn (2003).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.25), entre os sintomas para investigar presença de diabetes estão; polidipsia (boca seca), poliúria/nictúria (urinar em excesso), polifagia (fome em excesso), emagrecimento rápido, fraqueza, astenia (diminuição da força física), letargia (sem ânimo e com sono), prurido vulvar (irritação na pele) ou balanopostite (inflamação), diminuição brusca da acuidade visual, hiperglicemia confirmada mais de três vezes ou glicosúria em exames de rotina.

2.3 Classificações do DM e suas implicações físicas

Francioni (2002, p.23) faz uso dos conceitos de Costa e Neto (1994), ao estabelecerem que os mais frequentes tipos de diabetes são:

1) DM Tipo 1: Este tipo de diabetes é chamado de diabetes infanto- juvenil, instável ou insulino- dependente, ocorre mais em crianças e jovens (COSTA;NETO, 1994, P. 7-9). Resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência à cetoacidose (acidose metabólica causada por altas concentrações de cetoácidos, um produto do metabolismo de lipídeos, comum em DM1, quando o fígado quebra a gordura em resposta a uma necessidade percebida pela dificuldade da quebra de glicose. Ela também pode ocorrer após um jejum prolongado). Esse tipo ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos. Inclui casos

decorrentes de doença autoimune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida (BRASIL, 2001, p.14).

2) DM Tipo 2: Conhecido como diabetes de adulto ou da maturidade, estável ou não insulino- dependente. Ocorre, principalmente, em adultos, com maior frequência em pessoas obesas (COSTA;NETO, 1994, P. 7-9).

3) Diabetes gestacional: Aparece na gravidez, persistindo ou não após o parto (COSTA;NETO, 1994, P. 111).

2.4 Hipoglicemia

Caracteriza-se por níveis baixos de glicose no sangue e ocorre quando a glicemia sanguínea cai abaixo de 50 a 60 mg/dl. Ao afirmar que as condições de aumento do risco de hipoglicemia acentuam-se em casos de pessoas em uso de insulina, insuficiência renal incipiente ou instalada, omissão alimentar ou realização de exercícios não usual, educação em diabetes deficiente, baixa idade, insulino terapia recentemente iniciada e glicemia normal-baixa à noite, Francioni (2002, p.25) faz uso dos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), Constitui a principal complicação da insulino terapia. Existem estudos que demonstram estar a hipoglicemia envolvida como fator primário ou secundário de morte em 4% dos pacientes com DM tipo 1 (BRASIL, 2001, p.66).

Para Giacomet (199[?]) apud Francioni (2002, p.26), os sinais e sintomas da hipoglicemia incluem: suores, tonturas, palpitações, tremores, palidez, formigamentos ao redor da boca e língua, perda de consciência, sensação de fraqueza ou fome, dificuldade de se concentrar, sonolência ou desorientação, pele fria, pálida e úmida, dores de cabeça, irritabilidade ou depressão, visão turva ou dupla ou com manchas brancas e mudança de conduta, parecendo estar alcoolizado. Esses sintomas podem acontecer juntos ou isoladamente. Dependendo da conjugação e/ou do grau dos sinais e sintomas apresentados, numa crise de hipoglicemia podem ser consideradas como: leve, moderada (incluindo alguns dos sintomas acima) ou grave. Nesta última pode ocorrer coma ou convulsão e há, também, perda total ou parcial da consciência, o que impede o paciente de se tratar, necessitando de ajuda de familiares ou profissionais de saúde, conforme determina o autor.

2.5 A DM e suas implicações sociais e emocionais

Ao refletir sobre o DM e suas implicações sociais e emocionais, Francioni (2002; p.34) baseia-se em autoras como Trentini e Silva (1992), as quais afirmam que a doença crônica é identificada como um fator causador de estresse, mas, também, como fonte de novos estressores. Ao enfrentar uma condição crônica de saúde, o indivíduo pode experimentar uma sensação de que algo está errado em sua vida física, emocional e social Trentini e Silva (1992 apud FRANCIONI, 2002, p.34). Esses sentimentos e sensações físicas desagradáveis excedem ou sobrecarregam a capacidade para enfrentá-los. Como são estressores decorrentes de uma situação crônica de saúde, irão acompanhar esses indivíduos, ora com maior, ora com menor intensidade, mas por toda a vida.

As principais fontes de estresse incluem aspectos como: ter que seguir um regime de tratamento, compreender e aceitar as mudanças necessárias no estilo de vida e na rotina, alterações na sua energia física e também na sua aparência pessoal – emagrecimento, ganho de peso ou mesmo marcas na pele resultantes das aplicações. A saúde das pessoas, para Trentini e Silva (1992 apud Francioni, 2002, p.35) ou mesmo dos grupos com condições crônicas (incluindo as pessoas com diabetes), está relacionada às maneiras como essas pessoas enfrentam os estressores. Este enfrentamento tem como referência o significado que ele tem para cada pessoa.

Autores ressaltam a importância do ajuste emocional das pessoas com diabetes através da identificação e interpretação dos fatos. Para que este ajuste se processe é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam uma relação interpessoal, sustentada no respeito e na superação dos mecanismos de despersonalização induzidos. É através da relação interpessoal que podemos desenvolver um processo de ser saudável. Através da busca de um ajuste emocional e identificação com essa nova condição que pode ser obtido pelo convívio com o grupo, as pessoas com diabetes podem enfrentar e conviver com sua condição crônica, de uma forma mais amena do que aquelas que não procuram alguma forma de auxílio, quanto ao processo de convívio com a doença.

O ajuste emocional também encontra suporte entre a pessoa com diabetes junto às pessoas de seu convívio. Dessa forma, a família do diabético também enfrenta a ansiedade da perda frente à enfermidade que é dramática e exige cuidados, segundo Marcelino e Carvalho (2005, p.75) e por isso o diabetes deve ser tratado no grupo familiar, com um membro

apoiando outro, pois através do apoio emocional os familiares tornam-se significativos no monitoramento do diabetes e na execução das intervenções.

Para o desembargador do Tribunal de Justiça, família é segundo a Constituição a base da sociedade e tem proteção do Estado e deixa sua definição em aberto, aduzindo apenas que se entende, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes. A entidade familiar deve ter ligações afetivas, podendo ser formada por pessoas sem fatores genéticos em comum, até mesmo com animais que façam parte do processo cotidiano de cada um para Darlan (2015). Portanto, família são aqueles que auxiliam a pessoa em sua autoestima, em seu processo de entendimento de ser no mundo, incluindo aí amigos, pessoas do ambiente de trabalho, vizinhos, cachorro, etc (MANUAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES, 2002).

Portanto, problemas relacionados ao DM, como as alterações físicas e sociais, chamam a atenção para o inadequado controle da doença – medicamentoso e transgressões da dieta. A assistência prestada aos portadores de diabetes pode não ser satisfatória e isso interfere diretamente no processo de ser saudável de uma população. Damasceno (1997 apud FRANCIONI, 2002, p.36), quando fala em aceitação da doença dentro do existir da pessoa com diabetes, afirma que:

O diabético é lançado num mundo já constituído. Nesse mundo, ele recebendo informações de que é portador de uma doença incurável e, por conseguinte, precisa seguir determinadas regras para que possa ter uma vida “normal”.

Correia et al (1996 apud FRANCIONI, 2002, p.36) referenciam que:

“o doente tem direito a sentir-se perdido frente a nova condição de vida, ressalta como um lado positivo da terapêutica, trabalhar o aspecto psicológico como o caminho para promover saúde.”

A vivência do ser diabético implica em mudanças de hábitos de vida, ou seja, a pessoa que, anteriormente ao diagnóstico de diabetes, não adotava hábitos saudáveis de alimentação e não praticava atividade física deve tentar, então, procurar redirecionar a sua vivência diária a fim de promover uma condição mais saudável.

Autores como Nitschke et al (1992 apud FRANCIONI, 2002, p.36), referenciam que a família saudável promove saúde a partir do momento em que se auto estimam positivamente percebendo-se como família e compartilhando as mesmas ideias, de forma a atuar conscientemente no ambiente em que vivem, conseguindo, assim, traduzir a importância da participação da mesma no processo de convivência com determinada doença, crônica ou não.

Desta forma, a educação, a consciência e a promoção da saúde poderão, também, ser alcançadas quando o trinômio pessoal com diabetes x família x profissional de saúde perceber que a interação dessas partes é necessária para que se promova uma qualificação de saúde associada ao processo de ser saudável. Neste sentido é ímpar, deste trinômio, que a pessoa com diabetes, antes de qualquer outra pessoa de seu convívio, deseje procurar medidas de promoção ao autocuidado, pois não basta, apenas, o empenho de seus familiares ou dos profissionais de saúde.

2.6 Grupos de Convivência no processo de aceitação da DM

Miranda (2000 apud FRANCIONI, 2002, p. 39) utiliza uma alegoria feita por José Saramago ao definir que:

“um grupo de dez ou dose pessoas assustadas, sentadas ao redor de um saco de medos: o medo da solidão, do passado, do presente e do futuro, gerador das angústias de todo dia”.

O grupo apega-se pela necessidade de proximidade, para dar solução a problemas que lhe são pessoais, mas, inevitavelmente socializados, tornando-se problemas do grupo para o autor. Segundo Silva (2001, apud FRANCIONI, 2002, p.39), pertencer a um grupo, implica na construção de um processo de socialização, onde são estabelecidos códigos, reconhecidos valores e assimilada uma linguagem comum. Na sociologia, Ferreira (1988 apud FRANCIONI, 2002, p.39) diz que grupo é a forma elementar de agregação social, que se considera como um todo, com tradições morais e materiais.

Um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. O grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade e vice-versa, de modo que, tão importante quanto o fato dele se organizar a serviço de seus membros, é também a recíproca disso (ZIMERMAN E OSÓRIO, 1997 apud FRANCIONI, 2002, p.39). Cabe dizer que todo o indivíduo é um grupo (na medida em que, no seu interno, existe um grupo de personagens introjetados, como pais, irmãos, etc., que convivem e interagem entre si). Os autores afirmam, também, que um conjunto de pessoas constitui um grupo, um conjunto de grupos constitui uma comunidade e um conjunto interativo de comunidades configura uma sociedade.

Segundo Freire (1995 apud FRANCIONI, 2002, p.39), um grupo é um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes, que se reúnem por necessidades específicas. Em um grupo, cada participante exercita sua fala, seu silêncio e defende seus pontos de vista,

pois cada um é diferente do outro. Na vivência grupal, cada indivíduo vai percebendo, dentro de si, a presença do outro, constituindo assim, a característica primordial de um grupo.

Portanto, essa configuração, irá identificar um grupo, que dessa forma vivenciará suas dinâmicas de grupo. Onde tal apropriação dará conta de elevar o crescimento pessoal, e auxiliando – nesse grupo em especial – a aceitação do DM. Cada membro do grupo tem sua própria maneira de pensar e agir, sendo que estes devem direcionar suas ações para um determinado fim em comum. É num grupo que a pessoa exerce sua capacidade de doação, compartilhamento e humildade.

Um grupo (FREIRE,1995 apud FRANCONI, 2002, p.40), pode ser a cada encontro; imprevisível, algo inusitado, cheio de surpresas, apresentar aspectos desconhecidos, mesmo que todos se conheçam. Desafiador a cada encontro, o grupo faz a sua história, rompe com o estabelecido em favor da mudança, sendo cada encontro cheio de descobrimentos diante de cada ato. Sendo assim, um grupo se constitui a partir da presença de cada integrante, participando com constância em suas atividades e em sua organização. Construindo o grupo, no espaço heterogêneo das diferenças entre cada participante, enfrentando o medo que o diferente, e o novo provocam, exercitando o risco de ousar. Estabelece, também, um vínculo de autoridade entre seus membros, tidos como iguais, ao mesmo tempo em que se fortalece na cumplicidade. Um grupo, ao se construir, precisa realizar um trabalho árduo de reflexão por parte de cada um dos seus participantes e do educador (profissional de saúde), bem como da ação exigente e rigorosa, de ambas as partes.

Neste sentido, este estudo baseia-se na formação de um grupo de convivência, que, segundo Francioni et al (2001 apud FRANCONI, 2002, p.43), é definido como um grupo que tem a finalidade de compartilhar saberes e experiências na construção de um viver mais saudável. Tem como objetivos formar redes de suporte social; busca autonomia; ampliar a criatividade; desestigmatizar a imagem no grupo oportunizar a livre expressão dos participantes sobre suas emoções e seus conhecimentos; e estabelecer articulações com outros grupos e instituições.

Neste sentido, o trabalho em grupo contribui no processo de aceitação do DM, uma vez que a pessoa, em condição crônica de saúde, necessita de uma série de adaptações para enfrentar o seu cotidiano, de forma a obter uma vida com qualidade. O processo de aceitação fica atrelado a alguns conceitos que colaboram para o processo educativo e consequente convívio harmônico com o diabetes.

Conforme as maneiras de pensar, sentir, perceber e se comportar, manifestadas pelas pessoas com diabetes, fica claro que não se trata de encontrar métodos para o processo de aceitação, mas é preciso mostrar o que possibilita as várias maneiras de algo tornar-se manifesto, sentido e percebido, ou seja, ser diabético institui um mundo conforme ordenação de espaço e tempo próprios (DAMASCENO, 1997 apud FRANÇIONI, 2002, p.44).

3 Objetivo e questões norteadoras

Levando em conta o que foi apresentado acima, o objetivo dessa pesquisa é compreender como a participação em um grupo de convivência favorece as pessoas no que se refere a uma melhora de convívio com a doença, com a presença de uma atividade física. Podendo assim, facilitar essa fase tão complexa da aceitação fazendo uso da prática da atividade física, que auxilia tanto em uma melhor monitorização – já que com o exercício a glicemia tende a ter uma queda -, quanto na aceitação – pois todos ali compartilham da mesma condição fisiológica e possivelmente emocional.

Questiona-se, então:

- Em que medida a participação em um grupo de convivência favorece as pessoas que são portadoras de (DM1), no que se refere ao conviver a doença no seu dia-a-dia?
- Como a convivência com pessoas que passam pela mesma situação e as ações coletivas contribuem para o enfrentamento da doença?
- Como o sentir-se igual auxilia no processo?
- O convívio gera alterações na prática esportiva e no cuidado pessoal?
- Como isso acontece?

4 Metodologia

As respostas para essas questões foram obtidas a partir de uma investigação de caráter qualitativo, mais particularmente, com a utilização da metodologia denominada ‘Grupo Focal’ – como forma complementar, fiz uso de entrevistas semi-estruturadas. Os procedimentos qualitativos são utilizados quando se tem por objetivo perceber como as pessoas avaliam uma experiência, ideia ou evento; como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos.

4.1 Grupo focal

Como técnica de pesquisa qualitativa, o grupo focal obtém dados a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o objeto de estudo (Lervolino e Pelicioni, 2001, p.116). O grupo focal é organizado de forma relativamente simples e rápida, e parece responder a contento à nova tendência da educação em saúde, que tem se deslocado da perspectiva do indivíduo para a do grupo social e da educação calcada em conteúdos e abordagens universais para a educação centrada na perspectiva cultural de seus possíveis beneficiários para Lervolino e Pelicioni (2001, p.116) através de estudos realizados por Mckinlay (1992) e Yach (1992).

Alguns autores afirmam que o grupo focal enfatiza a compreensão dos problemas do ponto de vista dos grupos populacionais, assim como o conhecimento das aspirações da comunidade expressos por ela própria, e que sua utilização é "consistente com a filosofia da Educação em Saúde" por se apoiar no princípio da "participação integral" do educando no processo educativo (LERVOLINO e PELICIONI, 2001, p.116).

Corroborando com Basch (1987) as autoras Lervolino e Pelicioni (2001, p.116) afirmam o uso do grupo focal pode minimizar o número de programas que resultam em baixa efetividade, ou ainda, pode reduzir o número de iniciativas distorcidas que por estarem embasadas na percepção e nos interesses dos dirigentes (e não da população), serão pouco efetivas do ponto de vista de resolutividade de problemas. O uso do grupo focal, pode ainda servir como forma de aproximação, integração e envolvimento com os participantes. Como técnica diagnóstica, permite o entendimento e o redirecionamento dos programas pela incorporação da perspectiva da população alvo. Em síntese, desenvolver uma pesquisa utilizando o grupo focal é desenvolver um processo, que contém procedimentos que visam à

compreensão das experiências do grupo participante, do seu próprio ponto de vista (LERVOLINO E PELICIONI, 2001, p.116).

4.1.1 Características Essenciais do Grupo Focal

O grupo focal auxilia no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço. Em geral, não se presta para estudar a frequência com que determinados comportamentos ou opiniões ocorrem, sendo considerada uma espécie de entrevista de grupo, embora não se organize em cima de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes. Segundo Lervolino e Pelicioni (2001, p.116), a essência do grupo focal consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, que deseja obter dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (por isso é chamado grupo focal).

É composto, como afirmam os autores, por cerca de dez participantes que não são familiares uns aos outros, selecionados por apresentar certas características em comum que estão associadas ao tópico que está sendo pesquisado. Nesse trabalho o grupo contou com a participação de sete pessoas. A duração gira em torno de uma hora e meia, onde a coleta de dados através do grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (LERVOLINO E PELICIONI, 2001, p.116).

Dessa forma, pode ser contrastado com os dados referentes a questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo precisa emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha questionado. Via de regra, precisamos ouvir opiniões alheias antes de formar a própria, e constantemente há mudança de posição, ou melhor, fundamentação da ideia original, quando essas expostas ao grupo, de acordo com Lervolino e Pelicioni (2001, p.116). Assim, é função do interventor criar um ambiente favorável para as diferentes percepções e pontos de vista que possam surgir, sendo ímpar esclarecer que não há pressão para que seus participantes votem, cheguem a um consenso ou estabeleçam algum plano conclusivo.

4.2 Entrevista semi-estruturada

Haguette (1995) apud Lima, Almeida e Lima (1999, P. 133) afirma que a entrevista é um processo de interação social, onde o entrevistador busca informações do entrevistado, fazendo uso de roteiros contendo tópicos a cerca de uma problemática.

Fiz uso da entrevista semi-estruturada pelo fato de que nesse formato o informante tem a possibilidade de discorrer sobre suas experiências, levando em consideração o foco determinado pelo pesquisador, permitindo respostas espontâneas e livres (HAGUETTE, 1995; apud LIMA, ALMEIDA E LIMA, 1999, P. 133), valorizando ainda o entrevistador.

Burgess (1997 apud Stigger, 2000, p.68) discorre que a entrevista assume assim a característica de uma conversa. Stigger (2000, p.68) faz uso de Thiolent (1987) e Michelat (1987), os quais utilizam a terminologia entrevista não-diretiva, para expressar a ideia que Burgess (1997) tem de entrevista semi-estruturada: um roteiro de questões abertas, as quais permitem ao entrevistado dizer o que pensa do seu mundo cultural, acerca da temática proposta pelo entrevistador.

4.3 O encontro: grupo focal e entrevistas

No caso dessa pesquisa a realização do grupo focal se deu no dia vinte e um de outubro de 2017, um sábado à tarde, entre as 15h e às 16h30min, em um ginásio poliesportivo localizado na Rua Comendador Albino Cunha 160, Bairro Jardim Floresta em Porto Alegre. Dos doze presentes no jogo seis participaram do grupo focal, mais uma antiga integrante do grupo de corrida. Ademais, os participantes integram um segundo grupo que joga futsal todos os sábados à tarde, sendo todos portadores de DM1. Dos quais seis que participaram do grupo focal integraram o grupo de corrida, no caso o grupo a ser percebido. Ao chegar lá visualizei que eles já estavam uniformizados e ‘batendo uma bola’ enquanto esperavam o restante chegar. Fiquei do lado de fora da quadra conversando com uma das participantes do grupo, a qual fez parte do grupo ao mesmo tempo em que eu.

Anterior ao início do grupo focal entreguei um termo de consentimento em duas vias para cada um dos participantes para que assinassem, o qual encontra-se em anexo. Ao longo da realização da conversa e durante a transcrição percebi que nem todos os questionamentos tinham sido respondidos ou que estavam incompletos, dessa forma decidi fazer algumas entrevistas com personagens mais icônicos do grupo, onde utilizei as mesmas questões de

guia. Somado a isso, fui a um acampamento em Passo Fundo (RS), nos dias vinte e seis ao dia vinte e nove de outubro de 2017. Este foi patrocinado pela Universidade de Passo Fundo e pelo Lions Clube da cidade custeando a alimentação e as barracas, bem como as oficinas realizadas – de nutrição e cuidados básicos com a DM1 como monitoramento e aplicação de insulina -, onde apenas o transporte ficou por parte dos pacientes e familiares. O acampamento foi pensado e desenvolvido para as crianças desde pequenas aprendessem e assim tornasse hábito à rotina de cuidados necessários para uma vida saudável na presença da doença crônica. Somado a isso ele foi planejado para que a família fizesse parte desse momento crucial aos pacientes, somado ao fato de eles tinham entre seis e doze anos completos e dessa forma aprendessem junto aos seus filhos a rotina básica de cuidados para então inseri-la na vida dos filhos ou auxiliá-los.

Vale aqui esclarecer que um elemento importante na constituição desse trabalho foi certificar aos informantes que – no texto final, como foi efetivado - todos os seus nomes seriam fictícios, o que está de acordo com critérios de impessoalidade e privacidade dos colaboradores.

5 Percepções desse processo

Com base na metodologia referida acima, fazendo uso dessas três formas de pesquisa referidas, obtive as respostas buscadas na investigação. Ao longo da construção do trabalho percebi que categorias foram surgindo conforme eu transcrevia as entrevistas. O que pode ser explicado pela lógica de cada um possui sua forma de apropriação, além das formas individuais de pensar e agir. Partindo dessas diferenças presentes nos DM1, fica clara a não existência de um método de aceitação, como cita Damasceno (1997 apud FRANÇONI, 2002), mas que diversas formas possibilitam sentir e perceber dentro dos seus tempo e espaços individuais. Assim correlacionei com os autores enquanto editava o texto. Em suma, o trabalho se delimita a partir dessas categorias, mas de forma alguma os participantes estão engessados em uma ou em outra, eles perpassam por todas, mesmo que não percebam.

5.1. Primeiros contatos com a nova condição de DM1

Enquanto aguardava junto a uma das pessoas que iria entrevistar (Denise – DM1 há onze anos, a descoberta ocorreu aos dezessete anos), conversamos sobre os primeiros contatos dela com a doença e como isso modificou sua vida. Ex-participante do grupo de corrida assim como eu, conversamos informalmente sobre a experiência de fazer parte dele e de como ele modificou a nós, além de como nossa vida, na perspectiva da DM1, se encaminhou após a saída.

Durante essa conversa ela revelou que o grupo foi decisivo na sua aceitação, onde passou a fazer parte desses alguns meses após sua descoberta. Contou que se sentiu em um ambiente comum ao estar com outros em igual condição de vida e que passaram ou estavam passando por tal situação, no caso da recente descoberta e aprendizado da mudança de rotina. Para ela o mais difícil eram os cuidados, como fazer insulina, medir a glicose e regular a alimentação.

Por este prisma, cumprir com o tratamento, se adaptar as alterações na rotina, além de lidar as mudanças na aparência (perda ou ganho de peso) ou ainda de forma mais abrupta os vestígios resultantes das aplicações na pele; são os maiores fatores estressores relacionados a doenças crônicas. Esses estão intimamente relacionados à forma como são enfrentados por cada um, e como são significados por elas, corroborando com o que afirmam Trentini e Silva

(1992, apud FRANCIONI, 2002), situações as quais se alteram ao longo do ciclo de vida, podendo ser mais ou menos importantes dependendo da fase do sujeito.

É impar lembrar que as mudanças no humor como grandes estresses e fortes emoções, bem como a aceitação, possuem grande influência nos níveis glicêmicos (FRANCIONI; SILVA, 2007) conseqüentemente nesse início de descobertas e compreensões os níveis sofrem alterações devido à ondulação do humor. As autoras ainda afirmam que esses fatores por vezes podem resultar inclusive em uma depressão maior.

Então ao se aproximar do grupo a Denise percebeu que os hábitos para ela ainda estranhos eram comuns a todos ali presentes. Tornando assim mais claro que todo esse cuidado era possível e necessário para o bom controle. Ressaltou ainda que quando participava do grupo esses cuidados se faziam mais fluidos, pois de certa forma somos influenciados, segundo ela a realizar um cuidado mais ávido quando estamos em contato com pessoas que compartilham dos hábitos e rotina, e um acaba por servir de apoio ao outro.

Na fala da Denise conseguimos correlacionar o modo como ela sentiu-se em relação ao grupo com o que Freire (2005 apud FRANCIONI, 2002) descreveu, formulando o conceito de que um grupo é formado por pessoas movidas por necessidades semelhantes e reúnem-se por especificidade. E assim, portanto, cada uma vai criando seu espaço e sua dando sua colaboração, e dessa forma cada um vai percebendo um ao outro e assim, constituem-se um grupo.

Após o jogo fizemos uma roda e dei início ao grupo focal, questionando-os quanto tempo se passou desde a descoberta da DM1. As respostas tiveram variância de sete até vinte e nove anos de convivência. Portanto, as mais diversas experiências vivenciadas, baseadas na idade em que foi descoberta a doença, se quando crianças, adolescentes ou adultos, ou mesmo a fase tecnológica em que isso ocorreu. Os mais variados sentimentos em relação ao assunto tratado foram percebidos, situação em que a idade é fundamental no processo.

Ao serem questionados de como foi receber essa informação as respostas assemelharam-se bastante, incluindo, principalmente, sentimentos de angústia, surpresa, raiva e não aceitação inicial dos cuidados básicos. Além dos aspectos psicológicos existem os fatores físicos resultantes do mau controle ou da não ciência de ser DM1, como: emagrecimento repentino mesmo perante a grande quantidade de comida ingerida, vontade constante de ir ao banheiro resultante da alta ingestão de água, boca seca ininterruptamente, cansaço abrupto e sem motivo aparente, como presente em Brasil (2001). Perante esses aspectos a fala de um dos sujeitos esclarece e ilustra melhor esse processo:

Foi uma situação muito complexa [...] eu fique mal, eu fiquei bem mal por um bom tempo [...] não sabia que tinha, estava bem ruim, andava fraco, com sede toda hora e banheiro [...]. Eu tomava “força” de Coca-cola e Nescau e pensava “agora vou ficar bom, matei a sede, copão de Coca”, e cada vez ficava pior (Antônio, DM1 há treze anos – Depoimento no grupo focal: 21/10/2017).

Ao ter consciência da sua atual condição Antônio relata ingerir alimentos os quais julgava adequadas para deixá-lo preparado a realização de atividades diárias e comuns, mas o contrário ocorria. Alimentos esses que ele estava acostumado a ter em sua rotina e que não estão dentro de uma alimentação vista como saudável. Para tanto foi necessário que ele alterasse seus hábitos, alterando assim sua rotina em busca de uma vida dita mais saudável, como Correia et al (1996 apud FRANCIONI, 2002) abordam.

Por outro prisma, o Luís, DM1 há vinte e nove anos, sua descoberta deu-se no período da infância. Ele conta sua experiência inicial de outra forma, onde fica claro que a saúde das pessoas, se relaciona diretamente como as mesmas enfrentam os fatores estressores, onde tal processo baseia-se no significado que ele tem para cada um e de como o apoio auxilia.

São 29 anos de DM, a transição foi um pouco [difícil], quando o cara é criança não tem muito, muita dificuldade porque os pais acabam trocando a alimentação para a que a agente tem que comer. Claro eu não gostava, meu sagu era uma beterraba (Luís, DM1 há vinte e nove anos - Depoimento no grupo focal: 21/10/2017).

Os DM1 ainda ressaltaram um ponto que parece contraditório nessa relação prática de atividade física versus a queda da glicemia, que foi a proibição ou negação da prática de atividade física perante a doença. Em contrapartida o Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes (2002) determina a importância de tentar aproximar a atual condição de vida a anterior aprendendo a viver com a DM1, redescobrando seus limites e possibilidades. Mas o Felipe, DM1 há sete anos, não teve inicialmente essa possibilidade. Relata que para ele foi o mais difícil de enfrentar foi essa mudança de rotina na atividade física e a introdução dos testes. Disse ele:

No início foi bem difícil, bem difícil mesmo. Eu jogava muito futebol na época, [...] muito magro, muita câimbra porque eu treinava bastante, tinha que sair dos treinos. Ai quando deu o baque que eu sabia que eu tinha DM mesmo, eu fiquei “bah, não vou mais poder jogar bola”, mas isso por falta de conhecimento mesmo, então foi bem difícil. Para mim o mais difícil, nem sei se era a insulina, acho que era mais fazer o teste assim, fazer o teste era ruim, por causa dos dedos também e tal [...] (Felipe, DM1 há sete anos - Depoimento no grupo focal: 21/10/2017).

Trago por último o relato da Denise, DM1 há onze anos, desde os dezessete anos. Ela aborda outro viés da DM1, onde o diagnóstico foi demorado e diversos equívocos foram realizados por médicos, mesmo no ano de 2007, onde os recursos e os conhecimentos sobre a doença já eram bem difundidos. Para ela os fatores estressores são notáveis, inclusive até hoje, que se sentem incomodada com alterações na glicemia.

[...] estava assim ninguém intendia que eu tinha, fui parar em um neurologista. [...] No início foi bem complicado, eu não conseguia aceitar de ter que fazer insulina, acho que o pior que acontecia era tu cuidar, tu fazer insulina e na hora de fazer o teste, o teste estar alto, acho que é o meu problema até hoje, é a pior coisa que eu acho na doença [...] (Denise, DM1 há onze anos - Depoimento no grupo focal: 21/10/2017).

5.2. DM1 e suas implicações na rotina

Esse é um dos pontos mais delicados, pois aborda aspectos além do que podemos controlar, como nossos familiares, amigos e colegas de trabalho, além das surpresas que a diabetes proporciona e suas implicações na saúde geral do indivíduo DM1. Trentini e Silva (1992, apud FRANCIONI, 2002) ao afirmarem que uma doença crônica é vista com um causador de estresse, bem como fonte de novos estressores estão abordando essas mudanças na rotina individual e coletiva. Tendo que enfrentar essa nova condição crônica de saúde, o indivíduo pode ter uma sensação de que algo está errado em sua vida física, emocional e social. Como afirma Denise:

O que me incomoda é quando ocorre algo sem planejamento, por exemplo, estamos em um lugar sem nada para comer e a gente vai caminhar 7Km, “bah será que dá, será que não dá”, ai eu vou com medo [...] (Denise, DM1 há onze anos - Depoimento no grupo focal: 21/10/2017).

Portanto, esse é um fator estressante, que vai além do controle. Da mesma forma acontece ao Luís, para ele o mais incômodo da doença é não poder prever uma hipoglicemia, em especial quando ela é tão agressiva que não consegue estabilizá-la sozinho, caracterizando assim uma hipoglicemia grave que necessita do auxílio de terceiros, que pode resultar em perda ou não de consciência e convulsões, conforme alerta Giacomet (199[?]) apud FRANCIONI, 2002). Para tal situação ele faz uso de uma expressão bem forte que é não “sentir-se dono de si”. Relatou ainda “sentir-se culpado” após um caso desses, pois acredita que podia “ter-se cuidado mais” e evitado uma hipoglicemia tão forte. Tem para sim de que isso é uma privação, “o não poder estar sozinho com 100% de certeza de que tudo ficará bem”. Logo essa situação, ou mesmo o estar sozinho torna-se um fator estressor, já que

sempre existe aquele momento de incerteza em torno do quanto está à glicose. Outro ponto ligado ao controle glicêmico e está diretamente correlacionado com os impactos emocionais é a falta de conhecimento, como se percebe nesse trecho relatado pelo Alexandre, DM1 há dezoito anos, desde a infância:

[...] tenho desde novo é que tem muito preconceito por parte dos outros, tem muitas vezes que eu mesmo [...] saio para comprar um negócio, está com hipo e no caso teus amigos sabem que tem DM ai tu pede um doce e eles não querem te dar entendeu. Simplesmente porque tu tem DM, eles falam “tu tem DM, vai passar mal”, “tu pode comer isso? ” (Alexandre, DM1 há dezoito anos - Depoimento no grupo focal: 21/10/2017).

Durante o comentário do Alexandre a Denise afirmou que tais situações ocorrem pela falta de informação das pessoas que convivem com os DM1. Nesse viés Sparapani et al. (2012) realizaram um estudo a cerca das influências das interações entre os demais que não apresentam tal condição, perceberam assim que diversas atitudes negativas de amigos ou não ocorrem devido ao desconhecimento sobre o diagnóstico e, mesmo quando o conhecem, tais atitudes são influenciadas pelo desentendimento sobre o funcionamento da doença e sobre os cuidados necessários com a doença.

Outra percepção no estudo de Sparapani et al. (2012) foi o bullying relacionado ao DM1, o preconceito sofrido é pelo fato de terem diabetes mellitus, pela forma como alguns apelidam ou as tratam, mostrando ser causa de grande tristeza, podendo assim gerar uma depressão relacionada ao bullying (PITTET, 2009 apud SPARAPANI et al., 2012), pode colaborar para a menor adesão ao tratamento, prejudicando o autocuidado e, conseqüentemente, contribuindo para o aparecimento das complicações em longo prazo.

Ainda corroborando com Trentini e Silva (1992 apud FRANCIONI, 2002), o Luciano, DM1 há quinze anos, descobriu quando na adolescência, aborda as questões referentes ao enfrentamento diário de algo que estará ao seu lado ao longo de sua vida e de como esse enfrentamento perante a situação determina a condição de saúde. Fato esse presente no Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes (2002) o qual estabelece que uma vida saudável com DM1 depende de como o indivíduo convive com a sua condição. Portanto, de como cada um encara os fatores estressores tratados e determinados por Trentini e Silva (1992, apud FRANCIONI, 2002).

Sobre isso Damasceno (1997 apud FRANCIONI, 2002) refere-se à aceitação da doença dentro do existir da pessoa com diabetes. A fala dos autores conversa diretamente com o comentário do Luciano, ao justificar a queda do seu rendimento após perceber e certificar-se de que sua glicemia estava baixa, e com a postura tomada pelos outros de caçoar dele como se

isso fosse apenas uma desculpa, mas que na realidade ele joga mal. Percebe-se que esse enfretamento diário se faz também com humor e pelos próprios portadores de DM1, determinado assim à condição de saúde perante uma boa convivência com a situação, não tornado a ‘zoeção’ assim um fator estressante.

Acho que o xarope, que estávamos conversando no vestiário, é o psicológico. [...], eu fiz o teste estava 68, eu fica no psicológico “vai cair, está baixa”. Isso me incomoda (Luciano, DM1 há quinze anos – Depoimento no grupo focal: 21/10/2017).

5.3. DM1 e a rede de apoio

De forma decisiva está a rede de apoio em torno dos DM1, podendo ser representado pelos pais, amigos, familiares ou mesmo a equipe médica. Como afirma o Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes (2002) a família é compreendida de seres que auxiliam na autoestima, podendo ser ela formadas de amigos, vizinhos ou mesmo o cachorro. Perante o depoimento da maioria dos participantes fica claro que a família esteve e está ao lado deles, de forma menos incisiva conforme os anos passam e as responsabilidades aumentam, passando a ser dos DM1 o controle total sobre sua doença. Ademais, eles afirmam que os amigos mais próximos, bem como os colegas de trabalho também são informados tanto da sua situação como de que forma devem proceder frente alguma necessidade.

Entretanto, foi relatado pela Denise algo inverso em relação à família, onde ela precisou assumir toda a responsabilidade sozinha, não podendo contar com eles até hoje. Portanto, o exemplo dela contraria a lógica familiar, possivelmente ela buscou esse apoio em outro ponto de referência, pois julga aceitar a diabetes e conviver em paz com ela. Além de ter passado recentemente por um grande constrangimento ao ser questionada por uma colega de trabalho. Segue seu depoimento:

O que incomoda é a falta de informação das pessoas. [...] eu trabalho em uma escola em Sapucaia e eu ofereci um chimarrão para uma professora [...] e ela perguntou “DM pega?”, eu disse não [...] E a questão da família, a minha meio que se anulou assim, eles não participam. [...] eles não sabem lidar com as coisas, eles tem vergonha de eu fazer insulina na frente dos outros, eles ficam com pena e pensam que os outros também ficarão. Incomoda-me muito a anulação deles e a falta de informação das pessoas, mas também não é culpa deles, eles não convivem, não sabem (Denise, DM1 há onze anos – Depoimento no grupo focal: 21/10/2017).

6. O grupo – parte fundamental da rede de apoio

Ao entrar no ponto principal do estudo, o grupo e as implicações na vida dos DM1, as respostas obtidas tiveram algumas discrepâncias, entretanto, uma não é independente da outra, para melhor compreensão categorizei-as. Fiz isso utilizando o conceito de Magnani (2009, pg. 138) que descreve como totalidade, experimentada e reconhecida pelos atores do estudo, sendo identificada pelo investigador, a qual pode ser descrita em termos categoriais. Para aqueles essa divisão de categorias faz-se desnecessária, pois faz parte da experiência diária, para o pesquisador a categorização pode transformar-se em condição de inteligibilidade. Categorias de análise para Moraes (1999, p.1) tem sua origem ao final do século passado, é uma metodologia utilizada para descrever e interpretar o conteúdo, com características e possibilidades próprias. No qual seu sentido qualitativo serve para captar o sentido simbólico, possibilitando a investigação do texto através de múltiplas perspectivas.

Portanto, nesse trabalho as categorias relacionam-se aos sentimentos e percepções dos participantes a cerca do grupo de convivência e as implicações geradas em suas vidas durante o tempo no qual fizeram parte. Importante ressaltar segundo Moraes (1999, p.3) que a categorização é uma interpretação pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que tem dos dados. Não é possível uma leitura neutra. Toda leitura se constitui numa interpretação.

6.1. O processo de entrada no grupo

Todos são convidados a participarem do grupo pelo coordenador dele do projeto, referido anteriormente na descrição do grupo de convivência na introdução. O processo de introdução no grupo se dá de forma fluida e suave, pois todos ali se encontram na mesma situação e foram conduzidos pela mesma pessoa, representando um ponto de referência, segundo afirmam os participantes tanto no grupo focal, quanto nas entrevistas. Não foi possível obter mais informações em relação a esse processo de iniciação, pois em nenhum dos meios de pesquisa consegui que eles discorressem sobre assunto, talvez pelo fato de já estiverem acostumados a ele ou porque a entrada se dá de forma tranquila.

6.2. O grupo como espaço comum

Um dos primeiros sentimentos que percebi na chegada ao acampamento foi esse, de ser um lugar comum. Sensação de pertencimento era exaltada, tanto por eu ser DM1 e a grande maioria dos ali presentes também, como em relação aos pais. Esses sentiam o acolhimento dos outros pais pelo fato de seus filhos compartilharem de igual situação, ou mesmo porque ali eles partilhavam de sentimentos bem semelhantes, da mesma forma que seus filhos.

Tal acampamento foi todo pensado para que os pais fizessem parte ativamente das atividades, e para que auxiliassem os filhos na hora das refeições, dos banhos e organizassem a hora de dormir. Visto que, a harmonia pode ser atingida pelo diabético quando esse encontra suporte junto às pessoas com as quais convive, já que conforme e de acordo com o que dizem Marcelino e Carvalho (2005) é necessário e indispensável que a família seja ela em qualquer configuração - como defende Darlan (2015) – e faça parte do grupo de tratamento. Realizando tal suporte a família passa a ter importância no monitoramento e passa a fazer parte das intervenções.

A Universidade de Passo Fundo criou o acampamento por acreditar e defender a necessidade de um cuidado permanente do diabetes. Incentivam assim, os filhos e conseqüentemente os pais a praticarem tais cuidados constantemente, para tal organizaram oficinas, brincadeiras e rodas de conversa objetivando trocas e aprendizagens. Ademais, a ideia de ser feito em grupo é para que todos se sintam em igual circunstância, e assim corroborando com Francioni et al (2001 apud FRANCIONI, 2002, p.43), um grupo tem a finalidade de compartilhar saberes e experiências na construção de um viver mais saudável.

Portanto, os pais além de estarem presentes como responsáveis legais fazem parte desse processo de aceitação e de aprendizagem. Pois como Miranda (2000 apud FRANCIONI, 2002, P. 39) afirma ao utilizar José Saramago “um grupo de [...] pessoas assustadas, sentadas ao redor de um saco de medos: [...] do presente e do futuro, gerador das angústias de todo dia”. Esses são alguns dos sentimentos compartilhados por quem ultrapassa o processo inicial da DM1, segundo o que consegui perceber no tempo de convivência no evento.

A partilha de relatos, opiniões e conselhos baseados em acontecimentos vividos por eles ou pelos filhos torna o processo como um todo de mais fácil aceitabilidade, pois os pais puderam perceber como muitos me relataram que eles não têm culpa do filho ter-se tornado

DM1. Contudo, levando em consideração Palma (2001, p.30) afirma a existir uma cultura na qual o indivíduo ou os pais podiam tê-la evitado, gerando um processo doloroso e desnecessário de “culpabilização”. Esse sentimento de culpa é gerado noção clássica de saúde, a qual define que o indivíduo que está doente não pode ser sadio (PALMA, 2001, p.30).

Entretanto, para Tuppy (2001) ter saúde e ser saudável é dar atenção à alimentação, realizar atividades que gerem prazer e alegria, além da prática de atividades de lazer e esporte. Ademais, ao vivenciarem essa experiência compreendem não são apenas seus filhos que passam por isso, mas sim que eles são apenas mais um DM1, frase imensamente difundida nos dias do evento pelos pais e pelos pacientes, como se fosse uma forma de alento.

Miranda (2000 apud FRANCIONI, 2002, p. 39) ainda ressalta que se forma um grupo pela proximidade, portanto, o evento criado pela Universidade em parceria com diversos pais tanto para auxiliá-los, quanto para seus filhos. Dada à vontade de facilitar esse enfrentamento e ainda para que não se sintam sozinhos, percebendo que inúmeros jovens e crianças passam por esse processo. E como é possível conviver em harmonia ao longo dos anos com a doença. Construindo assim uma linguagem comum (SILVA, 2001 apud FRANCIONI, 2002, p.39), onde eles de uma forma geral sentem-se pertencente aquele mundo, diferentemente se fosse um acampamento par aos colegas de escola, por exemplo, onde apenas ele, muito provavelmente, seria DM1.

Essa é uma das respostas presentes no grupo focal e nas entrevistas, ou seja, quando se encontram o sentimento é de igualdade. Onde todos entendem a situação, mesmo se algo como uma hipoglicemia ocorrer. Portanto, eles irão construir além de laços afetivos uma linguagem comum (SILVA, 2001 apud FRANCIONI, 2002, p.39), significa pertencer a um grupo, construindo-se socialmente. No trecho a seguir relatado pelo Felipe, tal ponto fica explícito:

É bom que todos se identificam [...]. Quando a glicemia do Miguel caiu todos entenderam, se fosse em um outro contexto perguntas seriam feitas e possivelmente não entenderiam (Felipe, DM1 há sete anos – Depoimento no grupo focal: 21/10/2017).

A fala da Denise caracteriza igualmente esse sentimento, corroborando com Correia et al (1996 apud FRANCIONI, 2002, p.36), que declarou que o doente pode ter a sensação de estar perdido frente a tantas mudanças e uma nova rotina de vida, onde para ele o lado psicológico precisa ser trabalhado a fim da promoção da saúde, finalizando a categoria. Em busca dessa adaptação emocional e identificação com a nova condição, o convívio grupos

pode gerar o processo mais ameno do que em comparação àquelas que não procuram auxílio. Sobre isso, Denise afirma:

Acho que no grupo a gente se identifica, a gente consegue ver que a pessoa tem o mesmo problema que a gente e querendo ou não nos sentimos um et [...]. E eu acho que a gente consegue se identificar, saber que tem mais pessoas que passam pior aquilo ali que estamos passando e que não é o fim do mundo. Que existe sim oportunidades depois de isso acontecer e que conseguimos levar uma vida tranquila, legal e sem contar às amizades que são coisas que ficam [...] (Denise, DM1 há onze anos – Depoimento no grupo focal: 21/10/2017).

6.3. O grupo como espaço de trocas e experiências

Miranda (2000 apud FRANCIONI, 2002, p. 39) afirma que um grupo apega-se pela necessidade de proximidade e para a resolução de problemas que se tornam do grupo após o processo de aproximação. Portanto, o grupo serve para que existam trocas e ganhos de experiências, sejam elas individuais ou coletivas, caracterizando assim a função básica de um grupo (FRANCIONI et al, 2001 apud FRANCIONI, 2002, p.43).

Tal ponto foi mais explicitado pelos participantes do acampamento do que para os do grupo estudado. Esses afirmam trocar algumas experiências e conversar menos sobre o assunto do que quando adentraram ao grupo, apoiando-se na justificativa de que são adultos e, portanto já passaram pela fase mais caótica, além de já terem realizado anteriormente essas relações. Justificando ainda que eles já se conhecem, dominam o tratamento e já possuem uma convivência equilibrada de alimentação, esporte e tratamento insulínico, buscando sempre manter-se saudáveis.

Já para o grupo que acompanhei no acampamento esse momento de troca foi fundamental, tanto para as crianças ao perceberem que existem diversas iguais a elas por todo o estado e que nos momentos de refeição, por exemplo, todos deviam medir a glicose e na sequência aplicar insulina se necessário. O mesmo pode ser dito para os pais, dos quais fiquei mais próxima através de grupos de conversa e oficinas.

Para eles o evento mostrou que seus filhos podem levar uma vida completamente normal e sem tantas privações, onde a prática esportiva é fundamental para a queda da glicemia e conseqüente diminuição das doses de insulina. Tal fato ficou claro quando nos momentos pós-atividade física vários entravam em hipoglicemia, pois não costumam ter o hábito da prática esportiva (BRASIL, 1996 apud FRANCIONI 2002, p.25).

A convivência também pode favorecer que pais de filhos DM1 há mais de vinte anos pudessem compartilhar suas emoções e vivências. Eles contaram que o passar dos anos acabam por passar o tratamento aos cuidados dos filhos. Algo para mim muito marcante, já que quando relatei a atualidade da relação dos meus pais com o tratamento, ou seja, mais distantes, trouxe angústia a vários deles, que vieram ao meu encontro posteriormente conversar e relatar que aos poucos tentam dar independência aos filhos.

Em suma, esse contato grupal que proporciona a troca de experiências e conhecimentos nem sempre causa impressões positivas nos instantes em que são realizadas, via de regra, servirão de dados a serem pensados e refletidos. O grupo é então uma unidade que se comporta em sua totalidade (MAGNANI; 2009), visto sua importância ao prestar um serviço aos seus membros, sendo verdadeira a recíproca.

Magnani (2009) ao realizar um estudo sobre as relações presentes na comunidade surda da cidade de São Paulo percebeu que eles em seus encontros realizavam trocas perante suas diferenças, sejam elas relacionadas à moradia, origem, classe social e etc. Onde para além da condição comum que os une, as diferenças entre si é o que abre espaço para os atritos e divergências. No grupo estudado essas características se mantêm, já que eles sentem-se pertencentes a esse universo.

6.4. O grupo como espaço de incentivo aos cuidados

Nessa categoria fica evidente a influência da prática de atividade física com a queda da glicemia, além de como uns tem poder de instigação sobre outros e vice-versa. Segue anteriormente a fala da Raquel, a qual ressalta a importância da convivência e de como isso implica na sua rotina:

Eu vejo a relação de quando eu participava do grupo e tenho agora que eu não participo. A gente se cuida muito mais quando estamos em contato com outras pessoas, o DM é assim a gente vai ao médico, a gente encontra alguém, a gente está top, a gente está se cuidando total, ai vão passando os dias a gente já não vai se cuidando, vai caindo o cuidado. Ai mês que vem eu tenho médico, dá aquele up no cuidado, é bem assim. Eu acho que o grupo ajuda a gente a manter o contato, manter o cuidado, o compromisso com a gente (Raquel, DM1 há treze anos – Entrevista no dia: 17/11/2017).

Partindo da fala dela fica explícito que muito desse cuidado acontece dada a convivência, via de regra, semanal. Ou ainda mais frequente, por algum tempo os encontros para o treino ocorriam de duas as três vezes na semana, portanto, como ex-participante e

escutando as falas percebi que os integrantes fazem tudo que está ao seu alcance para atingir níveis satisfatórios de glicemia pré, durante e pós treino. A fala da Cláudia não deixa de estar em consonância com essa, entretanto é mais voltado ao rendimento:

Um fator que me motiva a treinar durante a semana e assim manter minhas glicemias ajustadas é conseguir no treino e nas competições ficar ao lado dos meus amigos, seguindo seu ritmo. Para que possamos conversar sobre a paisagem, a prova, ou mesmo para ter uma companhia e alguém que saiba da tua condição para qualquer eventualidade (Cláudia, DM1 há doze anos – Entrevista no dia: 19/11/2017).

Em suma, essa convivência grupal torna o controle da DM1 mais brando, já que através dela eles realizam um maior cuidado acerca de todos os procedimentos necessários para que se ele uma vida dita saudável e sem posteriores complicações, como boa monitorização, conduta insulínica correta e boa alimentação, somado ao processo de convivência com a sua condição de saúde, reeducando-se em diversos setores, principalmente na inserção da prática regulas de atividade física (MANUAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES, 2002).

No trecho a seguir proferido pelo Henrique, DM1 há oito anos e que faz uso de Sistema de Infusão Contínua, deixa bem claro que os cuidados citados acima se fazem necessários não apenas para uma boa convivência e retardo ou exclusão das chances de complicações, mas para a remota chance de cura:

Realizo o máximo possível de cuidado, sem deixar de aproveitar a vida, seja comendo, seja praticando alguma atividade, para que se aparecer alguma cura eu possa estar inteiro para poder fazer o que for preciso (Henrique, DM1 há oito anos – Entrevista no dia: 19/11/2017).

6.5. O grupo como espaço de união

Por último, mas não menos importante está a relação baseada apenas no motivo que os uniu, mas não que a condição os mantenha. Elemento esse presente de forma incisiva na fala do Luciano:

[...] não é a questão da DM, é um grupo de amigos, foi apenas o motivo que uniu. Independente de tu ter DM ou não se tu está em um grupo que tu te identificar com o mesmo proposito, tenha bom alto astral, de dar risada e tal e aqui no caso fazer uma atividade física, eu acho que isso ajuda na tua autoestima, ajuda consequentemente no teu controle do DM e essa é a relação interpessoal. Mas independente de ser em um grupo com ou sem DM eu acho que tem haver com o teu estar, estar em um meio onde tu te sintas bem e fazer coisas boas, acho que tem haver com isso e não que o DM seja

um marco que diferencie o sim ou não (Luciano, DM1 há quinze anos – Depoimento no grupo focal: 21/10/2017).

Tal fala dialoga com a definição de Miranda (2000 apud FRANÇIONI, 2002, p. 39) de que um grupo se forma pela proximidade, portanto, para eles a DM1 e a necessidade de realizar uma prática corporal. Silva (2001 apud FRANÇIONI, 2002, p.39) ainda complementa dizendo que para pertencer a um grupo, é preciso à construção de uma sociabilização. Ponto esse que mantém o grupo, na minha perspectiva. Nessa vivência grupal, cada indivíduo vai percebendo, dentro de si, a presença do outro, constituindo assim, a característica primordial de um grupo, conforme afirma Freire (1995 apud FRANÇIONI, 2002, p.39). O autor ainda afirma que um grupo se configura pela presença de cada integrante encontro, após encontro. Gerando assim um vínculo de autoridade em seus participantes, nesses tidos como iguais, fortalecendo assim a cumplicidade já existente.

Em consonância com a fala do Luciano, todos ali presentes afirmaram que mantém em grande parte por causa dos amigos e dos laços que eles estabeleceram. Porque ali se sentem acolhidos, à vontade perante a condição da DM1, já que não precisam de explicações e desgastes emocionais e claro, pelo fato de terem ultrapassado a fase do estranhamento construíram laços e sentimentos. Entretanto, é importante, reforçar que uma categoria não é excludente da outra.

7. Conclusão

A razão para a construção deste foi tentar perceber e identificar se para outros DM1 a participação em um grupo de convivência aliada à prática de atividade física resulta em alguma implicação na sua rotina e na forma como a situação é encarada, bem como afetou na minha. Ao me deparar com o assunto e perante algumas dificuldades optei por realizar um grupo focal. O qual é constituído pela reunião ou encontro de pessoas, que no meu caso faziam parte do grupo de convivência, para que essas dialoguem e troquem experiências e opiniões a cerca do assunto a ser tratado. A condução da entrevista é feita pelo pesquisador, esse elabora as questões previamente ou de acordo com o decorrer do processo, determinando também se há questões a serem modificadas, ou até mesmo se precisa intervir, visto algum momento acalorado ou desvio do objetivo.

Ao transcrever a entrevista e mesmo no decorrer dela percebi que alguns dos meus questionamentos não estavam respondidos de forma satisfatória, por conseguinte resolvi realizar entrevistas individuais com figuras pontuais do grupo na busca de outras opiniões e vivências que viessem a complementar a já existentes. Durante a realização do trabalho, ainda surgiu à oportunidade de participar como monitora de um acampamento direcionado a crianças e adolescentes junto aos seus pais, na cidade de Passo Fundo. Partilhar desse momento me propiciou adicionar elementos, sentimentos e percepções ao trabalho, sendo esses dos pais, dos filhos e mesmo os meus em relação a ambos.

Tendo como base as entrevistas, o grupo focal e as conversas realizadas percebi que o início, da mesma forma que as literaturas afirmavam, era complexo e trazia consigo diversas adversidades e sentimentos, sendo um processo lento e delicado. Esse momento, portanto, implica em adaptações, novos conhecimentos a cerca do assunto e de si próprio, já que as mudanças na rotina e no corpo alteram as percepções dos sujeitos em instâncias já determinadas e por eles conhecidas. Ao longo, notei que essas alterações se suavizam, seja através de costume que torna o diferente em natural, seja pela realocação dos hábitos e rotinas tentando ao máximo manter a vida como ela se configurava anteriormente ao diabetes.

Nos primeiros contatos com a DM1, bem como ao longo dos anos, mas em menor importância dado o melhor conhecimento a cerca da sua condição de saúde e dos cuidados necessários ou pela independência resultante da maior idade percebi a influência da rede de apoio. Essa conforme visto pode ser constituída pela família sanguínea, pelos amigos, pelos colegas de trabalho e/ou escola além da equipe médica, sendo possível ainda considerarmos os animais de estimação como integrantes dessa. Essa rede pode gerar influências positivas ou

negativas, aquelas podem ser representadas por situações como idas ao médico ou auxílio quando necessário, a ilustrar uma hipoglicemia. Essa representada por situações onde existe o preconceito e a falta de conhecimento, podendo gerar constrangimentos.

De modo que facilitasse a leitura e a compreensão a cerca do assunto elaborei categorias de análise, sendo elas a partilha do lugar comum, representada pelo sentimento de pertencer ao local e ao grupo do qual está inserido, já que ali todos partilham do mesmo estado fisiológico, facilitando assim a compreensão de alguns acontecimentos como hipoglicemia. O sentimento de não sentir-se o único nessa condição é outro ponto a ser exaltado. A melhora no controle da DM1 também foi relatada pelos participantes do grupo, já que é comum a troca de experiências e aprendizagens individuais e coletivas, de forma mais significativa para aqueles que estão adentrando nessa nova situação, já que os mais experientes já passaram pelo processo de se conhecer novamente. Tal melhora pode estar relacionada também ao fato da convivência que gera, conforme relatado um estímulo para que o tratamento seja seguido da forma mais consciente possível.

Um terceiro aspecto seria o incentivo mútuo à prática esportiva, que se relaciona com a convivência e o prazer de estarem juntos, onde percebi que muito dessa influencia manifesta-se através da necessidade de acompanhar os outros. Manifestando-se através da prática frequente para que em situações onde eles a realizem juntos consigam acompanhar uns aos outros, fortalecendo os laços e cuidando um do outro reciprocamente. De forma relevante existe a influência da atividade física na queda da glicemia, e dos cuidados que são maiores quando existe essa convivência, pois todos realizam o tratamento e assim sentem-se compromissados consigo e com os outros.

Também é possível dizer que a DM1 foi apenas uma situação que os uniu, mas não é ela os mantém juntos e praticantes da atividade física, pois no momento em que estão praticando a atividade física ou que estão juntos existe a superação da DM1, ou seja, ela não é o foco da atenção, fica em qualquer outro plano que não o primeiro. Por consequência a prática foi responsável pela construção de uma ligação, uma amizade, um vínculo, algo que os mantêm ali dispostos.

Em suma, os integrantes do grupo partilham de todas essas categorias, em maior ou menor instância, tendo ou não consciência disso, já que estão todos inseridos naquele contexto e compartilham de momentos e saberes. Alguns fazem mais uso das experiências divididas do que outros, alguns ensinam enquanto outros aprendem, mas tanto trocas, quanto implicâncias

e modificações são percebidas através das falas, as quais relatam os benefícios dessa convivência com iguais para um enfretamento mais suavizado da situação.

A realização deste trabalho para mim foi de grande satisfação e que resultou em inúmeras aprendizagens, pelo fato de ter mantido contato com pessoas diferentes entre si e de mim, dessa forma apresentando outras concepções e crenças, mas que apresentam a mesma característica fisiológica, portanto, percebi outras formas de enfretamento e de convivência com algo que para mim tão familiar. Por último, me descobri aberta a novas experiências e a auxiliar quem está no início dessa fase complexa, seja com minhas aprendizagens seja fazendo uso da deles e reafirmei que uma vida feliz, adequada a nossa realidade, sem limitações e com independência pode ser vivida pelos DM1.

8. Apêndice

Apêndice 1 - Questões do grupo focal

- 1) Quando vocês descobriram que possuíam DM? Como foi receber esta informação? Quais adaptações foram necessárias em suas vidas? Como acham que levam suas vidas hoje? O tempo com a doença facilita a convivência?
- 2) Como vocês lidam com as privações e a rotina que a DM impõe? Como era no início (quando descobriram a doença) e como é hoje?
- 3) Como é a relação de vocês com suas famílias/amigos/trabalho? Como esta relação influencia ou não na forma como vocês lidam com a doença? Quais são os sentimentos?
- 4) Como chegaram a este grupo? Como se deu a aproximação? O que este grupo significa para o enfrentamento da doença? Sente falta de quando os encontros ocorriam? O que mais gostava no grupo? O que mudou na tua vida com ele?
- 5) Tendo o grupo acabado, quais são as expectativas de vocês em relação ao controle e convivência com a DM?

9. Anexo

Anexo 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Através deste você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em um pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Liberdade para não aceitar e desistir.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: Grupo de convivência e as suas implicações na vida do portador de Diabetes Mellitus Tipo I

Pesquisador responsável: Bruna Brogni da Silva

Orientador: Marco Paulo Stigger

Telefone de contato: (51) 98486-1111

- Objetivo da pesquisa é perceber diante dos benefícios biológicos da atividade física na DM1 até que ponto estes influenciam na aceitação da doença por parte do paciente, levando em consideração as modificações proporcionados pelo grupo de convivência.
- A participação constituir-se-á de um grupo focal, onde você estará integrado a uma entrevista que será transcrita e poderá ser devolvida posteriormente a você. Sendo marcado previamente um horário e local, sendo possível que você desista da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo algum.
- Essa participação poderá lhe causar constrangimentos, o que será minimizado pelos esclarecimentos que eu pretendo lhe oferecer constantemente.
- Garantimos a preservação da identidade dos colaboradores e asseguramos que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos. Você também tem garantia de poder retirar o consentimento a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COM SUJEITO
COLABORADOR DA PESQUISA

EU, _____

abaixo assinado, concordo plenamente em participar do estudo “Grupo de convivência e as suas implicações na vida do portador de Diabetes Melittus Tipo I”. Como sujeito colaborador. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Bruna Brogni Da Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento. Sem isto leve a qualquer sanção.

Nome e assinatura do sujeito colaborador entrevistado _____

Data: _____

Local: _____

10. Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 7- Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Brasília, 2001.

Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* (BR). Manual de hipertensão arterial e diabetes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

DARLAN, Siro. O Estatuto da Família. Que família? 2015. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/sociedade-aberta/noticias/2015/10/05/o-estatuto-da-familia-que-familia/>>. Acesso em: 18 out. 2017.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira. Grupo de convivência: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com Diabetes Mellitus. 2002. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 1, n. 16, p.105-111, jan. 2007.

GROUP, Diabetes Control And Complications Trial Research et al. The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. New England Journal Of Medicine, [s.l.], v. 329, n. 14, p.977-986, 30 set. 1993. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS). <http://dx.doi.org/10.1056/nejm199309303291401>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8366922?report=abstract>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

JÚNIA, Raquel. Conceito ampliado de saúde pode ajudar a saber se uma população é saudável. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/conceito-ampliado-de-saude-pode-ajudar-a-saber-se-uma-populacao-e-saudavel>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Scielo, São Paulo, v. 35, n. 2, p.115-121, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03>>. Acesso em: 18 out. 2017.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; LIMA, Cristiane Cauduro. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 20, n. -, p.130-142, Não é um mês valido!/Não é um mês valido! 1999. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23461/000265980.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 7 dez. 2017

MAGNANI, José Guilherme Cantor. ETNOGRAFIA COMO PRÁTICA E EXPERIÊNCIA. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, v. 32, n. 15, p.129-156, Não é um mês valido! 2009. Semestral.

MAIA, Frederico F.r.; ARAËJO, Levimar R.. Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 em Minas Gerais. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, [s.l.], v. 48, n. 2, p.105-111, abr. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27302004000200009>.

MARCELINO, Daniela Botti; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *SciELO*, São Paulo, v. 18, n. 1, p.72-79, jan. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000100010>. Acesso em: 18 out. 2017.

MORAES, Roque. Análise de Conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p.7-32, jan. 1999. Anual. Disponível em: <http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html>. Acesso em: 24 nov. 2017.

PALMA A. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros modos de olhar. *Revista Brasileira de Ciência do Esporte*. 2001; 22: 23-39.

SILVERTHORN, Dee Unglaub. *Fisiologia Humana: Uma abordagem Integrada*. 2. ed. Austin: Manole, 2003. 815 p.

SPARAPANI, Valéria Cássia et al. A criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus amigos: a influência dessa interação no manejo da doença. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Paulo, v. 20, n. 1, p.1-10, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421971016.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

STIGGER, Marco Paulo. *Desporto, lazer e estilos de vida: uma análise cultural a partir de práticas desportivas realizadas em espaços públicos da cidade do Porto*. 2000. 333 f. Tese (Doutorado) - Curso de Educação Física, Universidade do Porto. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Porto, 2000. Cap. 3. Disponível em: <<file:///C:/Users/bruna/Downloads/000280508.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

TUPPY, Georg. *Saúde, uma visão ampliada*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2001000900010>. Acesso em: 11 jul. 2001