
TECNOLOGIA EDUCACIONAL INOVADORA PARA O EMPODERAMENTO JUNTO A IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt¹, Maria Helena Lenardt²

¹ Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande. Professora da Universidade Federal do Pampa. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ksalmeidah@yahoo.com.br

² Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professor Sênior do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Paraná, Brasil. Email: lenardthart@hotmail.com

RESUMO: As práticas de saúde contemporâneas passam por uma importante crise em sua história. Contrastando com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, estas práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. Este relato de experiência tem como objetivo refletir sobre o empoderamento como tecnologia educacional inovativa para o cuidado de si junto a idosos com diabetes mellitus. O desenvolvimento da análise é orientado por relato de experiência de atendimentos assistenciais de atenção primária à saúde, extraído do cotidiano profissional das próprias autoras. Acolhimento, acessibilidade à informação e ao conhecimento, respeito, vínculo, identidade e responsabilidade são apontados como traços principais na compreensão das interações entre profissionais de saúde, pacientes e familiares; e na construção do cuidado “empoderador” em enfermagem, que propicia ao idoso ser protagonista do processo, estimulando o cuidado de si, por meio da aliança terapêutica entre idoso, profissional e família.

DESCRIPTORIOS: Tecnologia educacional. Idoso. Diabetes mellitus. Enfermagem.

INNOVATIVE EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR EMPOWERING THE ELDERLY WITH DIABETES MELLITUS

ABSTRACT: Contemporary health care practices are going through a historical crisis. In contrast to expressive scientific and technological development, these practices are encountering serious limitations to effectively respond to individuals' and populations' complex health needs. This experience report aims to reflect on the empowerment of innovative educational technology towards self-care together with elderly people with diabetes mellitus. The development of the analysis is oriented by experience reports in primary health care assistance, extracted from these authors' daily work. Reception, accessibility to information, knowledge, respect, linking, identity, and responsibility are singled out as key features in understanding the interactions between health professionals, patients, and family members. The construction of empowerment care in nursing provides the elderly to be protagonists of the process, encouraging self-care through the therapeutic alliance between the elderly, the health care professional, and family.

DESCRIPTORS: Educational technology. Aged. Diabetes mellitus. Nursing

UNA TECNOLOGÍA EDUCATIVA INNOVADORA PARA EL EMPODERAMIENTO DE ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS

RESUMEN: Las prácticas contemporâneas de la salud pasan por una grave crisis en su historia. En contraste con su expresivo desarrollo científico y tecnológico, estas prácticas se enfrentan a serias limitaciones para responder eficazmente a las complejas necesidades de salud de los individuos y las poblaciones. Este estudio tiene como objetivo reflexionar sobre el empoderamiento como tecnología educativa innovadora para fomentar el cuidado de sí mismos de los ancianos con diabetes mellitus. El desarrollo del análisis se guía por los informes de la experiencia del cuidado en la atención primaria de salud, extraídos de la labor diaria de las autoras de este estudio. La recepción, la accesibilidad a la información, el conocimiento, el respeto, el empleo, la identidad y la responsabilidad son señaladas como características claves para entender las interacciones entre los profesionales de la salud, los pacientes y los miembros de la familia, y la construcción de “empoderamiento” en el cuidado de la enfermería, que permite que los ancianos sean protagonistas de ese proceso, al fomentar el cuidado de sí, a través de la alianza terapéutica entre los ancianos, el profesional y la familia.

DESCRIPTORIOS Tecnología educativa. Ancianos. Diabetes mellitus. Enfermería.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Durante minha experiência profissional em uma unidade básica de atendimento aos idosos, senti significativo descontentamento com o modo normativo, prescritivo, diretivo e pouco resolutivo das consultas de enfermagem. Logo, busquei na literatura embasamento científico sobre estratégias de atenção à população idosa. Deparei-me com alguns referenciais que, teoricamente, respondiam minhas inquietações, e decidi tomar suas estratégias como fundamento para enfrentar criativamente as consultas de enfermagem. A seguir apresento o relato desta experiência.

Era início da manhã e eu estava entusiasmada com as atividades que realizava nas consultas de enfermagem. O próximo paciente que seria chamado para o atendimento era antigo conhecido dos profissionais da unidade de saúde, pois constantemente estava presente na unidade, no entanto, seus exames mantinham-se alterados e o quadro clínico evoluía negativamente. Segundo relato dos profissionais da unidade, sempre que Sr. Idoso* era questionado a respeito de suas dificuldades ou dúvidas, nunca apresentava nenhuma queixa ou questionamento e sempre apresentava-se brincalhão. Sabendo desta histórica e da clínica deste idoso, questionei-me sobre como deveria ser o acolhimento e a consulta para este paciente. Assim que o chamei, Sr. Idoso veio, acompanhado de sua esposa, ambos aparentemente alegres. Marcou-me o relacionamento afetuoso entre o casal, que, mesmo com idade avançada, expressavam respeito e harmonia um pelo outro e, ainda, aparentavam expectativa com a consulta. Era a primeira vez que atendia o Sr. Idoso. Iniciei a consulta de enfermagem olhando nos olhos do paciente e disse: quero que você fale sobre você, contando como é sua vida, do que gosta, ou do que não gosta e o que deseja com este atendimento, enfim, quero que fale sobre si, e o que mais tiver vontade. Com esta estratégia tentei identificar algumas características do sistema de conhecimento e de vida deste idoso e de sua família. O Sr. Idoso e sua esposa olharam-me e riram muito. Considero esta reação consequência do modo de abordagem inicial, diferente daquele modo tradicional de atendimento em que estavam acostumados. O casal me olhou com perceptível espanto, mas, aos poucos, foi vencendo o estranhamento em razão da minha atitude e demonstrou logo melhores comportamentos de aproximação. Os dois se esforçaram para encontrar outras possibilidades de ser diante

mim. Em pouco tempo, aqueles idosos começaram a se mostrar. O sorriso até então presente passou a dar lugar a expressões mais serenas. O Sr. Idoso falou sobre suas dificuldades e sobre o descontentamento com a vida; principalmente depois que descobriu que era portador de diabetes e precisou residir na capital do Paraná. Destaca-se em seu relato uma casa litorânea, como o grande “sonho e prazer” de sua vida, comprada com muito esforço e comprometimento financeiro de sua família. A casa estava localizada no litoral do Paraná e as atividades de lazer que mais gostava de realizar estavam presentes naquela localidade. Ao migrar para Curitiba, por necessidade de atendimento de saúde, o Sr. Idoso relata: *vendi, junto à casa, a minha vida e a felicidade. Aqui em Curitiba fico sozinho, tenho muitas dívidas pela compra da nova casa e me sinto só.* A Sr^a Esposa é cozinheira e trabalha por plantão e Sr. Idoso é aposentado. Agregado a isto estava o desconhecimento sobre de que realmente padecia; ele não compreendia os motivos que levaram à necessidade de amputar alguns dos seus dedos do pé e o comprometimento do pé esquerdo. O idoso aparentemente alegre e brincalhão, que adentrou a sala de consulta, se revelou uma pessoa bastante desestimulada e infeliz. Nas próximas consultas, ou melhor, encontros, os vínculos entre profissional, paciente e família se estreitaram e a confiança permeou cada momento de atendimento. Foram vivências de crescimentos mútuos, no ambiente da unidade de saúde e no domicílio. No domicílio era visível a gratidão deles pela minha preocupação com os seus problemas. Pactuamos alguns acordos e decisões que foram realizadas em conjunto, numa verdadeira aliança terapêutica, com metas a serem cumpridas por todos os envolvidos. Juntos, apreendemos o que significa ter a patologia do diabetes mellitus, para o paciente e sua família, bem como as características desta patologia; em todos os momentos estimulei a promoção da saúde, proporcionei conhecimento, estímulo e satisfação com a vida, para as situações encontradas. Elaborei material educativo personalizado (calendário, cartilha e diário) para o Sr. Idoso e Sr^a Esposa. Emocionava-me a cada visita domiciliar, pois sempre era esperada com alegria e com todo o material (que elaborei) na mesa, preparado para a utilização em nossos encontros. Eles estudavam e realizavam as tarefas que ficavam sob suas responsabilidades. Constatei significativo estímulo para o cuidado de si quando confessaram que sempre contavam no calendário os dias para chegar logo a data do próximo encontro. Ao término dos úl-

* Nome fictício.

timos encontros, o Sr. Idoso apresentou melhora em seu estado clínico, na glicemia sanguínea e na integridade cutânea, e questionou: *por que ninguém me explicou dessa forma o que eu tenho? Faz 40 anos que tenho a doença e nunca soube realmente o que eu tinha e que existia mais de um tipo de diabetes...* Durante o tempo em que continuamos a ter contato, vivenciamos delicada e próxima inovação de cuidado com o outro. Assistência de enfermagem e educação em saúde continuaram presentes; eu, Sr. Idoso e Sr^a Esposa é que éramos a novidade no atendimento de enfermagem. A inovação apresentou-se desde a diferenciação na postura de cada indivíduo, na relação do cuidado, até a preparação dos instrumentos para realização deste.

OBJETO E PRESSUPOSTOS DESTES RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Com este artigo, tem-se o objetivo de refletir sobre o empoderamento como tecnologia educacional inovativa para o cuidado de si junto a idosos com diabetes mellitus. Desta forma, a narrativa anterior é o relato de uma experiência da autora, na realização de suas atividades de assistência de enfermagem, em uma unidade de atenção primária de saúde. Abrir o presente ensaio com esta narrativa tem um duplo propósito: o primeiro deles é buscar, através da narrativa, uma aproximação, antes de tudo estética, do leitor, ao assunto a ser tratado, além de mostrar o cuidado e as tecnologias educacionais inovadoras nas práticas de saúde. Trata-se de chamar o leitor a perceber o tema, antes mesmo de uma aproximação mais conceitualmente municiada. O segundo propósito é utilizar o relato de experiência como guia de discussão, pois o que na narrativa pode ser imediatamente percebido é substancialmente aquilo que se quer explorar de modo mais sistemático ao longo do ensaio, ou seja, alguns aspectos que podem fazer do encontro terapêutico uma relação de cuidado, desde a perspectiva que busque ativamente relacionar o aspecto técnico, até os aspectos do empoderamento dos idosos na atenção à saúde.

Ao mesmo tempo em que experimentam notável desenvolvimento científico e tecnológico, as práticas de saúde vêm enfrentando, já há alguns anos, uma sensível crise de legitimação.¹ Não é senão como resposta a isso que se torna compreensível o surgimento recente, no campo da saúde, de diversas propostas para sua reconstrução, sob novas ou renovadas conformações, tais como integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde.²

Ao abordar a reconstrução do sistema de saúde, a necessidade do atendimento personalizado ao idoso emerge como mudança imprescindível, pois o envelhecimento populacional traz novas necessidades e questões fundamentais para os profissionais que cuidam da população idosa. É preciso reconhecer, a partir de uma perspectiva ampla, que o idoso requer cuidados individualizados e personalizados, em função dos eventos particulares que o acometem no curso de vida. O cuidado gerontológico, neste sentido, tem a meta de encorajar a promoção da saúde por meio de medidas que ajudem as pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas.

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo de maneira rapidamente superior do que em qualquer outra faixa etária, e a esta população idosa há o acréscimo das doenças crônicas, também chamadas de agravos não transmissíveis, que figuram como principal causa de mortalidade e morbidade no mundo. Segundo a Organização

Panamericana de Saúde³, as doenças crônicas são responsáveis por 59,0% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e por 45,9% do total de enfermidades.

Os avanços no gerenciamento biomédico e comportamental aumentaram de forma significativa a capacidade de prevenir e controlar com eficiência as condições crônicas, como o diabetes mellitus.⁴ “Cerca de 177 milhões de pessoas sofrem de diabetes no mundo e este índice deverá dobrar até 2030”.^{3:45}

O aumento da incidência do diabetes nos países em desenvolvimento é particularmente preocupante, visto que esta patologia é o principal fator de risco para cardiopatias e doenças cerebrovasculares e, frequentemente, ocorre associada à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que desencadeia outros importantes problemas crônicos.

Quase metade dos diabéticos têm 65 anos ou mais.⁵ Na população de idosos de Curitiba, o diabetes mellitus desponta como 6^a causa principal de mortalidade e, dentre estes idosos, a maioria tem diagnóstico de diabetes tipo 2.⁶ A literatura tem apontado que grande parte dos idosos com diabetes tem dificuldade na adesão ao programa terapêutico (controle metabólico, plano alimentar, atividade física e terapêutica medicamentosa).

O diabetes é uma doença de difícil controle, devido à necessidade constante de monitoramento glicêmico. O Sr. Idoso não conhecia os valores adequados da glicemia para sua situação de saúde/doença, mesmo vivendo com esta patologia

há 40 anos. Esta necessidade influencia o cuidado de si, visto que ao não sentir sintomas relacionados com a patologia, os idosos esquecem-se das restrições impostas e acabam por fazer coisas que prejudicam sua saúde.

No âmbito da promoção da saúde, “o tratamento para pacientes que apresentam condições crônicas não termina nem começa na porta da clínica. Precisa se estender para além dos limites da clínica e permear o ambiente doméstico [...]”^{4,10} Para gerenciar com sucesso as condições crônicas, os pacientes e seus familiares precisam de auxílio e apoio, principalmente quando se trata dos pacientes idosos. O tratamento para estas doenças deve ser reorientado em torno do paciente e da família.

Um dos caminhos para o desenvolvimento do cuidado gerontológico é a abordagem do idoso enquanto cidadão e protagonista do seu cuidado e/ou tratamento. O cuidado de si evidencia-se de forma relacional, sendo que um depende do outro para realizar o cuidado. Nesta vertente, o conhecimento e acesso a informações é imprescindível para a tomada de decisão, e nisto incluem-se as práticas de *empowerment*^{**}, que podem atender à estratégia básica para a promoção da saúde, considerada como tecnologia educacional inovadora.

O empoderamento é um conceito polissêmico que tem tido visibilidade crescente, principalmente a partir dos anos 1990. O termo deriva da língua inglesa (*empowerment*).⁷ É uma idéia que tem origem nos movimentos sociais por direitos civis na década de 1970, no movimento feminista e na ideologia da ação social presentes nas sociedades do primeiro mundo, a partir dos anos 1950. Nos anos 1970, foi influenciado pelos movimentos de auto-ajuda; nos anos 1980, pela psicologia comunitária, e nos anos 1990, pelos movimentos que buscam afirmar o direito de cidadania sobre distintas esferas sociais, dentre as quais a da saúde.⁸

O empoderamento tem assumido significações que se referem ao desenvolvimento de potencialidades e ao aumento de informação e percepção, com o objetivo de que exista uma participação real e simbólica que possibilite a democracia. Significa o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais, nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social.⁹ Um

dos aspectos fundamentais do empoderamento diz respeito às possibilidades de que a ação local fomenta a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão, no sentido de contextualizar e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político. O empoderamento se associa a formas alternativas de se trabalhar realidades sociais, suporte individual ou mútuo, formas cooperativas, formas de democracia participativa, autogestão e movimentos sociais autônomos.¹⁰

Tomado neste sentido, o empoderamento se torna um processo que oferece possibilidades às pessoas de auto-determinar suas próprias vidas, efetivando sua inserção nos processos sociais e políticos, a partir de sua integração na comunidade e da articulação com outras organizações.¹¹ Empoderar passa a ser o papel de gestão, parceria e responsabilidade que cada ator social assume, diante da vida, na aceção de tomar os rumos para influenciar no destino dos outros e de si próprio. Nesta abordagem, assume significações que “se referem ao desenvolvimento de potencialidades e ao aumento de informações e percepções, com o objetivo de que exista uma participação real e simbólica que possibilite a democracia”.^{12,13} No entanto, é essencial que a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalize como tal.

As tecnologias leves,¹³ isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução. Poder-se-ia acrescentar: devem estar abertas e sensíveis à interferência do não-técnico, à sabedoria prática, tal como vimos acontecer na situação do Sr. idoso. Para alcançar essa abertura, não cabe exatamente uma nova tecnologia, pois, como já referido anteriormente, a racionalidade prática não é de natureza teórica ou técnica. Mas, talvez, a abertura do técnico a essa racionalidade possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de relatos de experiência, nos serviços, e de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida.¹⁴

Acredita-se que o cuidado sugerido se caracteriza como cuidado “empoderador”, cujas premissas encontram-se na necessidade de desenvolvimento do processo de cuidar, que envolve a participação e decisão ativa do idoso com diabetes.

** Neste trabalho utiliza-se a versão para a língua portuguesa – empoderamento.

Ainda, encerra as ações integradas, efetivas, resolutivas, criativas, dialógicas e de empoderamento. No desenvolvimento do cuidado gerontológico com o idoso diabético, confia-se na necessidade de interação, buscando compreender e apreender o modo de viver deste, bem como seus familiares e/ou indivíduos envolvidos no processo.

As ações profissionais, quando planejadas com envolvimento e respeito às decisões do idoso, podem propiciar melhores resultados na ação do cuidar. Acrescenta-se que 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento dos pacientes diabéticos são realizados por eles mesmos ou por familiares. Sendo assim, emerge a necessidade do trabalho do profissional interagindo com o idoso.¹⁵

O cuidado “empoderador” surge como uma atividade intencional que permite à pessoa adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que o rodeia, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta. Além disso, capacita o idoso a definir os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode resolver esses problemas com os seus próprios recursos ou com apoios externos, e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem-estar.

O que se busca com o presente relato de experiência é somar a esse debate, trazendo-se uma perspectiva reflexiva que se estrutura em torno da noção de cuidado e das tecnologias educacionais inovativas, uma série de princípios teóricos e práticos que se julga relevante para iluminar muitos dos desafios conceituais e práticos para o cuidado “empoderador” nas práticas de enfermagem.

O CUIDADO “EMPODERADOR”: A RECONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Sr. idoso, participante do caso relatado no início deste ensaio, é frequentador assíduo de uma unidade básica de saúde. Nunca faltou às consultas, mas também não estava satisfeito, pois não compreendia o que era a patologia diabetes mellitus. A carência de conhecimento do Sr. Idoso e Sr^a esposa sobre o diabetes mellitus afeta significativamente o cuidado de si, bem como a promoção da saúde e o controle metabólico, visto que o diabético não compreende os prejuízos e complicações para sua saúde. No diabetes, a informação acerca da doença é imprescindível para o tratamento, visto as consequências drásticas a que estão sujeitos diante do descuido consigo.

Como compreender, de um lado, a ineficácia da intervenção, ressaltando que foram 40 anos participando de atendimento de saúde, em diversas localidades, e, de outro lado, por contraditório que pareça, a sólida reiteração dessa intervenção pouco eficaz – ainda mais assombrosa, se considerarmos a escala em que situações como essa se repetem diariamente nos diversos serviços de saúde? Por outro lado, que tipo de cuidado deveria ser realizado para obter-se sucesso e para ter qualidade no encontro terapêutico, a partir da situação descrita no preâmbulo?

A resposta à primeira pergunta, por si só, já seria suficiente para preencher todo o espaço deste artigo, pela riqueza e complexidade das questões envolvidas. Todavia, em um necessário esforço de síntese, pode-se apontar a situação de encontro não atualizado, isto é, de um potencial de interação que não se realiza plenamente, “como a crise de legitimidade pelas quais passam as práticas de saúde de modo geral”.^{14:20}

A reiteração da procura do paciente não deixa dúvida quanto ao interesse legítimo no espaço da assistência, mas a esterilidade mecanicamente vivida e repetida aponta também que as bases dessa legitimidade ainda (ou já) não estão assentadas em bases reconhecidas e aceitas pelos participantes da situação. É como se as tecnociências da saúde constituíssem recursos desejáveis, mas que nem usuários nem profissionais sabem manejar satisfatoriamente. Certamente, cada um sabe, a seu modo e com diferentes graus de domínio técnico, para quê servem esses recursos. O que talvez falte é a resposta sobre o sentido desse uso, sobre o significado desses recursos para o dia-a-dia do outro.¹⁴

Agora se está em melhores condições para responder à segunda pergunta, ou começar a respondê-la: o que mudou foi que se passou a procurar, naqueles momentos assistenciais de saúde, o sentido e o significado do cuidado. Mais que isso, ou como base disso, passou-se a procurar o significado da própria presença de um diante de outro: Sr. Idoso, Sr^a Esposa e a enfermeira, naquele espaço, naquele momento.

O efeito salutar que o primeiro encontro propiciou foi justamente a possibilidade de se surpreender com a falta de sentido de se cumprir tão mecanicamente os papéis de enfermeiro, na consulta de enfermagem, e o de paciente. Ambos os papéis, orientados por uma lógica que, em si mesma, não pode atribuir sentido a nada: a lógica clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional.¹⁴ O que se tornou possível,

com a fuga do modelo tradicional de atendimento, tão em desacordo com a importância do que deveria se realizar naquele espaço, foi a busca da totalidade existencial que permitia dar significados e sentido, não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida que, por razões particulares, Sr. Idoso tinha dificuldade de organizar e enfrentar.

Durante os encontros, passou-se a valorizar todos os detalhes da terapêutica utilizada, ou seja, o cuidado “empoderador”, desde o acolhimento, a acessibilidade para a informação, o conhecimento, até o respeito e a identidade. O cuidado realizado despertou o vínculo/aliança terapêutica, pautado pelo interesse do Sr. Idoso no cuidado de si, incluindo a necessidade de reorganização de sua vida e de seu projeto de felicidade. É como se o cuidado desenvolvido revalorizasse a vida do idoso, possibilitando a retomada de um novo plano, ressignificando tudo à sua volta, inclusive – e especialmente – o cuidado de si.

Este é o elemento que se quer destacar: o projeto de felicidade e o cuidado de si dizem respeito a um horizonte normativo que enraíza, na vida efetivamente vivida pelas pessoas, aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde, auxiliando no desenvolvimento do cuidado gerontológico de enfermagem.

Entende-se, neste relato, como cuidado gerontológico de enfermagem, o processo pelo qual envolve-se o idoso num contexto, que inclui a família, as interações pessoais, a história de vida e as condições de vida, em busca da promoção da saúde.¹⁶ A promoção do cuidado gerontológico de enfermagem envolve ética, estética e se constrói na apreensão das dimensões culturais, sociais, históricas, econômicas, espaciais e ambientais; exige do profissional compreensão, presença de espírito, habilidade, responsabilidade, capacidade e definição dos limites de atuação; promove a liberdade e a emancipação; desenvolve-se na pluralidade de situações; permite a expressão, a subjetividade, a sensibilidade, o desejo de quem é cuidado; está pautado em respeito mútuo, igualdade, prazer; busca o bem-estar e a felicidade do ser cuidado e do cuidador; é um cuidado personalizado, resolutivo, relacional, participativo, integrado e digno.¹⁷

A identidade da doença é pensada, representada e passível de leituras diferenciadas, de acordo com o processo de aquisição de conhecimento e do empoderamento sobre ela. Entende-se que a doença torna-se um texto passível de diferentes leituras, em busca de significados, tanto para o doente, no processo de desencadear sintomas, quanto

para os profissionais, quando perseguem sinais e encontram assim as formas visíveis da doença.¹⁸ “A doença é mais do que um conjunto de sintomas físicos observados numa realidade empírica. Ela se torna um conjunto de experiências associadas por redes de significados e interação social”.^{19:17}

É imprescindível salientar que, pelo senso comum, alguns idosos realizam julgamentos, estabelecem modos de se cuidar, adquirem convicções e confiança para agir. O senso comum, mesmo racional, faz uso não refletido da razão. Por se tratar de um conjunto de concepções fragmentadas, muitas vezes incoerentes, pode-se adquirir comportamentos que prejudicam a saúde. Nessa direção, conjectura-se que as convicções pessoais constituem a planta sobre a qual os seres humanos constroem suas vidas e as entremeiam com as vidas dos outros.²⁰

Todas as pessoas necessitam de formas visíveis para cuidarem de uma doença. A manifestação representa revelação de que algo não vai bem em seu corpo e, quanto mais tempo permanecer visível, mais carece de cuidados. A doença é manifestada socialmente por este motivo: ela necessita ser visível. A invisibilidade da manifestação do diabetes, em parte, explica os problemas relacionados à adesão ao tratamento. O mecanismo mais simples de interpretação do mundo é a capacidade de sentir dor ou prazer.²¹ A sensação de prazer é um ato de conhecimento, que interpreta uma dada relação organismo-ambiente como sendo favorável à sobrevivência ou à expressão do corpo. A sensação de dor, ao contrário, o faz saber que sua vida está em perigo. A atividade se dará, então, pela aproximação do objeto que lhe causa prazer ou pela fuga daquele que lhe causa dor.

EMPODERAMENTO: TECNOLOGIA EDUCACIONAL INOVADORA PARA O IDOSO COM DIABETE MELLITUS

O empoderamento permite a aprendizagem dialógica e o desenvolvimento de consciência crítica na qual o idoso com diabetes encontra sentido para um modo de viver saudável próprio/autônomo/personalizado. Somente a informação, fornecida nos processos educativos, por si só, não vai modificar os comportamentos em relação ao diabetes. Embora o conhecimento seja uma condição necessária para que ocorra o processo de mudança de certa prática ou comportamento, outras variáveis, como a atitude, terão de ser mudadas, para que determinado comportamento nocivo seja modificado.²²

Numa perspectiva do empoderamento, a educação, no diabetes, é vista como uma colaboração entre o profissional de saúde e o idoso com diabetes, e visa à construção e reconstrução do conhecimento por parte deste, sobre a doença e suas consequências, de forma que este possa tomar decisões informadas acerca do cuidado de si. É um processo educativo, relacional e progressista, que valoriza a experiência do viver, o modo e o contexto de vida, transformando o idoso em um ser crítico e agente de mudança da sua própria realidade, constituindo-se como cidadão e protagonista de sua vida.

Quanto ao cuidado de si, a Organização Mundial de Saúde preconiza que “uma boa parte dos cuidados que os indivíduos necessitam pode ser proporcionada por eles mesmos”.^{23,37} Nesta abordagem, o profissional estimula o idoso a modificar seus comportamentos através da auto-crítica, do desenvolvimento de competências e da motivação para o cuidado da sua saúde. “Envolver os pacientes no processo de tomada de decisão e planejamento do tratamento torna o atendimento às condições crônicas mais eficaz e eficiente”.^{4,36} No caso do diabetes, o cuidado da saúde representa grande desafio porque envolve inúmeras mudanças de comportamento que os pacientes têm que integrar ao seu dia-a-dia. O automonitoramento dos níveis de glicose no sangue, a aderência ao tratamento e aptidões ao medicamento, as verificações regulares para detectar problemas com os pés, as dietas alimentares e as atividades físicas constantes, constituem preocupações diárias. Nesta condição crônica, as intervenções comportamentais direcionadas para o cuidado de si incitam possibilidades de melhorias nos marcadores biológicos e no controle metabólico dos diabéticos.

Ao desenvolver ações de cuidado gerontológico, fundamentadas na sistematização da assistência, podem-se encontrar diagnósticos e prescrições de enfermagem semelhantes para os idosos, porém, a personalização do cuidado “empoderador” está na avaliação de cada situação com o “olho no olho”, envolvendo o idoso em todas as decisões e ações realizadas. Este é um dos reais cuidados de enfermagem, que pode ser utilizado como tecnologia educacional inovadora, colocando o idoso como protagonista das ações de cuidado.

O cuidado “empoderador” está pautado pela interação e participação ativa, através da aliança terapêutica entre idoso/profissional e família, aumentando as possibilidades de obtenção de sucesso nas ações realizadas. Nas atividades de-

envolvidas, devem ser estimulados os sentimentos de confiança mútua, de co-responsabilidade e de poder compartilhado, dentro de uma aliança terapêutica em busca do empoderamento dos envolvidos. Nesta aliança, os envolvidos são beneficiados pelas trocas de conhecimento e de experiência de vida.

O empoderamento, entendido como tecnologia educacional inovadora, está diretamente relacionado a ajudar a pessoa no crescente controle sobre sua vida, abordando os campos da promoção da saúde. O desenvolvimento pessoal e social pode ser conquistado por meio da informação, da educação para a saúde e da intensificação das competências, o que possibilita à população exercer maior controle sobre sua própria saúde.²⁴

REFERÊNCIAS

1. Schraiber LB. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós- Graduação; 1997.
2. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003.
3. Organização Panamericana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília (DF): OPAS; 2003.
4. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003.
5. Caruso L, Silliman M. Diabetes mellitus no idoso. In: Gallo JJ, Silliman M, Busby-Whitehead J, Rabins PV, Silliman RA, Murphy JB, et al. Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.
6. Paiva MF. Idoso em Curitiba: avaliação das condições de vida. Curitiba: IPPUC; 2006.
7. Baquero M. Reinventando a sociedade na América Latina: cultura política, gênero, exclusão e capital social. Brasília (DF): Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; 2001.
8. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cad Saúde Pública. 2004 Jul-Ago; 20(4):1088-95.
9. Vasconcelos E. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro (RJ): Paulus; 2004.
10. Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

11. Kleba ME. A participação social na construção do Sistema Único de Saúde enquanto processo de empowerment. Salvador (BA): ABRASCO; 2000.
12. Wendhausen ALP, Barbosa TM, Borba MC. Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores. *Saúde Soc.* 2006 Set-Dez; 15(3):131-44.
13. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface.* 2000; 9(16):109-16.
14. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004 Set-Dez; 13(3):16-29.
15. Araújo RRF. Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2005.
16. Hammerschmidt KSA, Zagonel IPS, Lenardt MH. A critical analysis of gerontological nursing practice guided by leininger's theory of culture care diversity and universality. *Acta Paul Enferm.* 2007 Jul-Sep; 20(3):362-7.
17. Hammerschmidt KSA, Borghi AC, Lenardt MH. Ética e estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 14(Esp):114-24.
18. Ferreira J. O corpo sócio. In: Alves PC. *Saúde e doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1994.
19. Langdon EJM. A negociação do culto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia; 1994.
20. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.* São Paulo (SP): Roca; 2002.
21. Lenardt MH. A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2001.
22. Carvalho GS. Literacia para a saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In: Leandro M, Araújo M, Costa M, organizadores. *Saúde: as teias da discriminação social.* Braga (PT): Universidade do Minho; 2002.
23. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Brasília (DF): OPAS; 2005.
24. Oliveira SHS, Monteiro MAA, Lopes MSV, Brito DMS, Vieira NFC, Barroso MGT, et al. Estratégias de enfrentamento da pobreza e a sua interface com a promoção da saúde. *Rev Latino-am Enferm* [online]. 2007 Set-Out [acesso 2008 Out 28];15(Esp). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_23.pdf