

GISELE DE LACERDA CHAVES VIEIRA

**AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM GRUPOS OPERATIVOS
COM USUÁRIOS DIABÉTICOS TIPO 2 EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE - BELO HORIZONTE - MG**

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2011

GISELE DE LACERDA CHAVES VIEIRA

**AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM GRUPOS OPERATIVOS
COM USUÁRIOS DIABÉTICOS TIPO 2 EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE - BELO HORIZONTE - MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Heloísa de Carvalho Torres

Belo Horizonte

2011

À minha mãe querida (*in memoriam*), que me ensinou a perseverança e a não desprezar a minha mocidade. Muitas saudades.

Ao meu esposo, que tem me incentivado e amado. Você tem sido minha força! Você é a melhor coisa que aconteceu na minha vida.

Ao meu pai coruja, pelo apoio e por acreditar em mim.

Agradeço a Deus, porque Ele tem cuidado de mim em todos os momentos e por ser a razão da minha existência.

À Heloísa, razão de eu ter conseguido mais uma conquista, pela paciência, carinho e oportunidade. Nunca vou esquecer o que fez por mim.

A todos aqueles que me apoiaram nos momentos mais difíceis, Nilda, Geane, Rodrigo, Jôse e D. Lourdes.

À Carol, Cristiane e a todos os participantes do projeto. Vocês me ajudaram muito.

Aos professores da Escola de Enfermagem, por participarem desta caminhada.

Aos colegas do mestrado, por compartilharem sonhos e angústias.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

(Paulo Freire)

Vieira, Gisele de Lacerda Chaves. **Avaliação da educação em grupos operativos com usuários diabéticos tipo 2 em Unidades Básicas de Saúde – Belo Horizonte – MG**. 2011. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar os efeitos da educação em grupos operativos com usuários com diabetes tipo 2 em relação aos conhecimentos e às práticas de autocuidado associado ao exercício físico e plano alimentar. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem quantitativa e qualitativa desenvolvida junto a 32 usuários com diabetes mellitus tipo 2 inseridos no programa educativo em três Centros de Saúde na cidade de Belo Horizonte-MG, ano 2010. O programa educativo teve duração de seis meses, sendo realizados 09 encontros. Os temas abordados nas sessões educativas diziam respeito à fisiopatologia, nutrição e exercício físico, relacionados à doença. Durante os encontros, foram utilizadas técnicas facilitadoras, como jogos, dinâmicas lúdicas e interativas. Para a coleta de dados, foi utilizada a estratégia de grupo focal, realizado ao final dos seis meses. Para a realização do grupo focal, foi utilizado um roteiro com os seguintes temas: conhecimentos sobre o DM; práticas educativas para o autocuidado; facilidades e barreiras/dificuldades para o autocuidado; e propostas de melhorias para os programas educativos. Um total de 12 usuários participou do grupo focal. Os dados sociodemográficos, por sua vez, foram coletados por meio de uma ficha de identificação. Ao final de cada sessão educativa, foi aplicado o instrumento para que os usuários avaliassem o grupo operativo. Em seguida, realizou-se o processamento e a interpretação dos dados do grupo focal a partir do enfoque da análise temática. As principais categorias resultantes da análise do material foram 1) a aprendizagem nos grupos; 2) prática educativa para o autocuidado associado à alimentação, exercício físico e uso de medicamentos. Dentro destas categorias, foram criadas subcategorias, às quais agrupamos as respostas relacionadas às: 3) barreiras percebidas para a busca de um estilo de vida saudável; 4) sentimentos relacionados ao diabetes mellitus e 5) expectativas relacionadas às ações educativas. Os usuários relataram que a participação nos grupos proporcionou o esclarecimento de dúvidas sobre o autocuidado, além de fornecer conhecimentos sobre a doença. Em relação ao processo de aprendizagem, foi recorrente o relato da melhoria dos conhecimentos sobre alimentação, exercício físico e uso da insulina. No tocante às mudanças nas práticas de autocuidado, a maioria dos entrevistados relatou ter diminuído o consumo de açúcar e gordura, além de passarem a se policiar quanto à quantidade de alimentos ingeridos diariamente, bem como o aprimoramento da realização de exercício físico. Foi relatado pelos entrevistados a utilização do rodízio na aplicação da insulina e o início da realização do cuidado com os pés, o que não era feito anteriormente. De forma geral, os usuários avaliaram positivamente a participação nos grupos, elogiando a postura dos profissionais, a comunicação e a linguagem utilizada no processo de ensino-aprendizagem. Este estudo apontou que as ações educativas proporcionaram a melhoria dos conhecimentos sobre a doença, além de estimular as práticas de autocuidado associado à dieta e exercício físico.

Palavras chave: educação de pacientes como assunto; estrutura de grupo; avaliação de programas e projetos de saúde; Conhecimento; Autocuidado; Diabetes Mellitus.

VIEIRA, G. L. C. 2011. **Evaluation of education in operational groups with users with type 2 diabetes in Basic Health Units – Belo Horizonte – MG.** 124 f. Master's degree dissertation (Master's degree in nursing) – School of Nursing, Minas Gerais Federal University, Belo Horizonte, 2011.

ABSTRACT

This study evaluated the effects of education on operative groups with users with type 2 diabetes in relation to knowledge and self-care practices associated with physical exercise and eating plan. It is a descriptive and exploratory qualitative and quantitative approach developed with 32 patients with diabetes mellitus type 2 inserted in the educational program in three health centers in the city of Belo Horizonte-MG, 2010. The educational program lasted six months, held 09 meetings. The issues addressed in educational sessions related to the pathophysiology, nutrition and exercise-related disease. During the meetings, facilitation techniques were used, such as games, dynamic games and interactive. To collect data we used the strategy focus group, conducted at six months. To conduct the focus group script was used with the following themes: knowledge about the disease, practice self-care; influence of groups on the practice of self-care and knowledge about DM, facilities or barriers to self-care. A total of 32 users participated in the focus group. Demographic data, in turn, were collected through a form of identification. At the end of each session was applied educational tool for users to assess the operative group. Then we carried out the processing and interpretation of data from the focus group approach to thematic analysis. The main categories of material from the analysis were 1) learning in groups, 2) educational practice for self-care related to nutrition, exercise and medication. Within these sub-categories were created which grouped the responses related to: 3) perceived barriers to the pursuit of a healthy lifestyle, 4) feelings related to diabetes mellitus and 5) expectations related to educational activities. Users have reported that participation in groups provided the answers to questions about self-care, and provide knowledge about the disease. In relation to the learning process, applicant was reported improvement in knowledge about nutrition, exercise and insulin use. Regarding changes in self-care practices, most respondents reported a decrease in consumption of sugar and fat, and passed to police about the amount of food eaten each day, as well as the improvement of physical exercise. It was reported by respondents using the rotation in the application of insulin and early in the implementation of foot care, which was not done previously. In general, users have welcomed the participation in the group praising the attitude of professional communication and language used in the teaching-learning process. This study found that educational activities provided to improve knowledge about the disease, and encourage self-care practices associated with diet and exercise.

Key words: patient education as topic, program evaluation, Group structure, Knowledge, Self care, Diabetes Mellitus.

LISTA DE QUADROS/FIGURAS

FIGURA 1 – <i>Processo grupal</i>	25
FIGURA 2 – <i>Mapa dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte (MG)</i>	42
QUADRO 1 – <i>Objetivos dos eixos temáticos da educação em grupos operativos</i>	45
QUADRO 2 – <i>Técnicas facilitadoras utilizadas</i>	111

LISTA DE SIGLAS

AADE -	Associação Americana de Educadores em Diabetes
ADA -	American Diabetes Association
DCNTs -	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM -	Diabetes Mellitus
DST -	Doença Sexualmente Transmissível
EEUFMG -	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Humana
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB -	Norma Operacional Básica
OMS -	Organização Mundial da Saúde
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
SBD -	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS -	Sistema Único de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PSF -	Programa de Saúde da Família
UBS -	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO GERAL	16
2.1 <i>Objetivos Específicos</i>	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 <i>Educação em saúde e Diabetes Mellitus</i>	17
3.1.1 <i>Ações de educação em saúde baseadas em Paulo Freire</i>	20
3.2 <i>Aproximação teórica sobre o trabalho com grupos</i>	21
3.2.1 <i>Educação em grupos operativos em Diabetes Mellitus</i>	26
3.3 <i>Conhecimentos em Diabetes Mellitus</i>	27
3.4 <i>O autocuidado em Diabetes Mellitus</i>	29
3.4.1 <i>Exercícios físicos em Diabetes Mellitus</i>	33
3.4.2 <i>Plano alimentar em Diabetes Mellitus</i>	34
3.4.3 <i>A terapêutica medicamentosa em Diabetes Mellitus</i>	35
3.5 <i>A avaliação da educação em grupo de Diabetes Mellitus</i>	37
4 METODOLOGIA	41
4.1 <i>Desenho do estudo</i>	41
4.2 <i>O ambiente da pesquisa</i>	41
4.3 <i>População do estudo</i>	42
4.4 <i>Intervenção educativa: grupos operativos</i>	43

4.5 Procedimentos para a coleta de dados	48
4.6 Análise dos dados	50
5 RESULTADOS	52
5.1 Perfil sociodemográfico: os usuários que participaram dos grupos.....	52
5.2 A aprendizagem nos grupos.....	52
5.3 Prática educativa para o autocuidado associada à alimentação, exercício físico e uso de medicamentos	53
5.4 As barreiras percebidas para a busca de um estilo de vida saudável.....	55
5.4.1 Sentimentos relacionados ao Diabetes Mellitus tipo 2	55
5.5 Expectativas relacionadas aos grupos de Diabetes Mellitus.....	57
5.5.1 A avaliação dos usuários em relação aos grupos de Diabetes Mellitus	58
6 DISCUSSÃO	60
6.1 Análise das variáveis sociodemográficas.....	60
6.2 A aprendizagem nos grupos.....	63
6.3 Prática educativa para o autocuidado associado à alimentação, exercício físico e uso de medicamentos	69
6.4 As barreiras percebidas para a busca de um estilo saudável	72
6.5 Expectativas relacionadas aos grupos de Diabetes Mellitus.....	76
7 CONCLUSÃO	79
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	107

APÊNDICE B – MODELO TEÓRICO-LÓGICO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM DIABETES.....	108
APÊNDICE C – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS .	109
APÊNDICE D – ROTEIRO DIAGNÓSTICO DOS CONHECIMENTOS E AÇÕES DE AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM DM TIPO 2	110
APÊNDICE E – AVALIAÇÃO GERAL DOS USUÁRIOS ACERCA DOS GRUPOS OPERATIVOS.....	111
APÊNDICE F – DINÂMICAS E JOGOS	112
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DA UFMG.....	121

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática Diabetes Mellitus (DM) me acompanha desde o último período do curso de graduação em enfermagem, em 2007. Durante o curso, tive a oportunidade de participar do projeto “Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Diabetes Mellitus no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG”, coordenado pela profa. Heloísa de Carvalho Torres. Essa experiência aproximou-me da temática, na qual tenho trabalhado até o presente momento. Nesse período, tive a oportunidade de acompanhar o projeto e todas as atividades de pesquisa que foram realizadas. Essas atividades permitiram conhecer as facilidades e barreiras relacionadas à adesão do usuário com DM ao tratamento.

Além das questões acima relatadas, pude observar como eram realizadas as ações educativas nos grupos operativos conduzidos pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nessas unidades, as atividades educativas eram realizadas de forma assistemática, sem planejamento, e, ao conversar com os profissionais, os mesmos reconheceram que não sabiam conduzir essas práticas. Dessa forma, reclamavam da baixa participação dos usuários com DM nos grupos, e também do desestímulo que sentiam para coordenar essas atividades.

Até o ingresso no mestrado, participei de cursos conduzidos pelo projeto direcionados a esses profissionais, a fim de atualizar e sensibilizar os funcionários das UBS em relação à importância das atividades de educação em saúde direcionadas aos usuários com DM. Foram trabalhadas com esses profissionais questões teóricas que visaram a orientar sobre a melhor condução das práticas educativas. Desde então, também tenho conduzido, junto ao grupo de pesquisa NUGEAS – Gestão, Educação e Avaliação em Saúde –, atividades em grupos com os usuários.

Atenta a essas questões, desenvolvi o projeto de pesquisa para avaliar os efeitos da educação em grupos operativos com usuários com DM tipo 2 em relação aos conhecimentos e às práticas de autocuidado associadas ao exercício físico e

plano alimentar. Além disso, procurei explorar as experiências, necessidades e expectativas dos usuários com DM sobre as questões do autocuidado requeridas pela doença.

As ações educativas desenvolvidas tiveram o objetivo de melhorar os conhecimentos dos usuários com DM, bem como as práticas de autocuidado relacionadas à doença.

Essas inquietações durante a minha trajetória acadêmica possibilitaram a configuração do objeto de investigação anteriormente citado, sendo apresentado no processo seletivo do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG (EEUFMG) - Nível mestrado, em 2009.

Após a aprovação no processo seletivo, cursei 29 créditos, dos 25 obrigatórios para o curso de mestrado. Os créditos cursados ofereceram subsídios para ajustes do projeto e ampliação da revisão de literatura. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, iniciei a coleta de dados com usuários com DM tipo 2 em três UBS do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte.

Diante do exposto, apresento aqui a pesquisa desenvolvida, contemplando a introdução, objetivos, revisão de literatura, metodologia, resultados, discussão e considerações finais do estudo.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) atingem milhões de pessoas, ameaçando o desenvolvimento econômico e social e trazendo impactos à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS, 2007). Essas doenças são responsáveis pelas principais causas de morte e incapacidades. Caracterizam-se pelos seus múltiplos fatores de risco e curso prolongado, sendo associadas a muitas deficiências (BRASIL, 2005).

As condições crônicas correspondem a 60% das doenças presentes no mundo, sendo que as previsões para o ano de 2020 apontam para um aumento de 20% dessas cifras nos países em desenvolvimento (SCHIMDT *et al.*, 2011), em especial do DM.

O DM, por ser uma doença crônica, constitui-se como um problema de saúde pública devido ao grande número de pessoas acometidas e às consequências trazidas pela doença. Além de ser causa de internações, acarreta complicações irreversíveis, responsáveis pela diminuição da expectativa de vida. Essas complicações, além de limitarem as atividades diárias e produtivas, comprometem a qualidade de vida dos usuários com DM. Essa doença crônica é responsável pelo desenvolvimento de arteriopatas, nefropatas e cardiopatas importantes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA), 2011). Além disso, o DM está entre uma das cinco primeiras doenças responsáveis por internações no Brasil, ocupando lugar entre as dez primeiras causas de mortalidade (BRASIL, 2010).

No ano de 2000, havia no mundo cerca de 170 milhões de pessoas com DM, e estima-se que esse número venha a duplicar-se no ano de 2030 (XU *et al.*, 2008). Para essa década, espera-se a prevalência de 366 milhões, sendo 90% destes pertencentes ao grupo tipo 2.

No Brasil, a doença atinge 7,6% das pessoas com idade entre 30 e 69 anos, indicando o aumento da prevalência nas populações mais jovens. A situação agrava-

se ao constatar que grande parcela dos usuários (46,5%) desconhecia sua condição e que 22,3% das pessoas sabidamente com DM não faziam qualquer tipo de tratamento (BRASIL, 2009). Outro dado importante é que, em poucos anos, a prevalência do DM tem aumentado de forma preocupante no Brasil. Em Ribeirão Preto, nove anos após a realização do último estudo citado, encontrou-se uma prevalência de 12,1% e 7,7% em DM nos usuários com 30 e 69 anos, respectivamente (TORQUATO *et al.*, 2003). Outro estudo recente mostrou uma prevalência de aproximadamente 15% (MORAES *et al.*, 2010).

Os dados estatísticos apresentados estão diretamente relacionados ao envelhecimento da população, hábitos de vida sedentários e alimentação rica em gorduras ou açúcares, aliados conseqüentemente ao aumento da proporção de pessoas obesas (BRASIL, 2006). Esses dados apontam a magnitude do problema e a necessidade da adoção de estratégias educativas no tratamento e diagnóstico desses usuários. Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem reorganizado a estrutura da atenção primária à saúde (APS), de modo a atender a novas demandas e necessidades dos usuários.

O Ministério da Saúde tem criado programas, como o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. De igual forma, a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto criou um protocolo para orientação dos profissionais no atendimento a usuários com hipertensão e DM. Esse protocolo modificou e aprimorou o atendimento e, além disso, foi promovido o treinamento dos profissionais e o fornecimento de insumos necessários ao tratamento dos usuários com DM (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

O tratamento da doença é complexo e exige um conjunto de habilidades comportamentais que precisam ser mantidas ao longo da vida. Nesse sentido, diversos trabalhos demonstram que os usuários com DM necessitam adquirir habilidades relacionadas à alimentação, exercício físico, monitoramento glicêmico e uso medicamentoso. O primeiro passo para a aquisição dessas habilidades é conhecer as estratégias possíveis para o manejo da doença (BAQUEDANO *et al.*, 2010). Sabe-se que existe uma correlação positiva entre o nível de conhecimento

sobre o DM e a adoção das práticas de autocuidado (SOUZA; ZAUSZNIIEWSKI, 2005).

No entanto, estudos apontam para o despreparo por parte dos profissionais para o atendimento aos usuários com DM (LESSA; MENDONÇA; TEIXEIRA, 1996; ASSUNÇÃO *et al.*, 2001; GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002). Ao avaliar a assistência prestada, observou-se que os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) atendiam aos usuários sem seguir diretrizes, fornecendo informações incompletas, deixando clara a falta de preparo para o atendimento e a falta de estrutura e organização do sistema. Observa-se, ainda, que muitos usuários não possuem acesso a todos os níveis de atenção, sendo muitos atendimentos realizados em caráter pontual em serviços de urgência e emergência, sem o devido acompanhamento e resolução do problema (BRASIL, 2004).

Sabe-se que nem sempre os profissionais que estão conduzindo os grupos têm formação adequada para a sua condução. Apesar disso, muitas atividades em grupos têm sido realizadas. Ressalta-se que a educação por meio de grupos operativos é um importante instrumento para a intervenção de enfermagem na ajuda ao enfrentado da doença. No entanto, na realidade não se sabem quais são os efeitos dessas atividades educativas sobre o controle metabólico e sobre os comportamentos e atitudes dos usuários em relação às práticas de autocuidado, pois as mesmas têm sido realizadas e não têm sido mensuradas quanto aos resultados alcançados, exceto por poucos estudos apresentados pela literatura.

Nesse contexto, vários estudos mostraram baixo nível de conhecimento dos usuários acerca do DM (OTERO *et al.*, 2010; BADRUDDIN *et al.*, 2002; MEHTA; KARKI; SHARMA, 2005) . Em estudo realizado no Nepal, apenas 25% dos pacientes souberam relacionar a etiologia do DM; 42,9% conheciam sobre a terapêutica e ações relacionadas ao tratamento; 42,9% souberam informar sobre o plano alimentar de forma adequada e apenas 32,1% sabiam sobre os sinais e sintomas da hipoglicemia (MEHTA; KARKI; SHARMA, 2005).

Dessa forma, as atividades educativas devem trabalhar os conhecimentos dos usuários com DM, a fim de lhes fornecer ferramentas para o autocuidado e autonomia para melhor qualidade de vida. Nessa perspectiva, é necessário que os usuários reflitam sobre a doença e problematizem as opções de tratamento, os custos, os riscos e os benefícios envolvidos em cada uma das estratégias disponíveis, a fim de que possam decidir sobre os caminhos terapêuticos que melhor se adéquem ao seu cotidiano (TORRES *et al.* 2010).

As ações educativas devem contemplar a complexidade da realidade na qual os usuários vivem. Além disso, devem utilizar estratégias participativas para que os próprios usuários, a partir da reconstrução do conhecimento, possam trocar experiências que propiciem a aprendizagem (FREIRE, 1996).

Considerando que a educação em saúde e a abordagem comportamental têm grandes efeitos sobre os aspectos cognitivos do usuário com DM, as unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, em parceria com a universidade, têm buscado planejar ações educativas que visam a desenvolver conhecimentos e práticas relacionadas ao autocuidado e autocontrole da doença.

O programa de educação em DM foi sistematizado por meio da estratégia pedagógica de educação em grupo, constituído por um conjunto de intervenções voltadas para a fisiopatologia da doença, os sinais e sintomas e suas complicações, os princípios da dieta, a prática de atividades físicas e os aspectos psicológicos relacionados à mudança de comportamento que favorecem o controle da doença.

O processo educativo nos grupos foi enriquecido com o uso de jogos que, além de serem instrumentos de comunicação, expressão e aprendizado por excelência, facilitam a aquisição de conhecimentos e intensificam as trocas de saberes (TORRES *et al.*, 2009). A atuação da equipe multidisciplinar nos grupos buscou o desenvolvimento dos temas de forma integrada e interdependente, contribuindo para a interação e o reforço de conteúdos durante as intervenções.

De acordo com Torres *et al.* (2010), a educação em DM é o processo para fornecer ao usuário conhecimentos e habilidades necessárias ao desempenho do seu próprio cuidado e para promover as mudanças de comportamento necessárias que

levam a administrar a doença com sucesso. Baseado nessa perspectiva, o estudo busca responder às seguintes questões:

- Quais são os efeitos das práticas educativas sobre os conhecimentos e ações de autocuidado dos usuários com DM tipo 2?
- Quais são os conhecimentos prévios dos usuários acerca da doença?
- Quais são as facilidades e barreiras encontradas para o autocuidado?
- Quais são as expectativas dos usuários em relação às práticas educativas?

Associando à necessidade da existência de práticas educativas sistematizadas e efetivas, é importante avaliar os resultados destas ações. Sua avaliação proporciona conhecimento e aperfeiçoamento das estratégias utilizadas. No Brasil existem poucos estudos que se dedicaram a avaliar os efeitos das ações educativas. De forma geral, não foram encontradas pesquisas que se dediquem a avaliar quais são os resultados relacionados às práticas educativas realizadas com pacientes diabéticos em unidades básicas de saúde. Poucos são os autores brasileiros se dedicam a essa temática (PAIVA *et al.*, 2004; TORRES *et al.*, 2009; OTERO *et al.*, 2008; TEIXEIRA; ZANETTI, 2006; ZANETTI *et al.*, 2007).

Devido à escassez de estudos, pouco se conhece sobre os efeitos causados pela educação em grupos: seus benefícios, melhores formas de condução e avaliação. Aliada à necessidade de conhecer mais sobre esse assunto, é necessária a produção de conhecimento que crie orientações claras e proporcione subsídios aos profissionais para o trabalho com essa ferramenta, uma vez que os mesmos reconhecem o seu despreparo para conduzir essas ações (SANTOS, 2011; TORRES *et al.* 2010).

2 OBJETIVO GERAL

- Avaliar os efeitos da educação em grupos operativos de usuários com diabetes tipo 2 em relação aos conhecimentos e às práticas de autocuidado associado ao exercício físico e plano alimentar.

2.1 Objetivos Específicos

- Analisar os conhecimentos e práticas de autocuidado associadas ao exercício físico e à alimentação saudável.
- Investigar as facilidades e barreiras dos usuários em relação às questões do autocuidado requeridas pela doença.
- Conhecer as expectativas dos usuários acerca do processo de ensino-aprendizagem desenvolvido nos grupos operativos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Educação em saúde e Diabetes Mellitus

A educação em diabetes tem sido realizada em vários países no mundo, e muitos trabalhos têm mostrado bons resultados das ações educativas sobre o controle metabólico e influenciado as práticas de autocuidado em DM.

Em um trabalho realizado na Califórnia, os autores realizaram o acompanhamento telefônico e a estratégia de visita domiciliar. Participou do estudo um total de 336 pacientes com DM tipo 2, que foi randomizado para uma das duas intervenções e acompanhado pelo período de nove meses. Esse estudo buscou verificar o grau de envolvimento da equipe médica e dos pacientes com o plano de cuidados. Foi verificado que os pacientes que apresentaram baixa escolaridade se engajaram mais no programa educativo e tiveram maior envolvimento com o programa de visita domiciliar (SCHILLINGER *et al.*, 2007).

Outro trabalho realizado na Catalunha, com uma mostra aleatorizada de 276 pessoas com DM tipo 2, verificou que houve melhor controle metabólico entre os pacientes que passaram pela intervenção educativa especializada (CAMPOS *et al.*, 2009).

De igual forma, foi implantado um programa educativo em dez países latino-americanos para que fosse avaliado, em 446 indivíduos com DM tipo 2, o efeito desse programa sobre os aspectos clínicos, bioquímicos e terapêuticos relacionados à doença. Foram observadas a redução da glicohemoglobina, do peso corporal, dos valores totais de colesterol e triglicérides (GAGLIARDINO *et al.*, 2001).

Outro programa realizado no Reino Unido, entre 824 pessoas com DM tipo 2, por meio de um estudo do tipo cluster com randomização para o programa de educação especializada, buscou verificar a efetividade do programa educativo sobre as variáveis glicohemoglobina, peso e práticas de autocuidado. Foi encontrado maior redução dos valores de glicohemoglobina e peso entre os participantes do grupo de intervenção do que entre aqueles que fizeram parte do grupo controle (DAVIES *et al.*, 2008).

Muitas diferenças são encontradas entre os programas educativos realizados em outros países e os programas realizados no Brasil. Dentre as diferenças, encontram-se o monitoramento telefônico e a prática educativa realizada pela internet como ações comuns entre os profissionais de saúde. Além disso, observa-se a disponibilidade de maiores recursos de infra-estrutura para oferecer suporte àqueles que participam dos programas educativos (CHAPMAN-NORKOFSKI; KARDUCK, 2005; SONG; KIM, 2009; CULHANE-PERA *et al.*, 2005).

No Brasil, alguns autores têm se destacado por realizar intervenções educativas estratégicas. No entanto, tem sido incipiente a instituição de intervenções diferenciadas daquelas que ocorrem estritamente no ambiente da Unidade Básica de Saúde (PEREIRA *et al.*, 2009; ZANETTI *et al.*, 2007; TORRES *et al.*, 2009). Além disso, existem poucos trabalhos que se dediquem a essa temática. O monitoramento telefônico e a visita domiciliar têm sido realizados por um grupo de pesquisa que tem encontrado resultados animadores na área de educação em DM. Verificou-se a melhora do controle metabólico e a mudança nas ações de autocuidado de usuários com DM tipo 2 que participaram de intervenções educativas domiciliares e do monitoramento telefônico (TORRES *et al.*, 2011).

O Ministério da Saúde, no ano de 2007, publicou o caderno de educação popular e saúde, que traz novas orientações para a realização das práticas de educação em saúde (BRASIL, 2007). Existe também a orientação para que se realizem práticas educativas nos níveis da atenção básica para os usuários com DM: hipertensos, adolescentes, mulheres e outros públicos em específico. A Sociedade

Brasileira de Diabetes, em suas diretrizes, propõe a utilização de estratégias educativas como recurso para promover o controle efetivo do DM e a mudança de comportamentos relacionados à doença, uma vez que conseguir a adesão dos usuários é tarefa difícil de ser alcançada.

Em suas diretrizes, a SBD propõe que as atividades educativas devam contemplar a participação do usuário no processo educativo; ser parte integrante de todas as atividades; possuir envolvimento multidisciplinar e planejamento prévio com estabelecimento dos seus objetivos a curto, médio e longo prazo, além de avaliar continuamente todo o processo (SBD, 2007).

Torres (2004) e Leite *et al.* (2008) apontam a necessidade de se abordar conteúdos básicos em um programa educativo em DM como a fisiopatologia, sintomas, noções fundamentais acerca da terapia insulínica, administração e armazenamento, aspectos emocionais, nutrição, gerenciamento de complicações, cuidados com os pés, exercício físico e automonitorização. Deve-se considerar que as estratégias educativas precisam de continuidade, sendo necessário adaptá-las às necessidades de aprendizagem dos usuários.

As práticas educativas em DM, de acordo com os princípios educativos da teoria freiriana, devem ser baseadas na construção dos conhecimentos e na dialógica com o favorecimento da escuta, reflexão e problematização da realidade. A educação é um processo em construção, o que exige a participação dos usuários, profissionais e comunidade. Considerando esse primeiro princípio, os profissionais de saúde devem se apropriar dessa metodologia, para que os usuários se sintam parte do programa educativo e contribuam com a construção do conhecimento, facilitando a adesão à prática de autocuidado.

É preciso considerar todo esse conhecimento como importante para que possa partir desse ponto, a fim de propiciar o movimento de mudança na percepção da realidade e do objeto de estudo com uma postura crítica (BRASIL, 2007; FREIRE, 1996).

Assim, ao se realizar uma prática educativa com usuários com DM, deve-se ter consciência de que a aquisição do conhecimento e a adesão às práticas de autocuidado fazem parte de um processo.

3.1.1 Ações de educação em saúde baseadas em Paulo Freire

A influência de Paulo Freire nas práticas educativas decorre do movimento de educação popular que foi sistematizado por esse educador no seu livro publicado em 1966, intitulado “Pedagogia do Oprimido”. Desde então têm sido feitas diversas reflexões sobre as práticas educativas que são realizadas na tentativa de promover uma ruptura com as práticas voltadas para a transmissão de conhecimentos, ao considerar os educandos como participantes ativos do processo (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, é necessário apreender o que as pessoas pensam acerca do assunto discutido, quais são os seus conceitos e concepções. É nesse sentido que se deve colocar em destaque a realidade social, familiar e pessoal de cada indivíduo com DM. É preciso considerar todo esse conhecimento como importante para que possa partir desse ponto, a fim de propiciar o movimento de mudança na percepção da realidade e do objeto de estudo com uma postura crítica (BRASIL, 2007; FREIRE, 1996).

Além disso, é preciso que o educador assuma a existência da ingenuidade do educando, mas também considerar que o mesmo também seja capaz e possua postura crítica. Aliado a isso, é importante que os docentes assumam uma postura humilde de respeitar a curiosidade e a timidez do educando. Dessa forma, devem se respeitar os momentos dos usuários, suas perguntas, dúvidas, manifestações e silêncios. A educação é um ato político, o que faz dela um instrumento para favorecer a participação das pessoas nas lutas sociais, na construção do conhecimento e na procura por melhores condições de vida (BRASIL, 2007; FREIRE, 1996). É com esse propósito que a educação em saúde em DM trabalha: a melhoria das condições de

vida através do incentivo à adesão à prática de autocuidado, empoderando o usuário por meio da construção do conhecimento. A educação é instrumento para construir autonomia, o que leva às práticas educativas a necessidade de fazer com que os indivíduos sejam capazes de agir sobre sua saúde, sua realidade e das pessoas com as quais convive.

Paulo Freire também afirma o quanto é importante ter a consciência do inacabamento, o que mostra que as práticas educativas devem considerar a existência de um processo, a necessidade de paciência e a convicção de que mudar é possível (FREIRE, 1996).

3.2 Aproximação teórica sobre o trabalho com grupos

O conceito de grupo apontado pela literatura é amplo, existindo vários tipos de grupos conforme os objetivos a que se propõem, dentre os quais se coloca em destaque no presente estudo os grupos operativos. No entanto, existem características gerais que são comuns aos diversos tipos de grupos. Dentre elas, pode-se citar um conjunto de indivíduos reunidos em prol de uma determinada tarefa, em local e tempo estabelecidos e com a existência de regras que delimitam a atividade grupal (OSÓRIO, 1986).

O conceito de grupo operativo foi introduzido por Pichón-Rivière, sendo distribuído em quatro campos de atuação: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos (PICHÓN-RIVIÈRE, 1998).

Na presente pesquisa, os grupos realizados são caracterizados como sócio-educativos, pois têm a finalidade de promover a aprendizagem e a participação das pessoas na melhoria de suas condições de vida. Para isso, o coordenador assume a função consciente de estimular e promover essas melhorias por meio do empoderamento dos indivíduos (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Munari e Zago (1997, p. 362) afirmam que o grupo permite ao homem:

desenvolver habilidades nas suas relações pessoais, realizar tarefas, aprender e mudar seu comportamento, divertir-se, oferecer e receber ajuda. No interior dos grupos, é comum o desenvolvimento de um clima de solidariedade, companheirismo, trocas de experiências comuns. Esse movimento próprio pode oferecer aos seus membros, uma situação de conforto e segurança, o que facilita a unidade do grupo.

Zimmerman e Osório (1997) apontam que, para a constituição de grupos, é necessário que haja o seu planejamento, considerando os objetivos, público alvo, funcionamento, coordenação e infra-estrutura.

A estratégia de grupos, prática comum na atenção primária, é realizada com diversos propósitos. Dentre os benefícios encontrados nas ações realizadas em grupos, vários autores afirmam que, por meio dessas ações, é possível avançar, aprofundar e melhorar os conhecimentos no processo de educação em saúde. Além disso, são responsáveis pelo desenvolvimento da autonomia dos sujeitos por meio da reflexão da realidade que vivenciam (TORRES *et al.*, 2010).

Esses grupos, ao estimularem o partilhar das experiências de vida e a formação de vínculos entre os diversos sujeitos, fortalecem seus membros para o enfrentamento da doença crônica e manutenção da saúde. Dessa forma, otimizam o processo de atendimento na atenção primária à saúde e trazem benefícios diretos ao promover o controle da doença e a redução de complicações para a melhor qualidade de vida (TORRES *et al.*, 2010; SOARES; FERRAZ, 2007).

Assim, a técnica de grupo operativo constitui de um instrumento de intervenção grupal, na qual o sujeito é social e historicamente produzido. Nesse espaço, há valorização das relações humanas e da interação entre esses sujeitos, que, de forma conjunta e através do diálogo, constroem o saber e valorizam a experiência da aprendizagem (PICHÓN-RIVIÈRE, 1998).

O processo de aprendizagem ocorre por meio da reflexão crítica da realidade, em que o novo saber apreendido coloca-se como um processo constante de busca do

conhecimento, ao trabalhar a capacidade de compreensão e transformação da realidade vivenciada. Nesse contexto, os processos de mudanças que se apresentam continuamente nos sujeitos, são estimulados pela inserção dos sujeitos no grupo com a formação de vínculos e estabelecimento de tarefas comuns que esses se propõem a realizar em conjunto (GAYOTTO; DOMINGUES, 2001).

A técnica de grupos operativos está centrada de forma explícita em uma tarefa que pode ser a aquisição de novos conhecimentos. É interessante notar que, em todo processo de mudança, a tarefa traz de forma subjacente obstáculos que dificultam a aprendizagem e a comunicação, e que precisam ser superados (PICHÓN-RIVIÈRE, 1998).

Dessa forma, é importante que desde o início da formação do grupo seja contratualizado entre seus integrantes o compromisso de estarem presentes em um local, data e horário marcado. Além disso, deve-se assegurar a liberdade de expressão de seus integrantes, com o objetivo de promover a troca de experiências e que essas sejam significativas, considerando que o sigilo deve ser respeitado e mantido entre o grupo (AFONSO, 2002).

Na atividade grupal há um processo constante de interação em forma de espiral, no qual cada indivíduo reconhece a si e ao outro em um intercâmbio permanente. Nas interações que se formam, cada indivíduo assume um papel que vai ser determinado pelas suas características individuais que Pichón-Rivière (1998) define como: afiliação, pertença, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e tele.

Esses papéis que os indivíduos assumem servem como indicadores para o processo grupal, os quais são descritos a seguir:

- Afiliação: corresponde ao grau de identificação dos membros do grupo entre si e com a tarefa. Neste momento, a afiliação é o grau mais superficial de identificação entre o grupo, no qual os participantes guardam uma determinada distância.

- Pertença: corresponde a um grau maior de identificação entre os indivíduos. Dentre os determinantes que vão influenciar a transição para este grau mais

profundo, estão a necessidade e satisfação pessoal. Neste momento observa-se uma integração maior entre o grupo, sendo possível a elaboração de determinada tarefa. Existe a formação de vínculos entre os integrantes do grupo e esses passam a se sentir parte de um “nós”.

- **Cooperação:** momento em que os integrantes do grupo são capazes de se ajudar mutuamente para a realização de determinada tarefa, e para isso cada participante assume papéis complementares.

- **Pertinência:** neste momento, os integrantes do grupo são considerados capazes de realizar e se centrar na tarefa proposta. Observa-se o processo de rompimento em direção à cura: todos os obstáculos são ultrapassados, dando lugar à criatividade e produtividade grupal.

- **Comunicação:** as relações tornam-se claras, sendo possível visualizar as diferentes formas de relacionamento entre o grupo. O processo de comunicação é observado por gestos ou palavras, e são influenciados pela experiência individual de cada integrante do grupo, ou seja, por cada história de vida. É através da troca de experiências no processo de comunicação, com as dificuldades transpostas, que os integrantes do grupo passam a se influenciar mutuamente.

- **Aprendizagem:** ocorre por meio da interação e pela soma das informações de cada integrante do grupo. Neste momento os indivíduos interagem de forma dinâmica, capazes de estabelecer condutas diferenciadas diante dos obstáculos, surge a criatividade e a construção conjunta de soluções. Há um compartilhar de informações que produz a mudança qualitativa das informações elaboradas, transformando-as de quantidade em qualidade.

- **Tele:** caracteriza-se pela disposição positiva ou negativa dos indivíduos relacionarem entre si, com o coordenador e com determinada tarefa. Esse indicador encontra-se presente em todo processo de comunicação e aprendizagem de forma implícita, e relaciona-se a processos subjetivos associados à história individual de cada integrante do grupo. A qualidade da disposição é que determinará o clima grupal e a disposição para a realização de determinadas tarefas. Uma tele negativa que

dificulta a relação entre os integrantes do grupo pode perturbar o processo de aprendizagem, pois a comunicação é prerrogativa para que a mesma aconteça.

Todo processo grupal é perpassado por todas essas etapas. Assim cabe ao coordenador conhecê-las, a fim de elaborar estratégias para trabalhá-las. É preciso ter ciência de que o processo de aprendizagem passa pelas relações que são estabelecidas e construídas socialmente.

3.2.1 Educação em grupos operativos em Diabetes Mellitus

As ações educativas em grupos operativos possuem o objetivo de motivar seus participantes a uma determinada tarefa, e pressupõem o desenvolvimento da predisposição para as realizações de mudanças que se fizerem necessárias (SANTOS *et al.*, 2007; SOARES; FERRAZ, 2007).

Para promover mudanças, é preciso que seus participantes passem por processos como a superação de medos básicos e o fortalecimento e a adaptação ativa à realidade com rompimento de estereótipos (DIAS *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2007). Para isso, os usuários com DM devem vencer desafios pessoais em direção à melhora e manutenção do controle metabólico. Nesse contexto, o objetivo das ações educativas por meio de grupos operativos em DM é promover a troca de experiências e o fortalecimento para o autocuidado.

As ações educativas em grupos operativos se baseiam na construção de vínculos sociais, sendo, através destes, estimulados os processos de aprendizagem. Além disso, a comunicação se estabelece como alicerce para a troca de experiências e o reforço de comportamentos positivos. Essa estratégia possibilita o estímulo à criatividade, a interlocução de saberes, a reconstrução de valores e a promoção da autonomia dos sujeitos (TORRES *et al.*, 2009).

Alguns estudos (PEREIRA *et al.*, 2009; SOARES; FERRAZ, 2007; TORRES *et al.*, 2009) têm se dedicado ao trabalho educativo de usuários por meio de grupos

operativos. Nessas pesquisas pode-se confirmar a efetividade dessa estratégia, a qual foi importante para o alcance de bons resultados. Esses autores perceberam que as atividades educativas por meio de grupos facilitaram o processo de ensino-aprendizagem. Torres *et al.* (2009) evidenciaram ser a estratégia de grupo mais significativa para alcançar melhores resultados no controle do DM do que apenas as atividades de educação individual.

Autores consideram importante a utilização da teoria freiriana baseada na metodologia dialógica na prática educativa em grupos, além de considerarem essencial o envolvimento dos diversos profissionais de saúde. Para Diercks e Pekelman (2007), as práticas educativas devem ser planejadas, programadas, registradas e avaliadas e, além disso, deve haver um coordenador da atividade que conduza o processo sem manipulá-lo. Esse coordenador deve ter domínio do assunto que será abordado e clareza acerca dos objetivos da atividade e da metodologia a ser utilizada. Diercks e Pekelman (2007) deixam claro que, para uma boa condução e alcance de bons resultados em trabalhos com grupos operativos, é necessário haver clareza teórica, compromisso, domínio da metodologia e conhecimento.

As ações educativas em grupos, direcionadas aos usuários com DM, devem contemplar os aspectos centrais que interferem no tratamento e promover a melhora do conhecimento relacionado à doença.

3.3 Conhecimentos em Diabetes Mellitus

Os usuários com DM apresentam necessidades psicossociais, de autocuidado, de conhecimentos e habilidades (GOMES-VILLAS BOAS *et al.*, 2009; PÉRES *et al.*, 2007). Para suprir essas necessidades, a teoria freiriana aplicada na educação em saúde é fundamental, no sentido de aprimorar os conhecimentos e fornecer instrumentos adequados no gerenciamento da doença.

De forma complementar, Pace *et al.* (2006) confirmam a importância de que as informações passadas aos usuários lhes sejam significativas, sendo requisito para que os mesmos agreguem esses saberes a seus interesses e conhecimentos prévios.

Dentre os conhecimentos necessários, podem-se citar o reconhecimento de sinais e sintomas clássicos de hiper e hipoglicemia; os parâmetros normais para os níveis glicêmicos; manejo adequado do plano alimentar; os cuidados necessários na realização de exercícios físicos e sobre a importância de seguir o esquema terapêutico proposto, como uso regular de medicamentos (SBD, 2007).

Existe uma correlação positiva entre o nível de conhecimento do usuário com DM e a adoção das práticas de autocuidado (SOUZA; ZAUSZNIEWSKI, 2005). No entanto, estudos encontraram baixo nível de conhecimento desses usuários em relação ao DM (OTERO *et al.*, 2008; ROCHA *et al.*, 2009; MEHTA; KARKI; SHARMA, 2005).

Em um estudo realizado no México, apenas 20,6% dos usuários com DM apresentaram nível de conhecimento adequado sobre a doença (BADRUDDIN *et al.*, 2002). Ao considerar a relação entre conhecimento, práticas de autocuidado e controle metabólico, as atividades educativas devem contemplar e trabalhar questões que envolvam a aprendizagem acerca do DM. Na pesquisa anteriormente citada, os conhecimentos apresentados pelos usuários com DM refletiram diretamente em seus comportamentos de adesão, sendo que apenas 17,2% dos usuários demonstraram aderir às práticas de autocuidado.

Uma pesquisa realizada no Nepal também encontrou pouco conhecimento por parte de pacientes da atenção terciária em relação ao DM. Nesse estudo, apenas 25% dos pacientes souberam relacionar a etiologia do DM; 42,9% conheciam sobre a terapêutica e ações relacionadas ao tratamento; 42,9% souberam informar sobre o plano alimentar de forma adequada e apenas 32,1% sabiam sobre os sinais e sintomas da hipoglicemia (MEHTA; KARKI; SHARMA, 2005).

Nesse contexto, torna-se importante levantar os conhecimentos dos usuários em relação ao DM e trabalhá-los por meio de ações educativas. No entanto, as atividades educativas não devem ter como único objetivo a melhoria dos

conhecimentos. Apesar de o conhecimento ser pré-requisito para o autocuidado, há diversos fatores que influenciam as atitudes e comportamentos em relação às ações de cuidado em DM. Dentre os diversos aspectos, devem-se considerar as crenças e valores, a presença de apoio social, grau de autonomia e empoderamento para o autocuidado, bem como aspectos psicológicos (FUNNEL *et al.*, 2007).

No trabalho realizado por Assunção e Ursine (2008), os usuários que faziam parte de atividades educativas tinham maior motivação com o tratamento e melhores conhecimentos acerca do DM. Essas variáveis tiveram associação estatisticamente significativa com a adesão ao autocuidado. Pace *et al.* (2006) postulam a educação como aspecto essencial no controle do DM, a fim de prevenir e retardar complicações agudas e crônicas. Otero *et al.* (2008), ao realizarem um estudo de intervenção, constataram que houve melhora dos conhecimentos dos usuários em relação ao DM após a implementação do programa educativo, sendo a diferença encontrada entre pré e pós teste estatisticamente significativa.

Promover a melhoria do conhecimento acerca do DM é apenas um dos fatores capazes de influenciar a adoção de práticas de autocuidado. Os comportamentos de autocuidado em DM são definidos como ações que os usuários realizam para cuidar de sua saúde. Essas ações estão relacionadas à dieta, exercício físico, monitoramento glicêmico e uso medicamentoso (ORTIZ *et al.*, 2010).

3.4 O autocuidado em Diabetes Mellitus

O autocuidado é definido como um processo por meio do qual uma pessoa seja capaz de atuar em direção à prevenção, detecção e tratamento de sua doença para manutenção ou recuperação de seu estado de saúde. As capacidades de autocuidado são habilidades especializadas que se desenvolvem ao longo da vida e são indispensáveis para a manutenção do bem estar, em especial quando existem problemas de saúde (PEREIRA *et al.*, 2009; BUB *et al.*, 2006).

A teoria do autocuidado foi desenvolvida por Dorothea Orem, começando a ser trabalhada no ano de 1959. Desde então, evoluiu e ampliou os conceitos e campos de atuação. A teoria do déficit de autocuidado é composta por três teorias que estão inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (FOSTER; BENNETT, 2000).

Segundo essa teoria, a enfermagem é necessária quando os pacientes não são capazes de realizar por si as ações para o autocuidado e manutenção ou restabelecimento da saúde. Dentre os métodos de ação propostos por Orem, podem-se citar a importância da orientação de enfermagem, do apoio físico e psicológico e do ensino (FOSTER; BENNETT, 2000). A enfermagem pode utilizar todos esses métodos para ajudar o indivíduo a restabelecer sua autonomia.

Dessa forma, as ações educativas caracterizam-se por ser estratégias de intervenção para o apoio ao usuário na prática de autocuidado, visando a fornecer ferramentas aos usuários para o automanejo da doença. As práticas educativas são classificadas como o sistema de enfermagem relacionado ao apoio-educação. Segundo Foster e Bennett (2000, p. 88), nesse sistema a pessoa “é capaz de desempenhar, ou pode e deve aprender a desempenhar, as medidas exigidas pelo autocuidado terapêutico, externa ou internamente orientado, mas não pode fazer isso sem assistência”. Nesse contexto, o paciente deve adquirir, por meio das intervenções de enfermagem, conhecimentos e habilidades para a prática de autocuidado.

Dorothea Orem, ao chamar a atenção para a complexidade do funcionamento humano constituído por seus aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, respalda que as práticas educativas sejam voltadas para a visão holística do ser humano. Assim, as abordagens educativas devem considerar as múltiplas interfaces do ser humano e todos os fatores capazes de influenciar suas ações de autocuidado. Além disso, segundo essa autora, vários fatores são capazes de influenciar a aquisição de novos conhecimentos, como a idade, capacidade mental, cultura, sociedade e fatores emocionais (FOSTER; BENNETT, 2000).

O controle adequado do DM depende do comportamento de autocuidado dos usuários. Existem diversos fatores capazes de determinar o sucesso ou o fracasso do tratamento relacionado às ações de autocuidado, como questões relacionadas à complexidade do tratamento, duração da enfermidade, acesso ao serviço médico, fatores pessoais (idade, sexo, autoestima, fatores psicológicos), fatores interpessoais (apoio familiar e social) e fatores ambientais (nível socioeconômico, condições de moradia e condições de vida) (PERES *et al.*, 2007; BAQUEDANO *et al.*, 2010).

Um estudo, ao investigar a realização de ações de autocuidado em 200 usuários com DM, estimou que apenas 125 foram classificados dentro do grupo “com autocuidado”. Nesse estudo, apenas 10% dos usuários realizavam exercícios físicos. Dentre os fatores com relação estatística significativa com o autocuidado, foi encontrada a presença da estrutura familiar integrada. Indivíduos que exerciam atividades remuneradas também estavam mais propensos a realizar de forma eficaz as ações para o seu autocuidado (AMADOR-DÍAZ *et al.*, 2007).

Estudo semelhante encontrou que apenas 33,5% dos usuários com DM apresentaram capacidade para o autocuidado classificada como boa. Foi encontrada relação estatística significativa entre a capacidade de autocuidado e a duração dos anos de estudo, e quanto maior o número de anos estudados, maior foi a capacidade para o autocuidado. Em relação ao tempo de evolução da doença, a melhor capacidade de autocuidado foi encontrada entre usuários que possuíam pouco tempo de duração do DM (BAQUEDANO *et al.*, 2010).

De acordo com Sousa e Zauszniewski (2005), os usuários com DM precisam ter capacidade de cuidarem de si e, para isso, carecem de ter os recursos disponíveis, sejam eles pessoais, sociais ou financeiros. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a educação para o autocuidado com vistas a prevenir e tratar as enfermidades crônicas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 2006).

As práticas educativas visam a atuar diretamente sobre as ações de autocuidado para influenciar a mudança no estilo de vida, melhorar a autoestima e oferecer suporte a esses usuários. De acordo com a teoria de Orem, os enfermeiros

deveriam prestar assistência de enfermagem quando os usuários apresentassem déficits de autocuidado (TEIXEIRA *et al.*, 2009; SOUSA; ZAUSZNIEWSKI, 2005). De acordo com a teoria de autocuidado, vários fatores são capazes de influenciar as ações de autocuidado dos indivíduos, como idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sócio-cultural e fatores do sistema de atendimento à saúde.

Considerando as ações educativas como possíveis intervenções de enfermagem, os usuários com doenças crônicas necessitam do acompanhamento de enfermeiros capacitados para a promoção do melhor controle metabólico, por meio do incentivo à prática regular de exercício físico, adesão à dieta e uso medicamentoso.

De forma complementar, autores (SOUSA; ZAUSZNIEWSKI, 2005; PACE *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2009) colocam que as ações de enfermagem também devem promover a autonomia e o empoderamento dos sujeitos. Os objetivos de atuar em relação ao autocuidado iriam muito além de apenas substituir ou ajudar os indivíduos quando estes não conseguissem exercer suas atividades diárias. Essas questões envolvem a biopolítica e o biopoder aos quais pressupõem uma postura ativa do indivíduo em relação a si e ao mundo (BUB *et al.*, 2006). Nesse sentido, as práticas educativas teriam mais objetivos do que os além de informar.

O enfermeiro, para atuar em práticas educativas, também deve ter ciência dos fatores que interferem no autocuidado do usuário com DM tipo 2, tais como crenças, ambiente familiar, baixa escolaridade e renda (SOUSA; ZAUSZNIEWSKI, 2005). Cyrino (2009) também aponta como dificultadores o tratamento médico descontínuo e o despreparo dos profissionais para lidar com portadores de doenças crônicas.

Estudos mostram baixa adesão aos comportamentos de autocuidado em usuários com DM. As maiores dificuldades encontradas estiveram relacionadas ao cumprimento da dieta e exercício físico, que refletiram significativamente sobre os níveis de glicohemoglobina desses usuários (ORTIZ *et al.*, 2010; DUFF *et al.*, 2006).

Dessa forma, a realização de atividades educativas justifica-se, pois a maior parte dos usuários apresenta dificuldades na adoção dessas práticas. Estudos comprovam a importância das ações de educação em saúde, mostrando que grande

parte dos usuários com DM tipo 2, além de apresentarem as dificuldades de autocuidado, encontram-se com alterações significativas na glicose sanguínea, pressão arterial e sobrepeso (BAUMANN *et al.*, 2010). As práticas de autocuidado adotadas pelos usuários relacionadas ao exercício físico e adoção de hábitos alimentares adequados mostraram-se cruciais no controle e tratamento da doença (ADA, 2009).

3.4.1 Exercícios físicos em Diabetes Mellitus

A realização de exercícios físicos proporciona grandes benefícios às pessoas. De forma geral, pode melhorar o controle glicêmico, reduz o risco cardiovascular – aumentado em usuários diabéticos –, ajuda no controle do peso e gera bem estar em seus praticantes (SBD, 2007).

Usuários com DM necessitam de orientações, pois a realização de exercícios físicos exige cuidados especiais. É recomendado que estes usuários sejam avaliados anteriormente pelos seus médicos e, além disso, recebam informações sobre o tipo de exercício físico, a frequência de realização, duração e intensidade das atividades. Dessa forma, deve-se incluir no tratamento e planejamento do cuidado ao diabético as informações necessárias para que exerça as práticas de autocuidado de forma segura (BAQUEDANO *et al.*, 2010; GIMENES *et al.*, 2006).

Observou-se que apenas 19 a 30% dos usuários que possuem DM aderem às prescrições de exercícios, bem como possuem dificuldades para sua prática diária (NEGRI *et al.*, 2010; GLEESON-KREIG, 2008 ; MILLER *et al.*, 2010). Dessa forma, é importante que se estabeleçam programas de atenção integral a estas pessoas, por meio de intervenções multidisciplinares e abordagens diversas.

Um programa de exercício físico desenvolvido para os usuários com DM foi responsável por promover de forma significativa a participação deles. No final desse

estudo, os valores da glicohemoglobina reduziram significativamente (FECHIO; MALERBI, 2004; DIEDRICH *et al.*, 2010).

Atividades educativas são importantes para aumentar a qualidade de vida dos usuários, porém muitas vezes as orientações que recebem não são oferecidas de forma completa e homogênea por parte dos profissionais de saúde (VASCONCELLOS *et al.*, 2008; PAIVA *et al.*, 2006). Além disso, apenas a prescrição do exercício físico não é suficiente para promover a mudança de comportamento dos usuários sedentários (WISSE *et al.*, 2010), o que mostra a importância do acompanhamento e do planejamento de atividades educativas.

3.4.2 Plano Alimentar em Diabetes Mellitus

A orientação nutricional constitui-se como um dos principais itens a serem considerados no tratamento do DM. Pesquisas já comprovaram que a adoção de hábitos alimentares adequados ajuda no controle metabólico, interferindo também no equilíbrio do peso e aumentando a sensibilidade à insulina (ADA, 2009; SARTORELLI *et al.*, 2005). Dessa forma, ressalta-se a importância da intervenção interdisciplinar no planejamento e condução de ações educativas.

De acordo com a ADA (2009), os objetivos da terapêutica nutricional estão relacionados à manutenção do controle metabólico e à manutenção ou perda do peso, a fim de prevenir complicações crônicas.

A dieta do usuário com DM precisa ser equilibrada, sendo recomendado o consumo adequado de todos os nutrientes, não necessitando de proibições no seu uso. Recomenda-se também que as refeições sejam fracionadas e realizadas a cada três horas. Além disso, o consumo de fibras deve ser incentivado, já que ajuda a controlar os níveis glicêmicos (ADA, 2009).

Uma opção para a dieta do usuário com DM tipo 2 colocada pela literatura é o baixo consumo de gorduras saturadas, baixo consumo de sódio, controle dos

carboidratos e aumento no consumo de fibras. Recomenda-se que esses usuários sejam acompanhados a cada seis meses ou em períodos menores, de acordo com as dificuldades individuais (BARCLAY *et al.*, 2010).

Deve-se realizar um plano de cuidado individual e inserir o usuário no planejamento de sua alimentação. Esses princípios consideram que as mudanças devem ser negociadas de acordo com a realidade do usuário, seus hábitos e preferências alimentares.

O aconselhamento nutricional e a orientação alimentar são instrumentos necessários para o alcance do controle metabólico. Ao conduzir atendimentos a usuários com DM tipo 2, um estudo conseguiu melhorar de forma geral os indicadores de saúde. Houve redução dos valores glicêmicos, do peso, da circunferência abdominal, bem como do percentual de gordura corporal (GERALDO *et al.*, 2008).

Uma pesquisa conduzida na Coreia realizou a intervenção nutricional com atividades de aconselhamento e orientação. Observou-se um aumento significativo no conhecimento dos usuários. É interessante notar que, nesse estudo, houve uma adaptação das orientações à cultura dos coreanos, o que proporcionou o alcance de bons resultados (SONG *et al.*, 2010). As questões culturais estão diretamente relacionadas à alimentação, sendo importante considerar os costumes e hábitos dos usuários e da sociedade ao planejar intervenções. Além disso, procurou-se levantar quais eram as reais necessidades de aprendizagem em direção ao estímulo para a mudança dos hábitos alimentares.

A orientação nutricional é apenas um dos aspectos a serem considerados no tratamento do usuário com DM, e para o alcance de bons resultados é importante considerar a intervenção educativa regular de caráter multiprofissional, de forma que sejam permeados todos os temas relacionados ao cuidado da doença.

3.4.3 A terapêutica medicamentosa em Diabetes Mellitus

O tratamento medicamentoso pode ser realizado de duas formas: por meio de medicamentos orais ou aplicáveis como insulina. O objetivo do uso regular e disciplinado da terapêutica medicamentosa prescrita é promover o retorno dos níveis glicêmicos o mais próximo da normalidade, ou a glicohemoglobina inferior a 7% (SBD, 2008).

O uso da insulina é um dos fatores que causam maior incômodo às pessoas com DM, daí nem todos os usuários conseguem se adaptar com facilidade. Dessa forma, para evitar o uso precoce da insulina, esses usuários devem associar ao uso medicamentoso desde o início do tratamento, assim como à mudança no estilo de vida, com adesão à realização de atividades físicas e aos hábitos alimentares saudáveis (SBD, 2008).

Um estudo conduzido para avaliar os conhecimentos dos usuários acerca da terapêutica medicamentosa verificou que 56,5% apresentaram déficit no conhecimento sobre esse assunto, apontando para a necessidade de realização de intervenções educativas (FARIA *et al.*, 2009). Outra pesquisa mostrou que 32,2% dos usuários com DM não sabiam o nome da medicação que utilizavam; 51,6% tomavam a medicação em horário inadequado e a maioria tinha apenas noção sobre a ação dos medicamentos (GIMENES *et al.*, 2006).

De igual forma, um grupo de usuários com DM tipo 2 também obteve baixo conhecimento em relação aos medicamentos que faziam uso, e um dos grandes motivos para a irregularidade do uso das medicações foi o esquecimento. No entanto, de forma geral, eles apresentaram bom nível de satisfação em relação à terapêutica utilizada (LAWTON *et al.*, 2008).

Dentre os fatores relacionados à dificuldade na adesão ao tratamento medicamentoso foram encontrados: relação com os custos dos remédios, esquecimento das doses, dificuldades em ler a receita médica e o uso de múltiplos medicamentos (ODEGARD; GRAY, 2008). Além disso, deve-se monitorar a presença

de reações colaterais, que estão diretamente ligadas ao abandono da terapia medicamentosa (POLLACK *et al.*, 2010).

Nesse contexto, os profissionais de saúde devem abordar todos os aspectos que envolvem o tratamento do DM e que contribuem para o controle da doença. A importância do uso medicamentoso regular deve-se à sua relação direta com o alcance do controle metabólico e consequente melhora na qualidade de vida.

3.5 A avaliação da educação em grupo de Diabetes Mellitus

Existem muitas definições do que seja “avaliação”, bem como diversas formas de avaliar. Segundo Donabedian (1988), avaliação é um processo que tenta determinar de forma sistemática e objetiva os impactos das atividades realizadas na melhora das condições de saúde do indivíduo. A avaliação, de acordo com esse autor, pode ser realizada sobre processos individuais ou grupais.

Existem três fatores a serem avaliados: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura diz respeito ao ambiente proporcionado para a realização do cuidado em saúde; o processo relaciona-se ao cuidado em si; e os resultados são as consequências das ações em saúde realizadas. Os três fatores podem ser avaliados, portanto, é necessário que exista uma relação de causa e efeito direta, capaz de ser mensurável. Considerando que existem vários fatores capazes de influenciar os resultados apresentados, alguns trabalhos consideram importante avaliar também a influência das características sociodemográficas dos usuários, dos fatores psicossociais e da saúde. Outros trabalhos, por sua vez, já utilizam como critério de avaliação o nível de satisfação com o serviço ou cuidado oferecido. Porém, independentemente do que for avaliado, é importante eliminar os fatores que possam confundir as relações a serem estabelecidas. Assim, é importante, em certas avaliações, homogeneizar a amostra a ser avaliada, para que fique claro se os efeitos

encontrados possuem relação direta com as ações implementadas (DONABEDIAN, 1969; DONABEDIAN, 1988).

O trabalho apresentado por Sidani *et al.* (2004) já considera cinco fatores importantes a serem avaliados: os fatores inerentes ao usuário, aos profissionais, estrutura, processo e resultado. Para o autor, todos esses fatores influenciam os resultados. Podem ser, além disso, utilizados diferentes critérios para a mensuração dos resultados: o comportamento de autocuidado, a realização de atividade física, a adesão ao tratamento dietético e a evidência de melhoria nos resultados clínicos. Considera-se importante realizar ao menos duas avaliações, antes da implementação das intervenções e após os cuidados. O tempo para a realização da segunda medida ainda não foi bem estabelecido. Para que o estudo seja mais confiável, pode-se utilizar um grupo experimental e um grupo controle; dessa forma, os resultados poderão ser atribuídos às intervenções instituídas.

Neste trabalho, a avaliação em saúde será fundamentada principalmente no conceito estabelecido por Hartz e colaboradores, no qual definem avaliação como:

[...] fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Sendo a intervenção constituída por meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico [...] para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (CONTANDRIOPOULOS *et al.* in HARTZ, 1997, p. 31).

Carneiro, ao realizar sua pesquisa acerca das ações de promoção à saúde, que são realizadas nas unidades básicas, afirma que:

[é] fundamental que as práticas educativas sejam constante e adequadamente avaliadas, de forma criteriosa e formativa, na qual se proponha, por meio de um diálogo compreensivo e construtivo entre diferentes saberes, detectar os pontos que precisam ser revistos, a fim de levantar acertos e possibilidades de melhoria das práticas. Para tal é necessário que se estabeleça uma indagação constante em relação a qual contexto e com que finalidade as práticas educativas estão sendo desenvolvidas. (CARNEIRO, 2010)

A realização da avaliação de programas ou ações em saúde conforme afirma Carneiro (2010) é essencial para promover a melhoria das práticas. O objetivo da ação avaliativa dependerá dos fins aos quais se propõe: podem ser utilizados para o planejamento de intervenções, promover melhorias, determinar os efeitos de uma intervenção ou verificar a efetividade de ações implementadas (SAMICO *et al.*, 2001).

Hartz (1999), uma das pioneiras no Brasil na pesquisa de avaliação de programas, além das recomendações propostas por Donabedian, considera importante construir um modelo teórico para que se tenha clareza sobre o que será avaliado; o objetivo do programa que se quer avaliar; a população alvo desse programa; seus conteúdos e o contexto em que ele se insere. Considera-se importante que o contexto seja considerado devido à complexa realidade na qual os programas se inserem, necessitando que os programas de avaliação incorporem a complexidade dessas realidades, para que a avaliação expresse de forma fidedigna o objeto estudado. Além disso, aponta como necessário que a avaliação seja feita durante todo o processo, contemplando e monitorando todo o percurso do programa a ser avaliado (HARTZ, 1999).

No contexto das intervenções educativas em DM, a avaliação é uma estratégia para promover e gerenciar os grupos operativos. A avaliação contribui para a melhor coordenação dos grupos e possibilita conhecer os resultados e os efeitos relacionados à intervenção educativa. No entanto, poucos são os trabalhos que avaliam os resultados das ações educativas.

As práticas educativas em DM podem ser avaliadas pela mensuração de resultados, levada a cabo através da percepção, de dados estatísticos ou relatos dos usuários com DM. O trabalho conduzido por Almeida *et al.* (1995) é um exemplo das necessidades de se avaliar práticas realizadas com usuários com DM, pois retrata uma mudança de estratégia após a constatação de que apenas a realização de aulas teóricas não era suficiente para atingir os objetivos propostos.

Além da realização das ações de educação em saúde, tanto o Ministério da Saúde como outros autores apontam a necessidade de avaliação e monitoramento dessas práticas (BRASIL, 2007; CARNEIRO, 2010; TORRES, 2004). A Associação Americana de Educadores em Diabetes (AADE), por seu turno, sugere a aplicação de oito critérios para avaliar os resultados de um programa educativo em DM: prática de exercício físico regular, mudança de hábito alimentar, boa adaptação psicossocial, adesão ao uso dos medicamentos prescritos, automonitorização da glicemia capilar, redução do risco de complicações crônicas, capacidade de corrigir hipo ou hiperglicemia e automanejo nos dias de doenças rápidas, viagens e situações especiais (SBD, 2007).

O estudo conduzido por Oliveira *et al.* (2009) se dedicou a avaliar as necessidades de melhorias nos grupos a partir de fatores terapêuticos. Um dos fatores importantes encontrados entre os usuários diabéticos foi o fato de que os grupos são responsáveis por instilar esperança, propiciar o comportamento imitativo, promover a aprendizagem interpessoal, a socialização e a universalidade (sentimento de identificação entre os membros).

Dessa forma, a avaliação das práticas educativas em DM é responsável pela melhoria contínua do processo, resultando em seu processo final no benefício do usuário com DM.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório. O estudo qualitativo permitirá captar aspectos da realidade que não podem ser mensurados pela abordagem meramente quantitativa (MINAYO, 2007).

4.2 O ambiente da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no município de Belo Horizonte (MG), em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas no Distrito Sanitário Leste. Essas unidades contam com enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos generalistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentista e técnicos em higiene dental do Programa Saúde da Família (PSF). Além disso, contam com o serviço de apoio de nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e fisioterapeutas do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).



Figura 1 Mapa dos distritos Sanitários de Belo Horizonte (MG)
Fonte: www.pbh.gov.br

Optou-se por essas unidades devido à sua inserção no projeto “Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Diabetes Mellitus no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG”, do qual este estudo faz parte. Em todas essas unidades são realizadas atividades educativas por meio de grupos operativos direcionadas aos usuários com DM tipo 2.

As ações educativas ocorrem com o objetivo principal de proporcionar a educação para o autocuidado e o desenvolvimento da autonomia do usuário em relação ao plano terapêutico. Dessa forma, visa a promover a adesão ao tratamento para o alcance do controle metabólico.

4.3 População do Estudo

Fizeram parte dos grupos operativos um total de 32 usuários, e todos eles participaram de forma completa das nove sessões educativas. Desses, foram sorteados 12 usuários para participar do grupo focal. Caso não houvesse saturação em relação aos dados coletados, teria sido realizado um novo grupo focal. Os usuários foram incluídos no estudo por possuírem grau de escolaridade acima da quarta série do ensino fundamental, ter idade entre 30 e 70 anos e terem participado das sessões em grupos. Foram excluídos os usuários analfabetos, que possuíam idade abaixo de 30 e acima de 70 anos e que não participaram das sessões em grupos. Os critérios de inclusão e exclusão seguiram os preceitos do projeto “Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Diabetes Mellitus no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG”, do qual esta pesquisa faz parte.

4.4 Intervenção Educativa: Grupos Operativos

A educação em grupo foi planejada e embasada na teoria freiriana. Procurou-se oferecer estratégias que estimulassem a construção dos conhecimentos por meio da metodologia dialógica e participativa, com o favorecimento da escuta, reflexão e problematização da realidade do usuário com DM.

Os grupos foram organizados de forma que possuísem, em cada sessão educativa, um número de 14 usuários. Cada grupo operativo teve duração de 90 minutos, a fim de que as atividades fossem produtivas. Entre cada intervenção (ciclo), houve um intervalo de três meses. O período da intervenção foi dividido em três tempos: primeiro, segundo e terceiro ciclo da intervenção educativa, perfazendo um total de nove sessões educativas em um período total de seis meses. Em cada ciclo

ocorreram três sessões educativas. Cada sessão educativa ocorreu em intervalos de sete dias. Participaram das atividades os profissionais de saúde da Atenção Primária: médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e farmacêutico, tal como descrito no Quadro 1.

Quadro 1 Eixos temáticos da educação em grupos operativos

Tema	Objetivo	Profissionais Envolvidos
Fisiopatologia e tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o conhecimento da doença acerca de sua classificação, complicações, cuidados, manejo e reconhecimento da hipoglicemia e hiperglicemia, uso medicamentoso, aplicação e conservação da insulina. - Promover o conhecimento do próprio corpo. - Estimular a troca de experiências. - Estimular o autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico - Enfermeiro - Farmacêutico - Acadêmicos de Enfermagem
Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o conhecimento sobre alimentação saudável. - Estimular a mudança dos hábitos alimentares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro - Nutricionista - Acadêmicos de Enfermagem
Exercício Físico	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o conhecimento sobre a prática adequada de atividades físicas, como a regularidade, cuidados, uso de roupas adequadas, adaptações relacionadas ao DM, ambiente. - Estimular a realização de atividades físicas sob orientação médica. - Estimular os cuidados com os pés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro - Fisioterapeuta -Terapeuta Ocupacional - Acadêmicos de Enfermagem

Em cada encontro foram convidados profissionais do NASF para atuar na prática educativa junto à enfermeira e aos acadêmicos de enfermagem. Dessa forma, os profissionais participaram dos temas, tal como apresentado no Quadro 1.

Para o desenvolvimento dos grupos, seguiram-se as seguintes etapas: apresentação e aquecimento, introdução das questões com dinâmicas ou jogos educativos e discussão do conteúdo. Esse processo permitiu que os usuários pudessem refletir sobre o DM, possibilitando a reflexão individual e também as discussões entre os usuários para troca de experiências.

O **primeiro ciclo** da intervenção educativa dividiu-se em três encontros, sendo utilizadas técnicas facilitadoras (QUADRO 2). No primeiro encontro foi utilizada a dinâmica do “coração partido”, que possibilitou o conhecimento dos usuários e seu entrosamento. Para introdução do tema “fisiopatologia”, dispôs-se de um boneco que continha os órgãos do corpo humano. Foi mostrado aos usuários o posicionamento de cada órgão, em especial o pâncreas. Além de ser abordado sobre a função do pâncreas, aproveitou-se para identificar quais eram os órgãos passíveis de complicações da doença. A cada órgão apontado, eram explanadas as causas e conseqüências que o mau controle da doença podia acarretar.

No segundo encontro, utilizaram-se figuras e fotos de alimentos para a construção da pirâmide alimentar, com a ajuda dos usuários. Os alimentos foram divididos em seis grupos: massas (1), frutas (2), vegetais (3), leite e derivados (4), carnes (5), óleos, gorduras e doces (6). Cada usuário teve que selecionar uma figura de um alimento que se enquadrasse em cada um dos seis grupos e construir a sua pirâmide. Durante sua construção, aproveitou-se também para abordar as quantidades diárias necessárias para cada grupo de alimento. Em seguida, a nutricionista abordou o tema alimentação saudável.

O terceiro encontro foi iniciado com a atividade de alongamento, conduzida pela fisioterapeuta. Para introdução do tema, foi utilizado como técnica facilitadora o “jogo das figuras” (APÊNDICE F). Esse jogo favoreceu a discussão e a troca de opiniões. Cada usuário foi solicitado a selecionar duas figuras: uma que representasse o que ele achava correta sobre o tema exercício físico e outra que ele

considerasse errada. A fisioterapeuta conduziu a atividade esclarecendo as dúvidas e orientando os usuários durante as discussões das figuras.

O **segundo ciclo** também foi dividido em três encontros. No primeiro encontro, foi utilizado um vídeo que abordava sobre o DM e a aplicação da insulina. Esse vídeo foi extraído do site da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), intitulado “Aplicação da insulina” e teve duração aproximada de 15 minutos. Após o seu término, surgiram muitas dúvidas a partir do conteúdo exposto. Para complementar e facilitar a aprendizagem, dispôs-se de materiais como seringas, frascos de insulina e algodão, para que os usuários pudessem manuseá-los. O acompanhamento do seu manuseio permitiu identificar as barreiras e facilitou a orientação quanto às dúvidas expressas.

No segundo encontro foi utilizado um jogo, “o bingo da nutrição”. Essa estratégia permitiu que cada grupo de alimentos fosse abordado, sendo utilizada grande variedade de figuras de alimentos, o que enriqueceu a discussão. Para cada figura de alimento era feita uma observação, e neste momento aproveitava-se para deixar que os usuários participassem. No dia em que foi realizada essa atividade, o tempo ultrapassou o limite planejado para o encontro. Isso ocorreu devido ao fato de que os usuários esboçaram muitas dúvidas, além de mostrarem grande interesse pela temática.

No terceiro encontro, a fisioterapeuta e a enfermeira conduziram o grupo por meio de uma brincadeira com o jogo do “sim, não e por que” (APÊNDICE F), abordando vários assuntos sobre exercícios físicos por meio de perguntas. Cada uma das perguntas elaboradas possuía uma cor correspondente a uma face do dado (azul, vermelha, amarela, verde, rosa, preto). Durante a brincadeira, os usuários tiveram que jogar os dados e responder a uma pergunta. Caso acertasse, o participante ganhava um brinde como incentivo. No desenvolvimento dessa atividade os usuários podiam ajudar uns aos outros a responder às questões.

No **terceiro ciclo** foram abordadas as mesmas temáticas, porém foram utilizadas outras estratégias educativas. No encontro da fisiopatologia foi utilizado um teatro. A história do teatro envolveu três personagens: uma enfermeira, uma usuária e

um usuário com DM. A temática foi desenvolvida em torno de questões simples relacionadas ao DM com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre a doença.

No encontro da nutrição, foi utilizado um jogo tipo “batata quente”, com perguntas que abordavam os temas gerais sobre o hábito alimentar. Em tom de brincadeira, várias questões sobre a alimentação foram discutidas.

No dia em que se deu a discussão sobre exercícios físicos, foi realizada uma dança, na qual a fisioterapeuta introduziu aspectos e cuidados gerais para a realização de atividades (APÊNDICE F). Durante a dança, a fisioterapeuta ia corrigindo a postura dos usuários e observando as dificuldades presentes em sua realização. Nesse dia também foi ensinada aos usuários a forma correta de fazer o alongamento, sendo utilizadas figuras para auxílio do entendimento sobre as posturas e posições corretas para essa atividade.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos usuários. Os dados foram coletados no centro de saúde de referência em data e horários agendados. A coleta de dados obedeceu ao critério de saturação das informações coletadas. Doze usuários, dos 32 que participaram do grupo operativo, fizeram parte do grupo focal.

A coleta de informações ocorreu por meio da técnica de grupo focal, ficha de identificação dos usuários e instrumento de avaliação do processo educativo. Para a realização do grupo focal foi utilizado um roteiro diagnóstico de discussão dos conhecimentos e ações de autocuidado dos usuários com DM tipo 2 (APÊNDICE D).

O grupo focal permite extrair informações provenientes das discussões e reflexões propostas por meio do diálogo, interação e discussão em grupo, sobre um tópico específico proposto pelo pesquisador (GODOY, 1995). O objetivo da realização do grupo focal foi discutir os conhecimentos e as práticas de manejo da doença,

buscando compreender as necessidades, expectativas e experiências dos usuários sobre o autocuidado.

Foi realizado um grupo focal envolvendo a participação de doze usuários com DM. O grupo focal foi realizado após um mês do término das intervenções educativas, no mês de novembro a dezembro de 2010. Neles, as seguintes temáticas orientaram o pesquisador na condução do encontro: conhecimentos sobre o DM; práticas educativas para o autocuidado; facilidades e barreiras/dificuldades para o autocuidado e propostas de melhorias para os programas educativos. A coleta de informações acontecia a partir da discussão coletiva entre os usuários sobre os temas elaborados, e as discussões sobre os tópicos foram gravadas. A duração do grupo foi de aproximadamente uma hora.

Para conhecimento dos dados sociodemográficos, foi solicitado aos usuários que preenchessem uma ficha de identificação (APÊNDICE C). Essa ficha visou a coletar informações relativas à idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de duração da doença. Todos os usuários que participaram dos grupos responderam ao questionário sociodemográfico e ao questionário de avaliação aplicado após cada sessão educativa.

A fim de avaliar o conteúdo e a metodologia de ensino aprendizagem dos grupos, foi aplicado individualmente um instrumento avaliativo com questões relacionadas à avaliação do conteúdo ministrado, dinâmicas e materiais educativos utilizados, tempo de duração do grupo e aspectos gerais das ações educativas (APÊNDICE E).

4.6 Análise dos dados

O material dos grupos focais foi registrado manualmente e gravado, sistematizado e categorizado para compor um banco de dados, considerando-se opiniões recorrentes, dissensos e consensos. Em seguida, foi realizado o processamento e a interpretação dos dados a partir do enfoque da análise temática.

A técnica utilizada para a análise qualitativa dos dados baseou-se no método de análise do conteúdo proposto por Bardin (2010). Segundo esse autor, a análise do conteúdo configura-se como um recurso para captar a mensagem que se encontra além da superfície do texto, o que permite aprofundar e compreender de forma analítica o que está sendo falado. Dessa forma, ao utilizar essa abordagem, a presente pesquisa procurou compreender de forma sistemática o conteúdo das falas. A primeira etapa realizada, após a transcrição das falas, foi a análise textual composta pelas seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Na primeira fase, foi realizada uma leitura parcialmente orientada do material, a fim de se aproximar dos conteúdos expressos; a seguir, o material foi organizado para que as ideias iniciais fossem sistematizadas, o que exigiu várias leituras e releituras. Em seguida, todo o material foi separado em unidades de registro (frases) sobre cada tema e categoria. Os temas e categorias foram codificados por letras e números, para compor um banco de dados. Com o objetivo de garantir o anonimato dos usuários, as entrevistas foram numeradas.

As principais categorias resultantes da análise do material foram: 1) a aprendizagem nos grupos; 2) prática educativa para o autocuidado associado à alimentação, exercício físico e uso de medicamentos. Dentro dessas categorias foram criadas subcategorias, agrupando as respostas relacionadas às: 3) as barreiras percebidas para a busca de um estilo de vida saudável; 4) sentimentos relacionados ao Diabetes Mellitus tipo 2 e 5) Expectativas relacionadas às ações educativas.

Para fins de manutenção do anonimato nas entrevistas e no grupo focal, os usuários foram identificados por letras e números: U1, U2, U3..., U12.

Em relação ao questionário de avaliação aplicado ao final de cada grupo operativo, foram calculadas as frequências para cada alternativa respondida em cada uma das perguntas.

Para cada item nos dados sociodemográficos foi utilizado um critério de agrupamento para o posterior cálculo de frequências e médias. A variável sexo foi classificada em masculino e feminino. A idade foi calculada segundo o seu valor médio e desvio padrão em anos. Quanto ao nível de escolaridade, os usuários foram classificados em nível primário, fundamental e médio, completos e incompletos e nível superior. Para o estado civil, foram classificados como casados, viúvos, divorciados, solteiros e outros. A renda foi calculada de acordo com o número de salários mínimos. Em relação ao nível de ocupação, os usuários foram classificados como trabalhadores formais, do lar, aposentados, autônomos e desempregados. Para o tempo de duração do DM foram calculados a média e o desvio padrão em anos.

O estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO A), com número de parecer 0024.0.410.203-09, seguindo as determinações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os usuários foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa, tendo participação voluntária. Os usuários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o seu anonimato.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico: os usuários que participaram dos grupos

De um total de trinta e dois usuários, a maioria é do sexo feminino (77,8%) e tem apenas o ensino fundamental incompleto (74,1%). A média da idade dos usuários é de $60,9 \pm 8,4$ anos, e a renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. O valor médio para a duração da doença é de $11,9 \pm 8,0$ anos. A maioria dos usuários é casada (65%). Em relação à ocupação, grande parte é aposentada (47,6%) e 30,2% são donas de casa.

Apresentação das categorias dos temas obtidos

5.2 A aprendizagem nos grupos

Observa-se que os usuários com DM se mostraram motivados a realizar as atividades de autocuidado no seu cotidiano, apontando conhecimentos sobre a doença e informação sobre áreas de nutrição e exercício físico, tal como apresentado nos depoimentos abaixo:

“Ah, eu aprendi sobre alimentação, porque eu não estava alimentando direito, então depois que eu passei a vir no grupo e escutar as orientações melhorou bastante para mim.” (U1)

“Desde quando descobri que estava com diabetes, não tinha conhecimento algum sobre o tratamento. Os grupos têm me ajudado a ter conhecimentos sobre alimentação e atividades físicas para prevenir que a doença se agrave.” (U9)

“As orientações recebidas nos grupos têm me ajudado, voltei a fazer exercício físico, após ter sido liberado pelo médico [...]. Melhorou minha alimentação [...]. É excelente. Tenho usado os ensinamentos dados também para cuidar das unhas, pés, calçados, roupas.” (U3)

Percebe-se que, após o envolvimento e a participação dos usuários nas sessões educativas, os sujeitos apresentaram efeitos positivos sobre o tratamento. Dentre os efeitos, relataram por meio das falas a tomada de consciência em relação à seriedade da doença, a mudança nas práticas de autocuidado e a melhora do conhecimento relacionado à doença. Para alcançar um controle efetivo do DM, o usuário deve aprender sobre a doença, adquirir habilidades para resolver os problemas e ser capaz de tomar decisões diárias de forma independente.

Ressalta-se ainda, um ponto importante a considerar, a necessidade de se levar em conta a prática de autocuidado dos usuários sobre a doença, tal como apresentado a seguir.

5.3 Prática educativa para o autocuidado associado à alimentação, exercício físico e uso de medicamentos

A compreensão do comportamento em relação ao regime terapêutico e as respostas às suas necessidades requerem o conhecimento sobre a doença. Nos depoimentos dos usuários, pode-se observar a influência dos grupos nas decisões diárias para o autocuidado. Encontrou-se de forma recorrente a associação entre a participação nos grupos, a aquisição de conhecimentos e as mudanças nas práticas para o autocuidado, tal como apresentado nas falas abaixo:

“[...] eu estava um pouco descuidado com relação ao diabetes, agora eu vou fazer uns ajustes na alimentação e praticar exercício físico, porque com o tempo a gente relaxa.” (U1)

Observa-se nos depoimentos a seguir dois momentos distintos presentes nas falas dos usuários: antes e o após a participação nos grupos. As ações se distinguem, mostrando a mudança de postura em direção às práticas de autocuidado:

“[...] eu estou evitando gordura no geral [...] refrigerante eu tomava muito, agora estou tomando somente suco natural.” (U1)

“Diminuí os alimentos que fazem mal [...] e melhorei os hábitos alimentares depois que comecei a frequentar os grupos.” (U5)

“Eu procuro estar sempre mudando o local (insulina) quando eu cheguei no grupo, eu só aplicava aqui.” (U4)

Para auxiliá-los nessas mudanças sobre a natureza da doença, a equipe multidisciplinar atuante no programa educativo buscou desenvolver uma perspectiva dialógica, reflexiva e crítica, possibilitando a compreensão ampliada dos usuários sobre os possíveis fatores de risco associados aos hábitos pouco saudáveis como o sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, e ter autonomia diante das suas condições de vida e saúde.

A partir desse contexto, os usuários remetem às barreiras encontradas para realizar o regime terapêutico no dia-a-dia, tal como descrito a seguir.

5.4 As barreiras percebidas para a busca de um estilo de vida saudável

As barreiras para a adesão à dieta e exercícios físicos relatadas pelos entrevistados incluem a falta do apoio familiar, o estresse, o trabalho ou a ocupação, a falta de segurança no bairro para a realização de caminhadas e o custo das academias para a realização dos exercícios. Os usuários também relataram a dificuldade que possuem em mudar hábitos de vida com os quais estavam acostumados até descobrirem o diagnóstico da doença, como relatado na fala abaixo:

“O problema todo está na gente policiar tudo que come, é difícil demais [...] eu descobri que estava com diabetes aos 34 anos. Hoje eu estou com 39. Até chegar a participar do grupo eu estava acostumado a comer de tudo.” (U8, U10)

Os depoimentos apontam que os usuários colocam como dificuldades: retirar o prazer de comer o que gosta e a questão financeira para acompanhar o tratamento.

Um ponto importante deve-se à necessidade de se levar em conta os fatores psicossociais dos usuários sobre a doença, tal como apresentado a seguir.

5.4.1 Sentimentos relacionados ao diabetes mellitus tipo 2

A compreensão do comportamento em relação ao regime terapêutico e as respostas às suas necessidades requerem o conhecimento sobre suas atitudes relacionadas à doença e aos cuidados. Os sentimentos associados aos aspectos psicológicos sobre o DM podem ser observados nas falas a seguir:

“Eu estava um pouco relaxado com relação ao cuidado da doença porque na verdade a gente assusta, quando eu desenvolvi o diabetes eu entrei em pânico, fiquei uma semana sem enxergar e passando mal direto [...]” (U6)

“[...] e assim, depois que eu descobri que eu estava com diabetes [...] fiquei decepcionada comigo mesma.” (U1)

“Tem dias que eu fico muito irritada, não consigo nem ouvir a voz dos meus filhos. Tenho certeza que é do diabetes.” (U3)

Os aspectos psicológicos também são fatores que influenciam na prática de autocuidado: alguns usuários citaram o medo das complicações e o nervosismo. Nesse sentido, os grupos permitiram que os usuários, por meio das falas, expressassem seus conflitos e dificuldades.

Foi encontrado nos depoimentos dos usuários o sentimento de privação em relação à alimentação. A fala abaixo retrata a sensação de falta de opção por parte dos usuários:

“No geral temos que reduzir o açúcar e a gordura, mas na verdade, para onde o diabético correr ele toma tiro.” (U1)

Para combater essas barreiras e alcançar resultados favoráveis à prática do autocuidado, os profissionais de saúde devem fornecer uma continuada educação e apoio aos usuários, visando a aperfeiçoar o controle da doença, tal como sugerido pelos usuários na próxima categoria.

5.5 Expectativas relacionadas aos grupos de diabetes mellitus

Para efetivar o controle metabólico, prevenir complicações agudas e crônicas e melhorar a qualidade de vida, buscam-se abordagens educativas, além de se conhecer as experiências dos usuários que convivem com a doença. É preciso aprender a integrar os conhecimentos dos usuários e como desenvolver o aprendizado na prática diária. Tal comentário pode ser observado nas falas abaixo:

“Participar dos grupos foi ótimo, minha mente clareia, a gente troca experiência [...] espero que continue nos orientando, nos fortalecendo e trazendo mais conhecimentos.” (U2)

“Foi muito bom, a gente aprende muito mais no grupo do que perguntando para o médico no decorrer da consulta.” (U5)

Os usuários elogiaram a forma de condução dos grupos, a receptividade dos profissionais e as dinâmicas utilizadas para apresentarem os conteúdos. Para os entrevistados, foi importante a oportunidade que tiveram de expressar dúvidas, angústias e trocar experiências. Além disso, aproveitaram o momento para conhecer as pessoas, fazer amizades e se distrair. Os depoimentos abaixo confirmam os comentários:

“Gosto de vir ao grupo, por que aqui o usuário fala e é escutado, os profissionais são muito atenciosos [...]” (U7)

“Participar dos grupos foi muito importante, a gente conversa e faz amizades [...] moro sozinha, me distrai e gosto muito.” (U11)

Os usuários perceberam o aspecto importante da comunicação e linguagem utilizada pelos profissionais nas sessões educativas, que favoreceu o entendimento e a aquisição de conhecimentos, tal como observado nas falas abaixo:

“No grupo eu passei a entender sobre o diabetes e como me cuidar melhor [...]. Os profissionais foram ótimos porque nos deixam muito à vontade e informam muito bem [...] a gente teve a oportunidade para falar o que sabemos e tirar as nossas dúvidas [...] os profissionais falaram de maneira simples e clara.” (U7, U12)

Para maximizar o benefício da educação terapêutica, os usuários com DM precisam de uma comunicação aberta e franca. Além disso, devem estar motivados a participar dos programas educativos em DM e se relacionar com profissionais, compartilhando experiências e informações sobre o seu próprio comportamento e hábito de vida.

5.5.1 A avaliação dos usuários em relação ao grupo operativo

Os usuários que participaram dos grupos, de forma geral, avaliaram as ações educativas realizadas como positivas. Trinta e dois usuários responderam aos questionários. Em relação ao conteúdo apresentado, 50% dos usuários classificaram como “ótimo” os assuntos abordados, 31% avaliaram como “muito bom” e 19% como “bom”. Um dos usuários relatou que o grupo tem sido excelente, pois trouxe muitos conhecimentos sobre a doença. Além disso, relataram que o grupo operativo os ajuda a aprender sobre assuntos que desejam.

Quanto às dinâmicas apresentadas, como a dinâmica do “coração partido” e outras que são utilizadas em todo início dos ciclos educativos, 56% as classificaram como “ótimas”, 28% como “muito boas”, 13% como “boas” e 3% como “razoáveis”. As dinâmicas são importantes porque proporcionam o conhecimento dos usuários entre si e coloca-os mais à vontade para relatar suas experiências e expressarem suas dúvidas. Alguns usuários relataram que gostaram dos alongamentos, da dança e da ginástica que foi ensinada. Uma usuária comentou que levou a orientação para casa e passou a realizar alongamentos diários junto com sua filha.

Em relação ao material educativo utilizado, 56% os classificaram como “ótimos”, 22% como “muito bons”, 19% como “bons” e 3% como “razoáveis”. Nesse estudo foram utilizados jogos, fantoches, filme, figuras, fotografias e um boneco com os órgãos do corpo humano.

As sessões educativas duraram em média 90 minutos, exceto no dia em que foi discutido sobre alimentação, quando esta sessão foi estendida por aproximadamente mais 60 minutos. Quanto ao tempo de duração dos grupos, 56% dos usuários avaliaram como “ótimo”, 19% como “muito bom” e 25% como “bom”. Durante todas as sessões houve planejamento anterior para que sua duração não excedesse e atrapalhasse o processo de aprendizagem.

Em relação à frequência e tempo de duração dos grupos, de forma recorrente os usuários pediram que fossem realizados encontros mensais regulares, destacando que o tempo gasto foi insuficiente para tirar tantas dúvidas.

Os usuários também elogiaram a forma como foi abordado o tema sobre exercícios físicos e alimentação, dizendo que foi gratificante participar dos grupos, pois tiveram a oportunidade de conhecer pessoas com histórias de vida comuns. Muitos deles relataram que puderam fazer amizades e se sentiram valorizados, porque os profissionais de saúde envolvidos nos grupos souberam escutá-los.

Quando foram perguntados sobre a satisfação em participar dos grupos, 31 (97%) usuários disseram que se sentiram satisfeitos e um usuário não respondeu a esta pergunta.

6 DISCUSSÃO

6.1 Análise das variáveis sociodemográficas

Dos 32 (100%) usuários com DM tipo 2, a maioria é do sexo feminino. Estudos que trabalharam com práticas educativas em DM também encontraram esta frequência nos grupos (PEREIRA *et al.*, 2009; TORRES *et al.*, 2009; COMIOTTO; MARTINS, 2006).

Deve-se ressaltar que as mulheres procuram mais as Unidades Básicas de Saúde, pois seus horários são mais flexíveis. Além disso, no decorrer da história, observa-se que a mulher fica responsável por cuidar de seus familiares e pessoas doentes, o que aumenta o contato feminino com os serviços de saúde (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008). Ainda pode-se observar que as mulheres usam mais os serviços oferecidos pelas UBS e procuram mais os médicos e os enfermeiros, sendo este um dos fatores responsáveis pela presença da maior expectativa de vida entre elas (GOMES *et al.*, 2007).

É importante considerar esses dados para o planejamento da assistência à saúde. Uma vez que os homens retardam a sua procura pelos serviços de saúde, estão sujeitos a sofrer complicações pela falta de controle e tratamento do DM. Dessa forma, ao se observarem essas características, devem-se criar medidas de busca ativa dos usuários do sexo masculino.

Em relação à idade dos usuários com DM tipo 2, encontrou-se uma média de 63,2 anos. Um estudo realizado em unidade primária, com o objetivo de estimular a realização de exercícios físicos e a melhor prática em relação ao hábito alimentar, mostrou média de idade de 66 anos (BASTIAENS *et al.*, 2009).

Com o avançar da idade, observa-se a presença de limitações na mobilidade física, na capacidade de autocuidado e de entendimento das informações recebidas sobre o DM. Desse modo, a idade é uma variável importante a ser considerada em um programa educativo, pois as pessoas idosas possuem níveis de dificuldade cognitiva diferenciados para o cumprimento do plano terapêutico (BAQUEDANO *et al.*, 2010).

Outro estudo realizado entre pacientes atendidos em um serviço de urgência do México encontrou maior dificuldade para o autocuidado entre as faixas etárias mais avançadas, sendo utilizada a escala de autocuidado, e um maior número de usuários na idade entre 70 e 80 anos foram classificados dentro da capacidade de autocuidado de nível regular (BAQUEDANO *et al.*, 2010).

Em relação ao estado civil, a maioria dos usuários com DM tipo 2 é casada. Nessa direção, um estudo que buscou desenvolver um programa educativo para usuários com DM mostrou que 92% dos usuários eram casados (DEAKIN *et al.*, 2006).

É importante considerar o estado civil do usuário ao se realizar um programa educativo, pois existe a influência familiar no manejo do DM. A presença de um companheiro pode ajudar e contribuir para a melhoria no processo de autocuidado (TAVARES *et al.*, 2009).

Durante as sessões de grupos realizadas, alguns cônjuges acompanharam usuários nas sessões educativas, demonstrando preocupação e interesse em ajudar seus companheiros para o alcance do controle metabólico. É interessante notar que apenas as esposas fizeram companhia aos usuários. Outros estudos confirmam a importância do apoio familiar como estímulo à adesão às práticas de autocuidado (GOMES VILLAS-BOAS *et al.*, 2009; ROSSI *et al.*, 2009).

No que tange à escolaridade, em semelhança a outros estudos, a maior parte dos usuários com DM apresentou baixo grau de instrução (COSSON *et al.*, 2005; COMIOTTO; MARTINS, 2006).

Um estudo que visou a investigar o comportamento alimentar de mulheres com DM tipo 2 também encontrou baixo grau de escolaridade. A maior parte das mulheres estudou apenas até a quarta série do ensino fundamental (PÉRES *et al.*, 2006).

O DM acomete as pessoas independente das características sociodemográficas que possuem. No entanto, a baixa escolaridade pode interferir na adesão ao plano terapêutico. Isso pode ocorrer porque usuários com baixo nível de instrução apresentam maiores dificuldades para ler e entender as orientações prescritas, além disso, esses usuários possuem acesso limitado às informações, bem como dificuldades de compreensão acerca das questões complexas da doença (BAQUEDANO *et al.*, 2010).

Em relação às questões socioeconômicas, a maior parte dos usuários apresentou baixos salários, com uma média de 2,5 salários mínimos, variando a renda entre 1,2 e 3,8 salários. Os achados em relação à renda familiar são extremamente importantes, pois fornecem informações à Equipe de Saúde da Família sobre as dificuldades econômicas do usuário. Essas dificuldades refletem nas ações de autocuidado, uma vez que modificar os hábitos de vida, como a adoção de um novo plano alimentar, pode trazer custos adicionais a estes usuários.

Estudo realizado nos Estados Unidos encontrou relação estatística significativa entre o controle metabólico e a presença de dificuldades para o autocuidado entre usuários que possuem insegurança financeira (SELIGMAN *et al.*, 2010).

Quanto ao tempo da doença, os usuários apresentaram uma média de duração de 11,9 anos com desvio-padrão de 8,0 anos. Autores mostram que quanto maior é o tempo de duração da doença menor é a adesão ou capacidade para o autocuidado (BAQUEDANO *et al.*, 2010). Outro estudo realizado para avaliar o comportamento de autocuidado entre pessoas com DM acima de 40 anos encontrou relação significativa entre as ações de autocuidado e as variáveis sociodemográficas de idade, sexo e escolaridade, tempo de duração da doença e a presença de comorbidades (CHANG *et al.*, 2005). Neste estudo, as pessoas com maior idade, do sexo feminino, escolaridade mais avançada e com maior tempo de duração da doença tiveram mais

chance de adotar comportamentos de autocuidado quando comparados aos outros grupos.

Portanto, ao se planejar e realizar práticas educativas, as variáveis sociodemográficas precisam ser consideradas. Esse conhecimento poderá facilitar o planejamento, bem como aproximar os profissionais da realidade onde estão inseridos. Dessa forma, as estratégias podem ser adaptadas às necessidades reais dos usuários com DM, trazendo melhores resultados no controle da doença.

6.2 A aprendizagem nos grupos

Existem múltiplos níveis para a avaliação dos resultados de um programa de educação em DM. De acordo com a Associação Americana de Educadores em Diabetes (AADE), os resultados podem ser classificados como imediatos, intermediários, pós-intermediários e de longo prazo. Como resultado imediato de um programa educativo, segundo essa associação, espera-se obter a aprendizagem acerca do DM (FUNNELL *et al.*, 2009).

Um dos objetivos dos programas educativos é promover o empoderamento do usuário para o melhor tratamento da doença. Para isso, a AADE recomenda a aquisição de conhecimentos básicos relacionados ao exercício físico, alimentação, uso medicamentoso, monitoramento glicêmico e manejo da doença (FUNNELL *et al.*, 2009).

O DM é uma doença crônica que impõe mudanças importantes no estilo de vida, o que faz levar em consideração as complicações dela decorrentes. Considerando essa realidade, é importante iniciar as intervenções educativas direcionadas aos usuários desde o início do diagnóstico. Nesse sentido, um trabalho inovador, por meio de randomização controlada, direcionou as intervenções educativas a 621 usuários recém-diagnosticados com DM com média de idade de 59,5 anos. Foi ofertado aos usuários um programa de educação em grupo estruturado

com a carga horária de seis horas, provando ter influência na melhora do conhecimento, na concepção da gravidade da doença e na importância do próprio se posicionar como protagonista no desenvolvimento de seu tratamento (DAVIES *et al.*, 2008). Trata-se de uma intervenção relevante, à medida que os usuários, no início do diagnóstico, ainda não possuem consciência da importância do autocuidado e das consequências que a negligência ao tratamento pode trazer.

Além disso, estudos encontraram baixos níveis de conhecimento, por parte de usuários com DM, em relação à doença (COSSON *et al.*, 2005; PACE *et al.*, 2006; OTERO *et al.*, 2008). Esses resultados são preocupantes, pois tais usuários possuíam muitos anos de diagnóstico. Dessa forma, todo programa educativo deve procurar conhecer qual é o nível de conhecimento dos usuários sobre o DM, a fim de alcançá-los de forma significativa. Isso reforça a necessidade e a importância do acompanhamento e reforço das práticas de autocuidado por meio de ações educativas.

Nas ações educativas em grupos realizadas nas UBS pelo presente estudo, percebeu-se a melhora dos conhecimentos em relação ao DM. Podem-se observar dois momentos distintos nas falas dos usuários, com diferenças relatadas, após a participação nos grupos operativos. É interessante observar que, neste estudo, os depoimentos dos usuários apontaram mudança nos hábitos alimentares e a adoção das práticas de exercícios físicos a partir da aquisição dos conhecimentos sobre a doença. Outros estudos também relacionaram a mudança de comportamento à aquisição de novos conhecimentos (OTERO *et al.*, 2008; PACE *et al.*, 2006).

Um estudo realizado nos Estados Unidos, de forma semelhante, ao desenvolver um programa educativo alimentar, encontrou significativa melhora no conhecimento dos usuários com DM em relação ao preparo de refeições saudáveis e na leitura dos rótulos dos alimentos. Esse estudo foi realizado para avaliar o impacto do programa educativo sobre o conhecimento de 239 usuários com média de idade de 63 ± 10 anos. Os usuários receberam um total de três sessões educativas com duração de duas horas cada, sendo abordados os seguintes temas relacionados à

alimentação: sobremesas, pratos principais e lanches (CHAPMAN-NOVAKOFSKI; KARDUCK, 2005).

De igual forma, outro estudo realizado no Acre, para avaliar os conhecimentos de usuários com DM sobre medidas preventivas relacionadas ao pé diabético, encontrou baixo nível de conhecimento. Tratou-se de um estudo realizado para avaliar os conhecimentos dos usuários acerca dos cuidados com o pé diabético antes e após a intervenção educativa. Participaram desse estudo 109 usuários com DM tipo 2, sendo a maior parte com idade acima de 50 anos, analfabetos e com baixa renda familiar. No entanto, após a participação desses usuários em um programa educativo, houve melhora significativa do conhecimento e atitude em relação à doença (COSSON *et al.*, 2005),

Outro estudo de característica descritiva realizado no interior de São Paulo entre usuários com DM que possuíam uma média de idade de 53 anos, em sua maior parte com ensino fundamental incompleto e tempo de duração da doença variando entre $12,5 \pm 8,5$ anos, verificou que apenas 28% souberam responder de forma correta o que é o diabetes e quais são as suas causas, encontrando pouco conhecimento acerca da doença (PACE *et al.*, 2006).

Neste estudo aqui apresentado, a metodologia de ensino-aprendizagem utilizada, mediante a abordagem dialógica, favoreceu a troca de experiências entre os usuários e a construção do conhecimento a partir da realidade de cada indivíduo. Dessa forma, a prática educativa promoveu a formação de usuários ativos e conscientes da importância do cuidado de si. Ao considerar os conhecimentos prévios dos usuários, instaurou-se um movimento de mudança acerca da percepção da realidade e do objeto de estudo. Pode-se, durante as ações educativas, levantar quais eram os conhecimentos desses usuários, procurando sempre iniciar as atividades e trabalhar os conteúdos a partir do que os usuários relatavam saber sobre a doença.

Um programa educativo direcionado a 16 usuários hispano-americanos com DM com média de idade de 50 anos também procurou utilizar estratégias educativas diferenciadas para estimular o processo de ensino-aprendizagem. Dentre os recursos utilizados, podem-se citar o uso de guias nutricionais, pôsteres, figuras, modelos

alimentares e brindes. Os pesquisadores procuraram utilizar estímulos visuais e evitar o uso de materiais com escrita, uma vez que grande parte possuía poucos anos de estudo. Dentre as variáveis avaliadas, podem-se citar dados sociodemográficos, clínicos e de conhecimento. Essas variáveis foram coletadas antes, aos três e seis meses de estudo. Como resultado, os usuários desse estudo apresentaram melhora importante de seu conhecimento relacionado ao DM (MAULDON *et al.*, 2006).

Estudo semelhante foi realizado com 104 usuários com DM tipo 2 atendidos em um ambulatório de um hospital universitário de Minas Gerais. Esses usuários foram alocados aleatoriamente para a educação individual e em grupo. As atividades lúdicas utilizadas nas práticas educativas contribuíram para a melhora do conhecimento em relação à doença, refletindo sobre o controle metabólico desses usuários. Foram utilizados jogos, dinâmicas interativas com o objetivo de estimular a participação, troca de experiências e a construção de um saber compartilhado. Dessa maneira, podem-se observar os benefícios dessas estratégias e os consequentes impactos na qualidade de vida dos usuários que possuem o DM (TORRES *et al.*, 2009). As duas estratégias utilizadas surtiram efeitos positivos, mas somente apresentaram melhores resultados para o controle glicêmico os indivíduos que participaram da educação em grupo.

Um programa educativo direcionado a usuários com DM tipo 2 utilizou diversas estratégias, por meio de atividades que estimulassem a participação e envolvimento. Um total de 42 usuários foi submetido a atividades educativas tradicionais, assim como 42 usuários participaram das atividades educativas em grupo. Neste último grupo foi utilizada a estratégia de pequenos grupos de trabalho, propostos exercícios para a resolução de problemas baseados em simulações da vida real. As sessões educativas eram realizadas a cada três meses, sendo acompanhados por um período de cinco anos. Esta forma de abordagem visou a promover a autonomia desses usuários para a resolução de problemas. Como consequência, foi observada uma melhora no nível de conhecimento desses usuários e maior facilidade para resolver problemas diários no manejo do DM. Em consequência, os usuários que participaram das sessões educativas em grupo apresentaram melhores variáveis clínicas e

laboratoriais quando comparados ao grupo controle e com eles mesmos ao início e final do estudo (TRENTO *et al.*, 2004).

De igual forma, as estratégias educativas utilizadas neste estudo aqui apresentado contribuíram para a participação dos usuários no processo de ensino-aprendizagem e para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos no processo terapêutico, sendo visualizadas essas melhorias por meio dos relatos desses usuários. As estratégias visaram a estimular a participação, a troca de experiências e o apoio mútuo nas dificuldades encontradas. Dessa forma, tiveram um objetivo e efeito maior do que apenas despertar a atenção para o tema abordado. Assim, é imprescindível que as ações terapêuticas direcionadas a pessoas com doenças crônicas em geral sejam capazes de desenvolver nesses usuários a realização do cuidado de si, de atuarem sobre a sua realidade e modificar o ambiente em que vivem.

Um estudo quase-experimental, realizado com o objetivo de avaliar os conhecimentos de 54 usuários com DM acerca de sua doença antes e após a participação destes em um programa educativo, encontrou aumento significativo do conhecimento após a intervenção (OTERO *et al.*, 2008). A idade desses usuários variou de 29 a 78 anos, a maioria possuía poucos anos de estudo e baixa renda familiar. Por ser o conhecimento um dos pilares para a instituição do autocuidado, cabe aos profissionais de saúde a promoção de intervenções educativas que estimulem a aprendizagem e a adoção de posturas ativas em relação à doença.

Reafirma-se que, para que haja bons resultados em uma intervenção educativa, é imprescindível tratar o usuário como sujeito de sua própria saúde, incluindo-o no planejamento e nas decisões a serem tomadas. O diálogo, a relação de confiança e o vínculo profissional-usuário fazem-se necessários no desenvolvimento desse processo.

Em estudo de Pace *et al.* (2006), por sua vez, foi encontrado baixo nível de conhecimento dos usuários portadores de DM acerca da doença. É interessante observar que os usuários desse estudo tinham em média 12 anos de duração da doença, e grande parte possuía pelo menos o ensino fundamental incompleto.

Considerando que outros estudos (OTERO *et al.*, 2008; TRENTO *et al.*, 2004; TORRES *et al.*, 2009; CHAPMAN-NOVAKOFSKI; KARDUCK, 2005) verificaram a melhora do conhecimento após intervenções educativas e que o déficit de conhecimento interfere na prática de autocuidado, é imperativo que ações educativas sejam estabelecidas, planejadas e avaliadas.

Os benefícios da aquisição de conhecimentos em relação ao DM podem ser visualizados em vários estudos. Usuários com melhores escores de conhecimento apresentaram maior aceitação da doença, maior adesão às práticas de autocuidado e melhoria no controle metabólico (TORRES *et al.*, 2009; MAULDON *et al.*, 2006; CAMPOS *et al.*, 2009).

Alguns estudos discutem sobre os fatores que influenciam a capacidade de apreensão de novos saberes, como fatores psicossociais, socioeconômicos e culturais (PACE *et al.*, 2006; MURATA *et al.*, 2003). O estudo que visou a mensurar o nível de desenvoltura para a aprendizagem em usuários com DM concluiu que os usuários que apresentaram maiores escores nessa escala, além de apresentar melhor qualidade de vida, também mostraram melhor controle metabólico (HUANG *et al.*, 2008).

Ao instituir atividades educativas, devem-se considerar as características da população, a fim de que as ações tenham efetividade. Além disso, deve-se estar atento à presença de fatores que podem influenciar a aquisição de novos saberes. Estudo transversal realizado com 251 pacientes com DM tipo 2, com objetivo de avaliar a capacidade de autocuidado e suas relações com as variáveis sociodemográficas e clínicas, mostrou que apenas 33,5% dos indivíduos apresentaram boa capacidade para o autocuidado e 66,5%, capacidade regular. Encontrou-se relação diretamente proporcional entre a capacidade de autocuidado e anos de estudo. Além disso, verificou-se relação inversa entre o tempo de duração da doença e a capacidade para exercer o autocuidado (BAQUEDANO *et al.*, 2010).

Neste estudo aqui apresentado, ao considerar os conhecimentos prévios e as características dos usuários com DM, procurou utilizar linguagem acessível e

estratégias facilitadoras ao processo de ensino-aprendizagem, o que contribuiu para melhorar os conhecimentos e as práticas de autocuidado.

6.3 Prática educativa para o autocuidado associado à alimentação, exercício físico e uso de medicamentos

O autocuidado em DM abrange várias ações, como cuidados com o próprio corpo, a realização de atividades físicas, adesão à dieta recomendada e uso medicamentoso. Melhorar as práticas de autocuidado é um desafio, porém é possível estimular mudanças por meio de ações educativas.

Nesta pesquisa, os usuários relataram que, após participarem dos grupos, modificaram as práticas de autocuidado, tais como os hábitos alimentares, a realização de atividades físicas e o aprimoramento no uso da insulina, no entanto alguns dos usuários relataram dificuldades para aderir a essas ações.

Outro programa educativo conduzido por cinco anos com 101 usuários com DM promoveu melhorias significativas sobre o controle metabólico, com a redução da glicemia, do peso e da pressão arterial. Para isso, houve a necessidade de adaptações em relação ao hábito alimentar, uso medicamentoso e na prática de exercícios físicos. O programa educativo foi responsável pela redução dos problemas alimentares relatados e pelo aumento significativo na proporção de usuários que aderiram à realização de atividades físicas. Ao final do programa, 70% desses usuários estavam fazendo atividades físicas. Além disso, constatou-se a melhora no uso medicamentoso, sendo que 95% destes usuários foram capazes de controlar bem o uso da medicação. É interessante notar que, no início desse estudo, todos os usuários apresentaram problemas alimentares e, ao final da pesquisa, 40% dos homens e 55% das mulheres controlaram sua alimentação (SELLI *et al.*, 2005).

Nesse contexto, a estratégia educativa em grupos constitui-se como recurso efetivo para a promoção e estímulo a novas práticas de autocuidado. O ambiente de

grupos traz um sentimento de identificação entre seus participantes, de auto-fortalecimento, de suporte e encorajamento para o enfrentamento das dificuldades na mudança do comportamento.

Os benefícios das práticas educativas sobre a mudança de comportamento também são citados por outros estudos. Nesse contexto, o objetivo de promover a mudança do comportamento é melhorar o controle metabólico e prevenir complicações relacionadas ao DM. Dessa forma, a mudança na prática de autocuidado é responsável por promover impactos positivos na qualidade de vida do usuário com DM tipo 2.

Um estudo de intervenção realizado entre 59 usuários com DM, de idade média de 65,7 anos, alocados de forma aleatória entre grupo controle e de intervenção, por meio de um programa de incentivo ao exercício físico e de aulas ministradas por uma professora de educação física, mostrou aumento na proporção de usuários que realizavam atividade física fora das aulas ministradas. A capacidade funcional e a prática de exercícios físicos foram maiores entre o grupo de intervenção. Pode-se observar também que os indivíduos que perseveraram até o final do estudo apresentaram redução significativa nos valores de glicohemoglobina (NEGRI *et al.*, 2010).

Gleeson-Kreig (2008) pode verificar, em um estudo realizado com 58 usuários com DM com média de idade de 53 anos e que possuíam suporte social, familiar e profissional, maior frequência na realização de exercícios físicos.

Na pesquisa conduzida por Fecho e Malerbi (2004) objetivou-se verificar se o programa de atividade física aumentaria a frequência de exercícios entre os pacientes sedentários. Participaram desse estudo 12 pacientes com DM tipo 1 e 2, sendo submetidos a um total de 40 aulas ministradas por uma professora de educação física. Um total de nove alunos concluiu o programa e, no final do terceiro mês, os valores de glicohemoglobina daqueles que persistiram diminuíram de forma significativa.

De igual forma, um programa educativo conduzido em dez países da América Latina com duração de um mês deixou em evidência a importância da prática

educativa sobre os comportamentos de autocuidado. Nas sessões educativas foram utilizadas fotografias e figuras, distribuído livretos de informações aos usuários. O objetivo do estudo foi verificar o impacto das ações educativas sobre os comportamentos de autocuidado e controle metabólico de 446 usuários com DM tipo 2. Este trabalho mostrou redução significativa nos valores de pressão arterial, glicohemoglobina, peso corporal e a melhora significativa em outras variáveis clínicas (GAGLIARDINO; ETCHEGOYEN, 2001). De forma semelhante, outros trabalhos encontraram a redução da glicohemoglobina, peso e da glicemia de jejum (NEGRI *et al.*, 2010; DIEDRICH *et al.*, 2010).

Um estudo de intervenção educativa realizado com o objetivo de avaliar a efetividade de um programa de atividade física entre pessoas com DM tipo 2 utilizou indicadores cardiovasculares, antropométricos, glicohemoglobina e nível de atividade física. Um total de 33 indivíduos com DM, com média de idade de 56,6 anos, foi alocado aleatoriamente entre grupo intervenção e controle, sendo coletados os dados no início do estudo e ao final de três meses. Ao final desse estudo, os indivíduos que faziam parte do grupo de intervenção apresentaram melhora significativa nos valores clínicos para a pressão arterial, glicohemoglobina e peso quando comparados aos valores iniciais do estudo (DIEDRICH *et al.*, 2010).

Na presente pesquisa, os temas relacionados ao DM foram trabalhados por meio de jogos com o objetivo de aumentar a capacidade do usuário em cuidar de si. O exercício do autocuidado, além de envolver as capacidades do usuário, envolve os recursos relacionados ao ambiente. É por meio de ações educativas, portanto, que se procurou fornecer recursos pessoais e ambientais a esses usuários.

Uma pesquisa realizada na Coreia entre 49 usuários com DM tipo 2, que foram alocados de forma aleatória em grupo de intervenção e grupo controle para um programa de educação em grupo em DM de duração de 12 semanas e aconselhamento telefônico, encontrou redução significativa para os valores de glicohemoglobina entre o grupo submetido ao programa educativo. Além disso, constatou-se maior adesão ao plano alimentar (SONG; KIM, 2009).

O trabalho interdisciplinar, utilizado na presente pesquisa, é responsável pela produção de estratégias criativas por meio do intercâmbio entre os saberes e a possibilidade de sua complementaridade. Dessa forma, a intervenção torna-se completa, rica e mais eficaz na medida em que oferece um leque de alternativas para a abordagem terapêutica.

Durante os grupos, surgiram perguntas sobre como ter acesso aos recursos e materiais oferecidos pelo SUS. Esses momentos foram aproveitados para esclarecer aos usuários sobre seus direitos e orientá-los quanto ao melhor processo para a aquisição de determinados benefícios. Pode-se dizer, portanto, que as ações educativas da presente pesquisa procuraram promover a autonomia dos usuários para o autocuidado.

6.4 As barreiras percebidas para a busca de um estilo de vida saudável

São diversas as barreiras encontradas para a adesão às práticas de autocuidado, como limitações físicas, limitações de tempo, ambientais, psicológicas, culturais, financeiras e barreiras cognitivas (MILLER *et al.*, 2010; TORRES *et al.*, 2010). Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar atentos, a fim de intervir de forma efetiva no tratamento dos usuários com DM.

Apesar das melhorias encontradas no conhecimento e nas práticas de autocuidado pela presente pesquisa, após os grupos operativos nas UBS, é preciso reconhecer que existem dificuldades que os usuários enfrentam para manter o cuidado de si. A manutenção do autocuidado, segundo os usuários, é um desafio.

Nesse contexto, é importante que as práticas educativas sejam planejadas de forma a se considerar as dificuldades dos usuários. Assim, é possível respeitar o estágio de desenvolvimento de cada um em relação à aceitação da doença e prática de autocuidado, além de estimular a aquisição de conhecimentos.

Durante as atividades realizadas na presente pesquisa, observaram-se outras dificuldades, além das relatadas pelos usuários durante o grupo focal. Foram citadas as dificuldades relativas à distância que precisam percorrer para chegar ao posto de saúde, já que alguns usuários moram em locais acidentados e de difícil acesso; outros citaram como motivo para não frequentar os grupos a necessidade de cuidar de seus netos, para que suas filhas possam trabalhar.

Cazarini *et al.* (2002), em um estudo que buscou investigar as dificuldades de adesão de 66 pacientes aos grupos operativos, apontou que as causas relacionadas à baixa adesão aos grupos foram a falta de interesse, indisponibilidade de horário e dificuldades relacionadas ao deslocamento. Observa-se, assim, que é necessário instituir alternativas para que esses usuários não deixem de ser atendidos. O intercâmbio entre a unidade de saúde e as instituições de ensino coloca-se como medida alternativa. Torres *et al.* (2011), além de atividades educativas em grupos, também indicam como estratégia a visita domiciliar, com a realização de atividades educativas individuais junto aos usuários que possuem dificuldades em frequentar o posto de saúde.

Além de todos esses obstáculos, existem aqueles relacionados ao controle metabólico. O trabalho desenvolvido por Comiotto e Martins (2006) encontrou, entre usuários com DM, a presença de déficits relacionados aos conhecimentos da doença, além de dificuldades em monitorar os níveis glicêmicos e de aderir às recomendações dietéticas.

Na presente pesquisa, a questão alimentar foi a mais citada como fator dificultador pelos usuários. Os entrevistados comentaram a vontade contínua de transgredir, apontando ser custoso o controle da alimentação. O estudo conduzido por Peres *et al.* (2006) também constatou a presença de obstáculos, por parte de mulheres com DM, para o seguimento da dieta prescrita. Essas mulheres citaram que a privação de certos alimentos estava relacionada ao prazer, autonomia e liberdade. De fato, a questão alimentar relaciona-se aos aspectos culturais, psicológicos e sociais das pessoas, e estão diretamente ligados a sentimentos de satisfação e prazer.

Como relatado por um dos usuários dos grupos operativos, o hábito alimentar é formado e estruturado desde seus primeiros anos de vida. Ao longo dos anos, torna-se costume e parte da cultura o uso de certos alimentos. No momento em que descobrem o DM e se deparam com a necessidade de readequar a alimentação, encontram dificuldades para aderir a essas mudanças.

Outro estudo realizado com objetivo de descrever as barreiras percebidas para o autocuidado entre 24 usuários com DM tipo 2 encontrou, entre as principais barreiras, o baixo conhecimento sobre o plano alimentar e terapêutico prescrito, além da presença de frustração em relação ao controle glicêmico e continuidade da progressão da doença mesmo com um comportamento de adesão adequado (NAGELKERK *et al.*, 2006). Os pesquisadores apontam como estratégias efetivas a criação de vínculos entre profissionais e usuários, ter um suporte pessoal que ajude o paciente, o encoraje e facilite o autocuidado e a participação em grupos educativos que propiciem a discussão de seus sentimentos.

O programa educativo direcionado aos usuários com DM encontrou a presença de sentimentos de privação relacionados ao plano alimentar, porém, ao final do programa, houve redução significativa desse sentimento. Como estratégia, em cada encontro, eram oferecidos lanches saborosos que eram ricos em fibras, possuíam baixo teor de gordura saturada e pouco açúcar. Essa ação contribuiu para a mudança de concepção em relação ao plano alimentar, demonstrando a esses usuários que é possível ter DM e comer bem (MAULDON *et al.*, 2005).

Considerando que pequenas mudanças nos hábitos do usuário afetam todos os membros de sua família, bem como o fato da presença de uma doença crônica ocasionar mudanças na dinâmica familiar, o cuidado ao usuário deve envolver todos aqueles com os quais ele convive. A forma como a família se organiza será influenciada e influenciará os comportamentos de um usuário com DM (PÉRES *et al.*, 2006).

Um estudo realizado entre usuários com DM apontou que os homens possuem maior apoio de seus cônjuges do que as mulheres em direção à mudança do hábito

alimentar (MAULDON *et al.*, 2005). Isso reforça a importância de envolver o familiar no cuidado ao diabético, trazendo-o também para as atividades educativas.

Os fatores psicológicos afetam diretamente a motivação do usuário com DM para executar as ações de autocuidado. Um estudo de caso que buscou descrever a percepção acerca das barreiras para o autocuidado entre uma usuária de 52 anos com DM encontrou como fatores dificultadores para o autocuidado a presença de nervosismo e ansiedade, que podem estar relacionados às restrições e preocupações com relação à doença. Além disso, a usuária relatou dificuldades em restringir a alimentação e a presença de sentimentos de transgressão e culpa frente à transgressão alimentar. Os sentimentos desencadeados pelo DM estão diretamente relacionados aos comportamentos e atitudes, e esse estado emocional interfere diretamente na aceitação da doença e do tratamento, influenciando, assim, o controle metabólico (SANTOS *et al.*, 2005).

Sabe-se que as questões psicológicas estão relacionadas diretamente às posturas de adesão ao tratamento, como mostrado em alguns estudos. Na presente pesquisa, encontrou-se de forma recorrente, ao conversar com os usuários, sentimentos negativos em relação à aceitação da doença e relacionados às restrições que ela impõe.

Estudo realizado entre portadores de doenças crônicas, inclusive o DM, ao descrever a vivência desses usuários, encontrou de forma recorrente a presença de sentimentos negativos relacionados à doença, dentre eles, o medo da invalidez e da morte e o relato da perda do bem-estar, sentimentos de desesperança e privação (PÉRES *et al.*, 2007).

De forma complementar, outro estudo buscou verificar a influência dos sintomas depressivos sobre a adesão aos comportamentos de autocuidado de 168 usuários com DM, e verificou que altos escores de sintomas depressivos estão associados com o pobre comportamento de autocuidado, diminuição da participação em programas educativos, baixa adesão ao plano alimentar e uso medicamentoso (WAITZFELDER *et al.*, 2010; EGEDE; OSBORN, 2010; EGEDE *et al.*, 2009).

As atividades educativas, além de informar, possuem a função de estimular as capacidades e elevar a autoestima. A fala, os sentimentos de identificação entre os usuários e a troca de vivências comuns podem influenciar diretamente no comportamento de autocuidado.

Para os entrevistados do estudo, os grupos representaram um momento de distração, para conhecer novas pessoas e fazer amizades. O envolvimento e a relação dos profissionais com os usuários mostraram-se gratificantes.

Dessa forma, as práticas educativas devem considerar essas reações e sentimentos, uma vez que usuários com sintomas depressivos apresentam menor adesão às práticas de autocuidado (EGEDE; OSBORN, 2010). Para isso, estratégias educativas diversas devem ser utilizadas, levando em conta os vários aspectos relacionados ao usuário e sua doença.

6.5 Expectativas relacionadas aos grupos de Diabetes Mellitus

Ao participarem dos grupos, os entrevistados puderam conhecer pessoas e compartilhar experiências, além de adquirir apoio para modificar as atitudes e práticas de autocuidado.

Autores afirmam que a satisfação com a ação educativa é um dos fatores responsáveis pela motivação no plano de autocuidado (ZANETTI *et al.*, 2007). Neste estudo, um total de 54 usuários com DM que participaram do programa educativo com duração de 12 meses respondeu a um questionário que buscou avaliar a satisfação. Esses usuários avaliaram de forma positiva o programa educativo em relação às informações e ao atendimento que receberam.

Do mesmo modo, os usuários da presente pesquisa elogiaram a metodologia utilizada, ressaltando, por exemplo, aspectos como a comunicação e linguagem. Assim, a linguagem deve se adequar e se aproximar da realidade do sujeito que o processo educativo deseja alcançar.

Pode-se apresentar como exemplo o teatro que foi realizado, que despertou a curiosidade dos usuários e a participação nas discussões. As conversas realizadas entre os fantoches e a plateia promoveram discussões enriquecedoras sobre a temática, introduzindo o assunto da fisiopatologia de forma descontraída, leve e prazerosa. A atividade dos jogos, além das informações, estimulou risos, e a distribuição de lembrancinhas aos que respondessem perguntas promoveu uma expectativa positiva.

As estratégias promovidas fizeram com que os usuários conversassem entre si sobre o assunto abordado, o que estimulou o intercâmbio de experiências. Foi observado que, após a integração dos usuários, houve a troca de orientações e a busca para soluções que se constituíam como entraves para a realização do autocuidado.

Além da avaliação positiva dos grupos pelos usuários, as estratégias educativas utilizadas chamaram a atenção dos profissionais das UBS: muitos pararam para tirar fotos e pediram informações adicionais sobre o planejamento destas práticas.

É interessante ressaltar que grande parte dos usuários considerou o tempo disponibilizado para os encontros como insuficiente. Observou-se que, de forma geral, eles gostam de estar no ambiente grupal, de trocar experiências e de ser escutados.

Um estudo quase-experimental do tipo antes-depois, realizado entre 73 pessoas com DM tipo 2 e média de idade de 62 anos, buscou avaliar a efetividade de um programa de educação em grupo estruturada sobre os conhecimentos e controle metabólico desses usuários. Um total de 72,6% dos usuários apresentou nível de satisfação elevado em relação ao programa educativo. As ações educativas foram divididas em oito encontros, sendo que em todas elas procurou-se utilizar técnicas motivacionais em sua condução. Ao mesmo tempo, observou-se também diferença estatística entre os níveis de glicohemoglobina iniciais e finais, o que comprova a importância das ações educativas estruturadas sobre o controle metabólico do usuário com DM tipo 2 (MARCOS *et al.*, 2005).

As abordagens pedagógicas utilizadas na presente pesquisa favoreceram a troca de conhecimentos, o envolvimento dos usuários e suas participações no processo de construção do saber. A metodologia dialógica empreendida na realização dos grupos foi essencial para a construção do aprendizado. Conhecer a realidade desses usuários e partir dela para a discussão dos temas fez com que eles se sentissem importantes no processo educativo.

Outro aspecto relatado é que a participação em grupos propiciou um momento de escuta, evidenciando a importância dos fatores individuais e psicológicos relacionados às ações de autocuidado. Nesse momento, os usuários puderam compartilhar seus sentimentos, falar de suas dificuldades e reconhecê-las nos outros usuários.

A participação dos grupos, de acordo com os usuários, trouxe benefícios para as práticas relacionadas ao DM. Os usuários se sentiram acolhidos ao expressarem que, nos grupos operativos, podiam falar livremente acerca de sua doença. Foram identificados nos grupos os sentimentos de afiliação, pertença e identificação, os quais favoreceram o alcance de bons resultados.

7 CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu mostrar a importância das práticas educativas para o tratamento do usuário com DM. Além disso, confirmou a necessidade do planejamento, avaliação e continuidade das ações educativas. O envolvimento multiprofissional e as metodologias utilizadas foram estratégias que facilitaram o alcance de benefícios para os participantes. A oferta de ações educativas por médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas contribuiu para uma abordagem mais completa, favorecendo a troca de saberes entre profissionais e usuários.

Ao identificar a influência das práticas educativas sobre o conhecimento dos usuários, estes reconheceram a importância das ações educativas. Os usuários relataram uma melhora geral no conhecimento acerca do DM, apesar de persistirem e surgirem novas dúvidas. Dentre os benefícios, os usuários relataram a melhora do conhecimento acerca da alimentação, prática adequada de exercícios físicos e mudanças no uso da insulina. Percebe-se que todos esses temas contribuem para que essas pessoas, além de construírem novos conhecimentos, exerçam melhor a prática de autocuidado.

A melhoria nos conhecimentos influenciou a tomada de novos comportamentos e atitudes em relação ao DM. A estratégia de grupos operativos e as metodologias utilizadas também contribuíram ao fornecer apoio aos usuários para a mudança nas práticas de autocuidado. Muitos participantes relataram a melhoria do hábito alimentar e, além disso, alguns usuários voltaram a realizar atividades físicas e começaram a cuidar melhor de seu próprio corpo.

Ressalta-se que, apesar dos benefícios das práticas educativas, os usuários relataram dificuldades em aderir às práticas de autocuidado. Dentre os motivos encontrados, pode-se citar a influência cultural, ambiental, de fatores psicológicos e

sociais. Observa-se que a melhoria do conhecimento não é o único fator capaz de influenciar as decisões dos indivíduos em relação ao DM. Isso comprova a necessidade de que as ações educativas levem em consideração os diversos aspectos envolvidos no autocuidado ao serem planejadas.

A participação dos grupos operativos proporcionou aos usuários a melhoria nos conhecimentos e o apoio na aquisição de novas práticas. Além disso, os participantes se sentiram acolhidos, avaliando positivamente a estratégia utilizada. Durante os grupos, observou-se a presença de motivação, envolvimento e a troca de experiências.

A presença de dúvidas residuais reafirma a necessidade da continuidade das práticas educativas. Observa-se que os estudos apresentados anteriormente encontraram déficits de conhecimento tanto em recém-diagnosticados como em pessoas com muitos anos de DM. Há que se considerar os diversos fatores que influenciam o processo de aprendizagem, como dificuldades na apreensão de novos saberes, fatores culturais, sociais e demográficos como idade, escolaridade e renda.

As características na condução das ações educativas também influenciaram positivamente os efeitos alcançados. A participação multidisciplinar, o planejamento, a regularidade e estratégias metodológicas utilizadas facilitaram a condução de todo o processo, trazendo benefícios a todos os seus participantes.

A avaliação dessas práticas permitiu a reflexão sobre a necessidade da reinvenção constante das estratégias. As estratégias e abordagens precisam ser ampliadas para alcançar seus participantes de forma significativa. Diante disso, são necessários mais estudos que ofereçam possibilidades criativas na condução das ações de educação em saúde direcionadas aos portadores de doenças crônicas. Além de estratégias metodológicas, inexistem no Brasil manuais que orientem os profissionais de saúde na condução e avaliação das ações educativas. O surgimento de novas pesquisas poderá trazer contribuições para a melhoria das práticas, através

do melhor preparo dos profissionais de saúde, apontando a direção de novos caminhos.

Nesse contexto, apresentam-se como desafios contínuos da educação em saúde a capacitação dos profissionais e o estímulo dos usuários para a adesão persistente às práticas de autocuidado. Além disso, transformar as práticas educativas atualmente realizadas na atenção primária à saúde, para que sejam condizentes com a produção de usuários autônomos e capazes de atuar ativamente para modificar a realidade em que vivem.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o número crescente de usuários com DM tipo 2 e que um mau controle metabólico é fator de risco para complicações, é necessário o desenvolvimento e implementação de medidas educativas para o controle e prevenção da doença. A educação em DM deve transmitir informações-chave, ajudando o usuário a adquirir habilidades para o autocuidado e alcançar um estilo de vida saudável.

Equipes multidisciplinares e profissionais de saúde motivados, capacitados e com maior condição de ajudar os usuários a transpor as barreiras que impedem a melhora do autocuidado - disponibilizando condições para o aprendizado, mantendo consultas com intervalos curtos e estimulando sempre o autogerenciamento da sua condição –, parece um caminho bastante promissor.

Espera-se que os resultados deste estudo possam ser multiplicados para mais unidades de saúde, e posteriormente para um curso de especialização a distância. Toda tentativa deve ser feita para identificar formas de melhorar o controle da doença em relação às atividades de autocuidado em DM tipo 2. As limitações do estudo estão associadas às dimensões da educação e a informação em saúde sobre o autocuidado, indicando que usuários são mais propensos a realizá-los, que exigem o mínimo de esforço.

Ressaltamos que os resultados do estudo foram apresentados nas três UBS a fim de contribuir para o crescimento profissional e contextualizar a importância da realização das práticas educativas no tratamento do DM. Além disso, o estudo será desdobrado para pesquisas futuras, contemplando a avaliação dos grupos operativos visando à melhora do controle metabólico da doença.

REFERÊNCIAS

ABDELAZIZ, A. B.; SOLTANE, I.; GAHA, K.; THABET, H.; TLILI, H.; GHANNEM, H. Facteurs déterminants du contrôle glycémique des patientes diabétiques de type 2 suivies en première ligne. **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, v. 54, p. 443-452, 2006.

AFONSO, L. (org). **Oficinas em dinâmica de grupo**: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do campo social, 2002. 144 p.

ALBRIGHT, T. L.; PARCHMAN, M.; BURGE, S. K. et al. Predictors of Self-care Behavior in Adults With Type 2 Diabetes: An RRNeST Study. **Family Medicine**, v. 33, n. 5, p. 354-360, 2001.

AMADOR-DÍAZ, M. B.; MÁRQUEZ-CELEDONIO, F. G.; SABIDO-SIGHLER, A. S. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. **Archivos en Medicina Familiar**, v. 9, n. 2, p. 99-107, 2007.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standard of medical care in diabetes – 2011 (Position Statement). **Diabetes Care**, Alexandria, v. 34, Supplement 1, p. S62-S69, 2011.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Executive Summary: Standards of medical care in diabetes –2009. **Diabetes Care**, v. 32, suppl. 1, p. S6-S12, 2009.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Nutrition principles and recommendations in diabetes. **Diabetes Care**, v. 27, Suppl. 1, p. S36-S46, 2004.

ALMEIDA, H. G. G.; TAKAHASHI, O. C.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M.; OLIVEIRA, M. L. Avaliação dos conhecimentos teóricos dos diabéticos de um programa interdisciplinar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 145-164, 1995.

ARAÚJO, R. B.; SANTOS, I.; CAVALETI, M. A.; COSTA, J. S. D. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p.24-32, 1999.

ARMSTRONG, N. Coping with diabetes *mellitus*: a full time job. **The Nursing Clinics of North America**, v. 22, n. 3, p. 559-568, 1987.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes *mellitus* assistidos pelo Programa de Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supp. 2, p. 2189-2197, 2008.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

BABWAH, F.; BAKSH, S.; BLAKE, L.; CUPID-THUESDAY, J.; HOSEIN, I.; SOOKHAI, A.; POON-KING, C.; HUTCHINSON, G. The role of gender in compliance and attendance at an outpatient clinic for type 2 diabetes mellitus in Trinidad. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 19, n. 2, p. 79-84, 2006.

BADRUDDIN, N.; BASIT, A.; HYDRIE, M. Z. I.; HAKEEM, R. Knowledge, attitude and practices of patients visiting a diabetes care unit. **Pakistan Journal of Nutrition**, Faisalabad, v. 1, n. 2, p. 99-102, 2002.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

BAQUEDANO, I. R.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; MARTINS, T. A.; ZANETTI, M. L. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1017-1023, 2010.

BARCLAY, A.; GILBERTSON, H.; MARSH, K.; SMART, C. Dietary management in diabetes. **Australian Family Physician**, v. 39, n. 8, p. 579-583, 2010.

BATISTA M. C. R.; PRIORE, S. E.; FRANDSEN, L. E.; ROSADO, P. L.; TINÔCO, A. L. A.; FRANCESCHINI, S. C. C. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 2, p. 219-228, 2005.

BARADARAN, H. R.; KNILL-JONES, R. P.; WALLIA, S.; RODGERS, A. A controlled trial of the effectiveness of a diabetes education programme in a multi-ethnic community in Glasgow. **BMC Public Health**, v. 6, p. 134-142, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2010. 281 p.

BASTIAENS, H.; SUNAERT, P.; WENS, J.; SABBE, B.; JENKINS, L.; NOBELS, F.; SNAUWAERT, B.; ROYEN, P. V. Supporting diabetes self-management in primary care: pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise. **Primary Care Diabetes**, v. 3, p. 103-109, 2009.

BAUMANN, L. C.; OPIO, C. K.; OTIM, M.; OLSON, L.; ELLISON, S. Self-care Beliefs and Behaviors in Ugandan Adults with Type 2 Diabetes. **The Diabetes Educator**, v. 36, p. 293-300, 2010.

BODSTEIN, R. C. A. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. **Téc. Senac: a R. Educ. Prof.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 7-15, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde**. Brasília, DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#morbidade>. Acesso em: dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Data SUS. **Taxa de prevalência de diabetes mellitus**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1998/fqd09.htm>. Acesso em: 13 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Bases para a Educação em Saúde nos serviços**. Brasília: Ministério da saúde, 2008. 10 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Série A – Normas e Manuais Técnicos. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília, DF, 2005, 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília, DF, 2004, 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986, 29 p.

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D.; WINK, S.; LISS, P.; SANTOS, E. K. A. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, p. 152-157, 2006.

CAMPOS, J. J.; ROS, J. A. C.; ANGUERA, J. M. H.; CANAL, D. J.; TORELLÓ, J. M. P. La supresión de la educación especializada empeora el control metabólico em diabetes tipo 2. **Atención Primaria**, v. 41, n. 12, p. 681-687, 2009.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CANDEIAS, N. M. F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n. 4, p. 347-365, 1988.

CARNEIRO, A. C. L. L. **Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção da saúde**. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, 2010.

CAZARINI, R. P.; ZANETTI, M. L.; RIBEIRO, K. P.; PACE, E. A.; FOSS, M. C. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Medicina**, v. 35, p. 142-150, 2002.

CECCIM, R. B. Paulo Freire. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 32-45.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **National health and nutrition examination survey III: Body Measurements (Anthropometry)**. October, 1988, 62 p. Disponível em: <www.cdc.gov/nchs/Data/nhanes3/cdrom/nchs/manuals/anthro.pdf>. Acesso em: 12 set. 2010.

CHAN, W. B.; CHAN, J. C. N.; CHOW, C. C.; YEUNG, V. T. F.; SO, W. Y.; LI, J. K. Y.; KO, G. T. C.; MA, R. C. W.; COCKRAM, C. S. Glycaemic control in type 2 diabetes: the impact of body weight, B-cell function and patient education. **QJM: Oxford Journals**, v. 93, p. 183-190, 2000.

CHANG, H.; CHIOU, C.; LIN, M.; LIN, S.; TAI, T. A population study of the self-care behaviors and their associated factors of diabetes in Taiwan: results from the 2001 National Health Interview Survey in Taiwan. **Preventive Medicine**, v. 40, p. 344-348, 2005.

CHAPMAN-NOVAKOFSKI, K.; KARDUCK, J. Improvement in Knowledge, social cognitive theory variables, and movement through stages of change after a community-based diabetes education program. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 105, n. 10, p. 1613-1616, 2005.

CYRINO, Antonio Pithon. **Entre a ciência e a experiência**: uma cartografia do

autocuidado no diabetes. São Paulo: UNESP. 2009.

CLEMENTE, S. Diabetes self-management education. **Diabetes Care**, v. 18, p. 1204-1214, 1995.

COMIOTTO, G.; MARTINS, J. J. Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: da hospitalização ao domicílio. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 3, p. 59-64, 2006.

COSSON, I. C. O.; NEY-OLIVEIRA, F.; ADAN, L. F. Avaliação do conhecimento de medidas preventivas do pé diabético em pacientes de Rio Branco, Acre. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia**, v. 49, n. 4, 2005.

CULHANE-PERA, K.; PETERSON, K. A.; LAUREN, C. A. Group visits for among adults with type 2 diabetes mellitus: a pre-post analysis. **Journal of Health Care for The Poor and Underserved**, v. 16, n. 2, p. 315-327, 2005.

DAVIES, M. J. et. al. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes : cluster randomised controlled trial. **BMJ**, v 336, p. 491-495, 2008.

DEAKIN, T. A.; CADE, J. E.; WILLIAMS, R.; GREENWOOD, D. C. Structured patient education: the Diabetes X-PERT Programme makes a difference. **Diabetic Medicine**, v. 23, p. 944-954, 2006.

DIABETES PREVENTION PROGRAM COORDINATING CENTER. The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. **Diabetes Care**, v. 25, n. 12, 2002.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos na atenção primária. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

DIEDRICH, A.; MUNROE, D. J.; ROMANO, M. Promoting physical activity for persons with diabetes. **The Diabetes Educator**, v. 36, n. 1, p. 132-140, 2010.

DIERCKS, M. S.; PEKELMAN, R. Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 75-86.

DONABEDIAN, A. Some issues in evaluating the quality of nursing care. **American Journal Public Health**, v. 59, n.10, p. 1833-1836, 1969.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed?. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DUFF, E. M.; O'CONNOR, A.; MCFARLANE-ANDERSON, N.; WINT, Y. B.; BAILEY, E. Y.; WRIGHT-PASCOE, R. A. Self-Care, Compliance and Glycaemic Control in Jamaican Adults with Diabetes Mellitus. **West Indian Medicine Journal**, v. 55, n. 4, p. 232-236, 2006.

EGEDE, L. E.; OSBORN, C. Y. Role of motivation in the relationship between depression, self-care, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. **Diabetes Educator**, v. 36, n. 2, p. 276-283, 2010.

EGEDE, L. E.; ELLIS, C.; GRUBAUGH, A. L. The effect of depression on self-care behaviors and quality of care in a national sample of adults with diabetes. **General Hospital Psychiatry**, v. 31, n. 5, p. 422-427, 2009.

ELASY, T. A.; ELLIS, S. E.; BROWN, A.; PICHERT, J. W. A taxonomy for diabetes educational interventions. **Diabetes Education and Counseling**, v. 43, n. 2, p. 121-127, 2001.

FARIA, H. T. G.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 612-617, 2009.

FECHIO, J. J.; MALERBI, F. E. K. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 48, n. 2, p. 267-275, 2004.

FERNANDES, M. T. O. F.; SOARES, S. M.; SILVA, L. B. Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na estratégia de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 355-341, 2008.

FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A. C. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 8. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. 258 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 146 p.

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M.; DOROTHEA, E. Orem. In: GEORGE, J. B. *et al.* **Teorias de Enfermagem: fundamentos à prática profissional**. 4^a edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000, cap. 7, p. 83-101.

FUNNELL, M. M. *et al.* National Standards for Diabetes self-management education. **The Diabetes Educator**, v. 33, n. 4, p. 599-614, 2007.

FUNNELL, M. M. *et al.* National Standards for Diabetes self-management education. **The Diabetes Educator**, v. 32, suppl. 1, p. 599-614, 2009.

GAGLIARDINO, J. J.; ETCHEGOYEN, G. A model educational program for people with type 2 diabetes: a cooperative Latin American implementation study (PEDNID-LA). **Diabetes Care**, v. 24, n. 6, p. 1001-1007, 2001.

GAYOTTO, M. L. C.; DOMINGUES, I. **Liderança: aprenda a mudar em grupo**. 5.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 97p.

GALLEGOS, E. C.; OVALLE-BERÚMEN, F.; GOMEZ-MEZA, M. V. Metabolic control of adults with type 2 diabetes mellitus through education and counseling. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 34, n. 8, p. 344-351, 2006.

GEORGE, J. B. *et al.* **Teorias de Enfermagem: fundamentos à prática profissional**. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

GERALDO, J. M.; ALFENAS, R. C. G.; ALVES, R. D. M.; SALLES, V. F.; QUEIROZ, V. M. V.; BITENCOURT, M. C. B. Intervenção nutricional sobre medidas antropométricas e glicemia de jejum de pacientes diabéticos. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 3, p. 329-340, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M.; TEIXEIRA, C. R. S. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 317-325, 2006.

GLEESON-KREIG, J. Social Support and Physical Activity in type 2 diabetes: a social ecologic approach. **The Diabetes Educator**, v. 34, n. 6, p. 1037-1044, 2008.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 1, p. 18-28, 2003.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, nº. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; SANTOS, C. B.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 390-396, 2009.

GONZÁLEZ, E. M. Lineamientos generales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que residen en lugares para ancianos. **Rev Ann Gerontol**, v. 1, p. 31-43, 1999.

GUIDONI, C. M.; OLIVERA, C. M. X.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. G. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 1, p. 37-48, 2009.

GUIMARÃES, F. P. M.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes *mellitus* tipo 2. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 1, p. 37-44, 2002.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A.(Org) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 706-712.

HAYS, L. M.; CLARK, D. O. Correlates of physical activity in a sample of older adults with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 22, n. 5, p. 706-712, 1999.

HELENO, M. G. V.; ANTONIA, C. Promoção e educação para a saúde: um estudo com pacientes diabéticos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 5, n. 2, p. 189-194, 2004.

HUANG, C.; PERNG, S.; CHEN, H.; LAI, C. The impact of learned resourcefulness on quality of life in type II diabetic patients: a cross-sectional correlational study. **Journal of Nursing Research**, v. 16, n. 4, p. 264-273, 2008.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **International Standards for Diabetes Education**. IDF: 2003, 28 p.

KALACHE, A.; VERAS R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KARDUCK, J.; CHAPMAN-NOVAKOFSKI, K. Improvement in Knowledge, social cognitive Theory variables, and movement through stages of change after a community-based diabetes education program. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 105, n. 10, p. 1613-1616, 2005.

KEERS, J. C.; BLAAUWWIKEL, E. E.; HANJA, M.; BOYMA, J.; SCHOLTEN-JAEQERS, S. M.; SANDERMAN, R.; LINKS, T. P. Diabetes rehabilitation: development and first results of a multidisciplinary Intensive Education Program for patients with prolonged self-management difficulties. **Patient Education and Counseling**, v. 52, p. 151-157, 2004.

KLEIN, S.; SHEARD, F.; PI-SUNYER, X.; DALY, A.; WYLIE-ROSETT, J.; KULKARNI, K. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies. **Diabetes Care**, v. 27, n. 8, p. 2067-2073, 2004.

LAWTON, J.; PEEL, E.; PARRY, O.; DOUGLAS, M. Patients' perceptions and experiences of taking oral glucose-lowering agents: a longitudinal qualitative study. **Diabetic Medicine**, v. 25, p. 491-495, 2008.

LEITE, S. A. O.; BRACARAENSE, C. P.; GUSE, C.; DOROCIANKI, J. G.; TEODOROVICZ, R.; MARTINATTO, J. S.; SILVEIRA, M. C.; NICLEWICZ, E. A. Assessment of the impact of staged diabetes management in a private health system in Curitiba, Brazil. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 50, Suppl 1, p. 54, 2000.

LEITE, S. A. O.; ZANIM, L. M.; GRANZOTTO, P. C. D.; LAMOUNIER, R. N. Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes mellitus tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 52, n. 2, p. 233-242, 2008.

LESSA, I.; MENDONÇA, G. A.; TEIXEIRA, M. T. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, DC, v. 120, n. 5, p. 389-413, 1996.

LEVY, S. N.; SILVA, J. J. C.; CARDOSO, I. F. R.; WERBERICH, P. M.; MOREIRA, L. L. S.; MONTIANI, H. CARNEIRO. R. M. **Educação em saúde**: histórico, conceitos e propostas. Ministério da Saúde, 1997. 29p.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330p.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUTFEY, K. E.; WISHNER, W. J. Beyond “compliance” is “adherence”. **Diabetes Care**, v. 22, p. 635-639, 1999.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 312 p.

MARCOS, M. G.; PERPINYA, D.; MIR, S.; CASELLAS, P.; MELCIÓ, D. Efectividad de un programa de educación grupal estructurada en personas com diabetes mellitus tipo 2. **Enfermería Clínica**, v. 15, n. 3, p. 141-146, 2005.

MAULDON, M.; MELKUS, G. D.; CAGGANELLO, M. Tomando control: a culturally appropriate diabetes education program for Spanish-speaking individuals with type 2 diabetes mellitus – evaluation of a pilot project. **The Diabetes Educator**, v. 32, n. 5, p. 751-760, 2006.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Cluster randomised trials: methodological and ethical considerations. **MRC**, 2002, 15 p.

MENSING, C.; BOUCHER, J.; CYPRESS, M.; WEINGER, K.; MULCAHY, K.; BARTA, P.; HOSEY, W.; LASICHAK, A.; LAMB, B.; MARGAN, M.; NORMAN, J.; TANJA, J.; YAU, L.; WISDOM, K.; ADAMS, C. National Standards for Diabetes Self-Management Education. **Diabetes Care**, v. 28, p. s72-s79, jan. 2005.

MEHTA, R. S.; KARKI, P.; SHARMA, S. K. Risk factors associated health problems, reasons for admission and knowledge profile of diabetes patients admitted in BPKIHS. **International Journal of Diabetes in Developing Countries**, Bombay, v. 25, n. 3, p. 70-74, 2005.

MILLER, S. T.; MAROLEN, K. N.; BEECH, B. M. Perceptions of Physical Activity and Motivational Interviewing Among Rural African American Women with Type II Diabetes. **Womens Health Issues**, v. 20, n. 1, p. 43-49, 2010.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 163-190.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25. edição. Petrópolis: Vozes, 2007. 108 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. edição. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M.; GIMENO, S. G. A.; MONDINI, L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-941, 2010.

MORÁN, M. R.; ROMERO, J. F. G. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. **Salud Pública de México**, v. 39, n. 1, p. 44-47, 1997.

MORETTO, V. P. **Construtivismo: a produção do conhecimento em sala de aula**. Rio de Janeiro: DP& A, 1999.

MULCAHY, K.; MARYNIUK, M.; PEEPLES, M.; PEYROT, M.; TOMKY, D.; WEAVER, T.; YARBOROUGH, P. Diabetes Self-Management Education Core Outcomes Measures. **The Diabetes Educator**, v. 29, n. 5, p. 768-803, 2003.

MUNARI, D. B.; ZAGO, M. M. F. Grupos de apoio / suporte e grupos de auto-ajuda: aspectos conceituais e operacionais, semelhanças e diferenças. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 359-366, 1997.

MUÑOZ, L. A.; PRICE, Y.; GAMBINI, L.; STEFANELLI, M. C. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, p. 77-84, 2003.

MURATA, G. H.; SHAH, J. H.; ADAM, K.D.; WENDEL, C. S.; BOKHARI, S. U.; SOLVAS, P. A. Factors affecting diabetes knowledge in type 2 diabetes veterans. **Diabetologia**, v. 46, p. 1176-1178, 2003.

NAGELKERK, J.; REICK, K.; MEENGS, L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. **Journal of Advanced Nursing**, v. 54, n. 2, p. 151-158, 2006.

NEGRI, C.; BACCHI, E.; MORGANTE, S.; SOAVE, D.; MARQUES, A.; MENGHINI, E.; MUGGEO, M.; BONORA, E.; MOGHETTI, P. Supervised Walking Groups to Increase Physical Activity in Type 2 Diabetic Patients. **Diabetes Care**, v. 33, n. 11, p. 2333-2335, 2010.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa**: o debate orientado como técnica de investigação. São Paulo: UNICAMP. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/com_juv_po27_netto_texto.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2010.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

NORRIS, S. L.; ENGELGAU, M. M.; NARAYAN, K. M. V. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials (Review). **Diabetes Care**, v. 24, p. 561-587, 2001.

ODEGARD, P. S.; GRAY, S. L. Barriers to Medication Adherence in Poorly Controlled Diabetes Mellitus. **The Diabetes Educator**, v. 34, n. 4, p. 692-697, 2008.

OLIVEIRA, J. M. A. M.; OLIVEIRA, M. C. M. **Educação em saúde**: do campanhismo ao saúde da família. In: Congresso Brasileiro de História da Educação, Goiânia – Goiás, 2006. *Anais...* Goiânia, 2006. Extraído de: <<http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe4/individuais-coautorais/eixo05/Joseane%20Maria%20Andrade%20Mouzinho%20de%20Oliveira%20e%20Maria%20Cecilia%20M.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

OLIVEIRA, N. F.; MUNARI, D. B.; BACHION, M. M.; SANTOS, W. S.; SANTOS, Q. R. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 558-565, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de La diabetes mellitus tipo 2**. Organización Panamericana da Saúde: Washington, 2008. 82 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas**. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 2007. 449 p. (Publicação Científica e Técnica, 622).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde/MS, 2003. (Relatório Mundial).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Fortalecimiento del autocuidado como estratégia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Santiago, Chile, 2006. Disponível em: <http://www.biblioteca.cotecnova.edu.co/docentes/magali/cartillas/autocuidado.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2011.

ORTIZ, L. G. C.; CABRIALES, E. C. G.; GONZÁLES, J. G. G.; MEZA, M. V. G. Self-Care Behaviors and Health Indicators in Adults with Type 2 Diabetes. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 675-680, 2010.

OSÓRIO, L. C. **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1986. 358 p.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n. 2, 2008.

OTERO, L. M.; ARRELIAS, C. C. A.; LIMA, Y. C. I.; PENA, F. P. S.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Seguimento de pacientes com diabetes mellitus em serviço de atenção básica: parâmetros clínicos e laboratoriais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 3, p. 423-428, 2010.

PACE, A. E.; MENDES, K. D.; PASSERI, S. M.; FOSS-FREITAS, M. C.; GOMES, L. C.; BERTOLINI, D. B.; SENE, T. R. R. Educação das pessoas com diabetes mellitus em seguimento ambulatorial e no período de internação hospitalar. **Revista Cultura e Extensão USP**, v. 2, p. 63-71, 2009.

PACE, A. E.; OCHOA-VIGO, K.; CALIRI, M. H. L.; FERNANDES, A. P. M. O conhecimento sobre diabetes *mellitus* no processo de autocuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2006.

PAIVA, L. C. F.; COSTA, J. S. D.; JARDIM, V. M. R.; SOARES, M. C.; D'AVILA, A. D. Avaliação da efetividade dos cuidados de saúde nos pacientes com Diabetes Mellitus em uma comunidade de Pelotas, RS: processo e resultado. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul - AMRIGS**, v. 48, n. 1, p. 5-10, jan.mar. 2004.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

PARK, H.; HONG, Y.; LEE, H.; HA, E.; SUNG, Y. Individuals with type 2 diabetes and depressive symptoms exhibited lower adherence with self-care. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 57, p. 978-984, 2004.

PEREIRA, F. R. L.; TORRES, H. C.; CÂNDIDO, N. A.; ALEXANDRE, L. R. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 594-599, 2009.

PÉRES, D. S.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L.; FERRONATO, A. A. Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1105-1112, 2007.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

POLLACK, M. F.; PURAYIADATHIL, F. W.; BOLGE, S. C.; WILLIAMS, S. A. Patient-reported tolerability issues with oral antidiabetic agents: Associations with adherence; treatment satisfaction and health-related quality of life. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 87, p. 204-210, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUFFER, S.; TORGERSON, D. J.; WATSON, J. Cluster randomized controlled trials, **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 11, n. 5, p. 479-483, 2005.

RÊGO, M. A. B.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 60-70, 2006.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. **Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2011. 105 p.

RICKEHEIM, P. L.; TODD, W.; FLADER, J.; KENDALL, D. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. **Diabetes Care**, v. 24, n. 2, p. 269-274, 2002.

ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 17-23, 2009.

ROSSI, V. E. C.; PACE, A. E.; HAYASHIDA, M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Ciência Et Práxis**, v. 2, n. 3, p. 41-46, 2009.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C. FRIAS, P. G. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2001. 196p.

SANTOS, L. M. **Competências dos Profissionais de Saúde nas Práticas Educativas em Diabetes Tipo 2 na Atenção Primária em Saúde**. 2011. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SANTOS, M. A.; PÉRES, D. S.; ZANETTI, M. L.; OTERIO, L. M.; TEIXEIRA, C. R. S. Programa de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 1, p. 57-63, 2009.

SANTOS, M. A.; PÉRES, D. S.; ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M. Grupo operativo como estratégia para atenção integral ao diabético. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 2, p. 242-247, 2007.

SANTOS, E. C. B.; ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M.; SANTOS, M. A. O cuidado à pessoa diabética sob a ótica do paciente e de seu cuidador. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 397-406, 2005.

SARTORELLI, D. S.; FREIRE, R. D.; FERREIRA, S. R.; CARDOSO, M. A. Grupo Estudo em Diabetes em Nipo-Brasileiros de Bauru . Dietary fiber and glucose tolerance status in Japanese-Brazilians. **Diabetes Care**, v. 28, n. 9, p. 2240-2242, 2005.

SARTORELLI, D.; FRANCO, L. J. Tendências do Diabetes Mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, Supl. 1, p. S29-S36, 2003.

SARTORELLI, D. S.; SCIARRA, E. C.; FRANCO, L. J.; CARDOSO, M. A. Primary prevention of type 2 diabetes through nutritional counseling. **Diabetes Care**, v. 27, n. 12, p. 3019, 2004.

SCHIMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças crônicas no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, p. 61-74, 2001. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs-brazilpor4.pdf>. Acesso em: 05 maio 2011.

SCHILLINGER, D. *et al.* Examining the reach of diabetes self-management support strategies in a public health care system. **Health Education & Behavior**, v. 35, p. 664-682, 2007.

SELLIGMAN, H. K.; DAVIS, T. C.; SHILLINGER, D.; WOLF, M. S. Food Insecurity is Associated with Hypoglycemia and Poor Diabetes Self-Management in a Low-Income Sample with Diabetes. **Journal Health Care Poor Underserved**, v. 21, n. 4, p. 1227–1233, 2010.

SELLI, L.; PAPALÉO, L. K.; MENEGHEL, S. N.; TORNEROS, J. Z. Técnicas educacionais en el tratamiento de la diabetes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1366-1372, 2005.

SIDANI, S.; DORAN, D. M.; MITCHELL, P. H. A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 36, n. 1, p. 60-65, 2004.

SIGAL, R. J.; KENNY, G. P.; WASSERMAN, D. H.; CASTANEDA-SCEPPA, C. Physical activity/exercise and type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 27, n. 10, p. 2518-2539, 2004.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 52-57, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SBC; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SBH; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA / SBN. V Brazilian Guidelines in Arterial Hypertension. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24-79, set. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **III Diretrizes Brasileiras sobre dislipidemias e Diretriz de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia**. SBD, 2001. p. 1-48.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SBC; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SBH; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA / SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 10, p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. SBD, 2007, 168 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. SBD, 2008, 108 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes**. SBD, 2006, 144p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Aplicação de Insulina**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/diabetes-multimedia/169-videos-sobre-diabetes/1343-aplicacao-de-insulina>>. Acesso em: 02 jan. 2010.

SONG, H.; HAN, H.; LEE, J.; KIM, J.; KIM, K. B.; NGUYEN, T. KIM, M. T. Translating Current Dietary Guidelines Into a Culturally Tailored Nutrition Education Program for Korean American Immigrants With Type 2 Diabetes. **The Diabetes Educator**, v. 36, n. 5, p. 752-761, 2010.

SONG, M.; KIM, H. Intensive management program to improve glycosylated hemoglobin levels and adherence to diet in patients with type 2 diabetes. **Applied Nursing Research**, v. 22, n. 1, p. 42-47, 2009.

SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 618-627, 2009.

SOUZA, V. D.; ZAUSZNIIEWSKI, J. A.; Toward a theory of diabetes self-care management. **Journal Theory Construction Testing**, v. 9, n. 2, p. 61-67, 2005.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; ARAÚJO, L. R.; PEREIRA, G. A. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 825-830, 2009.

TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L.; PEREIRA, M. C. A. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas com diabetes segundo modelo conceitual de Orem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 385-391, 2009.

TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 812-817, 2006.

TORQUATO, M. T. C. G.; MONTENEGRO, J. R. M.; VIANA, L. A.; SOUZA, R. A.; LANNA, C. M.; LUCAS, J. C.; BIDURIN, C.; FOSS, M. C. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 121, n. 6, p. 224-230, 2003.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.4, p. 1039-1047, 2003.

TORRES, H. C. **Avaliação de um programa educativo para controle de diabetes mellitus tipo 2 em Belo Horizonte, MG**. 115p. Tese - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, São Paulo, 2004.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e Atitude (ATT-19) de Diabetes *Mellitus*. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005.

TORRES, H. C.; FRANCO, L. J.; STRADIOTO, M. A.; HORTALE, V. A.; SHALL, V. T. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 291-298, 2009.

TORRES, H. C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 1, p. 89-93, 2011.

TORRES, H. C.; AMARAL, M. A.; AMORIM, M. M.; CYRINO, A. P.; BODSTEIN, R. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 751-756, 2010.

TORRES, H. C.; PACE, A. E.; STRADIOTO, M. A. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 48-54, 2010.

TRENTO, M.; PASSERA, P.; BORGIO, E.; TOMALINO, M.; BAJARDI, M.; CAVALLO, F.; PORTA, M. A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. **Diabetes Care**, v. 27, n. 3, p. 670-675, 2004.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP) – Departamento de Nutrição. Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações. **Guia para realização do exame de antropometria**. Pesquisa Nacional Demografia e Saúde, 2006, 16 p.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e Pesquisa-Ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: **GONÇALVES (org). Educação e grupos populares: temas (re) correntes**. Campinas: Editora Alínea, 2002. p. 99-116.

VASCONCELOS, E. M. A educação popular na atenção primária à saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 3, p. 344-345, 2008.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, sup. 1, p. S173-S183, 2008.

VINCZE, G.; BARNER, J. C. Factors associated with adherence to self-monitoring of blood glucose among persons with diabetes. **The Diabetes Educator**, v. 30, n. 1, p. 112-125, 2004.

XU, Y.; TOOBERT, D.; SAVAGE, D.; PAN, W.; WHITMER, K. Factors influencing diabetes self-management in chinese people with type 2 diabetes. **Research in Nursing & Health**, v. 31, n. 6, p. 613-625, 2008.

WAITZFELDER, B.; GERZOFF, R. B.; KARTER, A. J.; CRYSTAL, S.; BAIR, M. J.; ETTNER, S. L.; BROWN, A. F.; SUBRAMANIAN, U.; LU, S. E.; MARRERO, D.; HERMAN, W. H.; SELBY, J. V.; DUDLEY, R. A. Correlates of depression among people with diabetes: The Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD) study. **Primary Care Diabetes**, v. 4, n. 4, p. 215-222, 2010.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Avaliação participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafios e oportunidades. **Téc. Senac: a R. Educ. Prof.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, 2009.

WISSE, W.; TOOKHUIZEN, M. B.; KRUIF, M. D.; ROSSUM, J. V.; JORDANS, I.; CATE, H. T.; LOON, L. J. C. V.; MEESTERS, E. W. Prescription of physical activity is not sufficient to change sedentary behavior and improve glycemic control in type 2 diabetes patients. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 88, p. e-10-e13, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: World Health Organization, 1995. 36 p. (Technical Report Series, 854).

WOOD-LOBIONDO, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001. 330 p.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M.; BIAGGI, M. V.; SANTOS, M. A.; PERES, D. S.; GUIMARÃES, F. P. M. Satisfacción del diabético em seguimiento em um programa de educación em diabetes. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 15, n. 4, 2007.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 244 p.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1997, 424 p.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de lhe convidar para participar da pesquisa intitulada “Avaliação da educação em grupos operativos com usuários diabéticos tipo 2 em Unidades Básicas de Saúde – Belo Horizonte – MG.” que será desenvolvida, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Heloísa de Carvalho Torres, pela enfermeira Gisele de Lacerda Chaves Vieira. Este estudo tem o objetivo geral de avaliar os efeitos da educação em grupos operativos com usuários com diabetes tipo 2 em relação aos conhecimentos e às práticas de autocuidado associado ao exercício físico e ao plano alimentar.

Conhecer o que você sabe e o que você faz para cuidar de si no dia-dia, bem como identificar suas dificuldades para a realização das práticas de autocuidado poderá ajudar os profissionais de saúde a desenvolver atividades educativas mais condizentes com a realidade e mais efetivas à medida que trabalharão as necessidades por vocês apresentadas. Caso aceite participar da pesquisa você terá que comparecer em nove encontros com a equipe multiprofissional durante o período de seis meses. Serão aplicados também, instrumentos de avaliação após a realização dos grupos. Estes instrumentos serão respondidos em grupo e individualmente, em local e dia previamente agendado. Informo que a sua participação na pesquisa não acarretará riscos, desconfortos e despesas. Também, solicito o seu consentimento para que os dados sejam apresentados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas.

A sua participação ou não na pesquisa não trará prejuízo a você no atendimento nesta unidade.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, C.I _____, concordo em participar da pesquisa “Avaliação da educação em grupos operativos com usuários diabéticos tipo 2 em Unidades Básicas de Saúde – Belo Horizonte – MG”, ciente de seus objetivos e finalidades, da garantia de meu anonimato, sem gastos da minha parte, além de saber que posso interromper minha participação ou desistir da pesquisa, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para meu acompanhamento no serviço de saúde.

Belo Horizonte, ____ de _____, 201__.

Nome Legível do usuário: _____

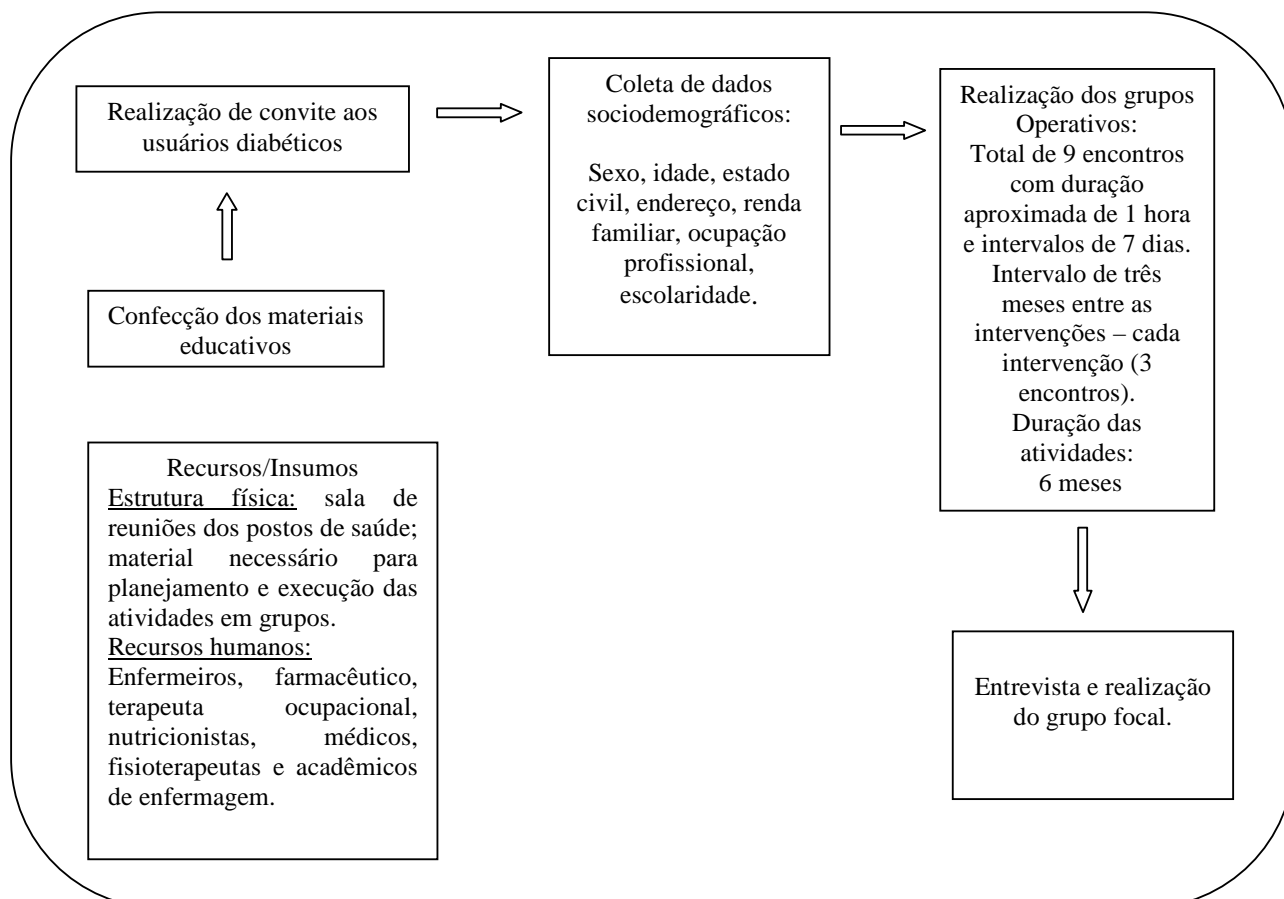
Assinatura: usuário

Assinatura: Pesquisador

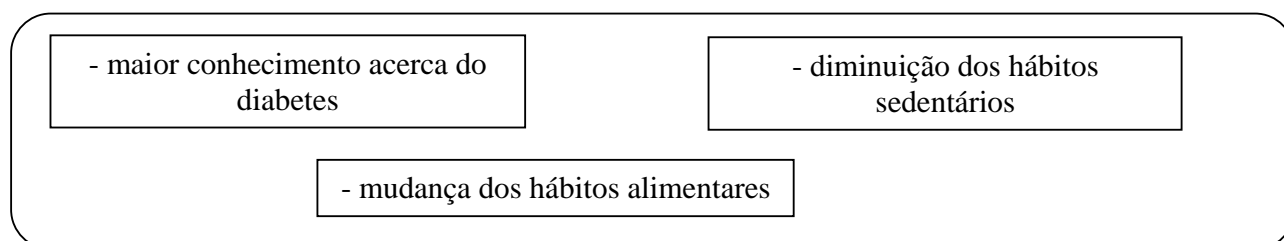
Qualquer dúvida para esclarecimentos entrar em contato com Heloísa de Carvalho Torres na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenadora do Projeto pelo telefone (31) 3409-9845 ou pelo email heloisa@enf.ufmg.br. Endereço: Escola de enfermagem – UFMG. Av. Alfredo Balena, 5º andar, sala 520, Santa Efigênia. BH - MG

APÊNDICE B – MODELO TEÓRICO-LÓGICO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM DIABETES

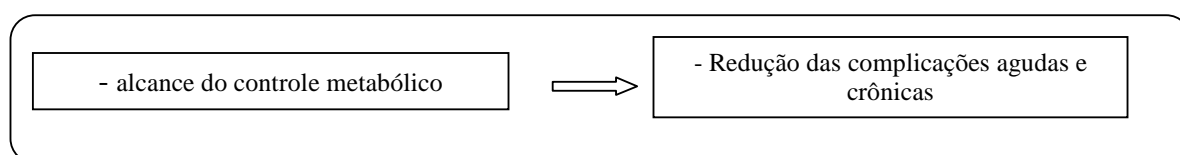
Atividades/Processo



Produtos



Resultado e Impacto



APÊNDICE C – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Iniciais: _____

1) Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

2) Idade - Anos completos _____

3) Estado Civil:

1. Solteiro
2. Casado/amasiado
3. Viúvo
4. Desquitado ou divorciado
5. Outro

4) Escolaridade:

1. Analfabeto
2. Nível primário
3. Nível fundamental incompleto
4. Nível fundamental completo
5. Ensino médio completo
6. Ensino médio incompleto
7. Ensino superior

5) Ocupação:

1. Trabalhador formal
2. Aposentado
3. Do lar
4. Autônomo
5. Desempregado
6. Outro

6) Renda familiar (salários mínimos): _____

7) Tempo de duração da doença (anos): _____

APÊNDICE D – ROTEIRO DIAGNÓSTICO DOS CONHECIMENTOS E AÇÕES DE AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM DM TIPO 2

1. O senhor (a) percebeu alguma mudança no conhecimento sobre a doença, no cuidado consigo mesmo?
2. Como o senhor (a) percebeu a relação entre o senhor e o profissional no processo educativo?
3. Na opinião do senhor (a), o programa educativo tem ajudado o senhor a melhorar comportamento em relação à adesão a dieta e exercício físico?
4. Como o programa educativo tem ajudado o senhor (a) no tratamento da doença em relação a aderir à dieta e exercício físico?
5. Como a participação do senhor nos grupos tem contribuído para ajudar no manejo do autocuidado?
6. Quais são as facilidades e as barreiras que o senhor (a) acha que existem para a realização do exercício físico e para o hábito de ter uma alimentação saudável?
7. Dê sua opinião sobre as atividades educativas em grupos.

**APÊNDICE E – AVALIAÇÃO GERAL DOS USUÁRIOS ACERCA DOS GRUPOS
OPERATIVOS**

1- Como você avalia o conteúdo apresentado?

Ótimo Muito bom Bom Razoável Ruim

2- As dinâmicas de exposição dos temas foram:

Ótimo Muito bom Bom Razoável Ruim

3- O material educativo utilizado nos grupos foi:

Ótimo Muito bom Bom Razoável Ruim

4- O tempo gasto na apresentação e discussão dos conteúdos foi:

Ótimo Muito bom Bom Razoável Ruim

5- Você sentiu satisfeito em participar do grupo?

Sim Não

6- Depoimentos com uma pergunta sobre:

a. O que representou para o senhor participar dos grupos?

b. Quais os pontos que o senhor achou importante para o manejo da dieta e do exercício físico nos grupos?

7- O senhor quer fazer algum comentário sobre os grupos?

APÊNDICE F – DINÂMICAS E JOGOS

Quadro 2 Técnicas Facilitadoras Utilizadas

<p>FISIOPATOLOGIA</p> <p><i>Primeiro Ciclo:</i></p> <p>- Aquecimento:</p> <p>Dinâmica do “coração partido”</p> <p>- Desenvolvimento: Uso de um boneco para ilustrar o corpo humano e figuras.</p> <p><i>Segundo Ciclo:</i> Apresentação de um vídeo</p> <p><i>Terceiro Ciclo:</i> Teatro</p>
<p style="text-align: center;">NUTRIÇÃO</p> <p><i>Primeiro Ciclo</i></p> <p>- apresentação da pirâmide alimentar: fotografias e recortes de revistas</p> <p><i>Segundo Ciclo:</i> Jogo: “bingo da alimentação”</p> <p><i>Terceiro Ciclo:</i> Jogo “bomba da nutrição”</p>
<p style="text-align: center;">EXERCÍCIO FÍSICO</p> <p>Início das atividades com alongamento</p> <p><i>Primeiro ciclo:</i> Jogo das figuras</p> <p><i>Segundo Ciclo:</i> Jogo do “sim, não e porquê”</p> <p><i>Terceiro Ciclo:</i> Dança</p>

a - Coração Partido

Objetivos: promover o conhecimento entre os integrantes dos grupos e promover a integração dos usuários.

Duração: aproximadamente 10 minutos.

Material: cartolinas vermelhas

Peças: corações cortados ao meio de forma aleatória.

Procedimentos:

- Orientar os usuários a sentarem em círculo.
- Distribuir as peças de forma aleatória aos usuários.
- Orientar os usuários a buscarem a sua outra metade do coração.
- Quando as duplas se encontrarem, cada um terá a missão de apresentar a história do outro e de conhecer melhor seu parceiro.
- A dinâmica termina quando todas as apresentações forem feitas.

b - Bingo da alimentação

Objetivos: discutir sobre alimentação saudável.

Duração: aproximadamente 30 minutos.

Material: figuras de alimentos e cartolina.

Peças do jogo: feijões e cartelas de bingo.

Procedimentos:

Distribuir duas cartelas aleatoriamente para cada usuário. Cada figura da cartela terá uma figura correspondente a ser sorteada. À medida que as figuras são sorteadas aproveita-se para discutir sobre o grupo de alimentos ao qual corresponde a figura, benefícios e cuidados com o alimento sorteado. O jogo termina quando o primeiro jogador preencher toda a cartela.

c - Jogo das figuras

Objetivo: introduzir o tema sobre exercícios físicos e favorecer a discussão entre os usuários.

Duração: aproximadamente 30 minutos.

Material: figuras de revistas, fotos sobre o tema.

Procedimentos:

Orientar os usuários a assentar em círculo. Em cima de uma mesa espalham-se figuras que tratem sobre exercício físico. Orientar os usuários a se organizarem em duplas. Orientar cada dupla a pegar duas figuras da mesa, uma que julgar ser uma conduta correta e outra que julgar errada. Pedir aos usuários que discutam sobre a figura. Cada dupla deverá externar o que pensam a respeito do que foi discutido sobre as figuras.

d – Jogo do “SIM, NÃO E POR QUE”.

Objetivo: esclarecer dúvidas sobre o tema, promover a discussão e a construção do conhecimento.

Duração: aproximadamente 35 minutos.

Material: dado colorido, som portátil, caixa pequena, cartolina.

A cartolina será cortada em fichas onde serão escritas as perguntas.

Procedimentos:

Orientar os usuários a assentar em círculo. Explicar a brincadeira aos usuários. Fazer a brincadeira do tipo “batata quente” com o dado. O usuário que estiver com o dado na mão quando a música parar deverá jogar o dado no chão. A cor que cair para cima corresponderá à cor da próxima pergunta. O usuário deverá responder se a afirmação é verdadeira ou não e explicar por que.

e - Teatro da Fisiopatologia

Objetivo: introduzir o tema para promover a discussão do assunto.

Narrador: Hoje nós vamos receber a visita do seu José e da dona Maria. O seu José acabou de descobrir que ficou diabético e está cheio de dúvidas e a Dona Maria o

trouxe no grupo hoje para ajudar ele a aprender um pouco mais sobre o diabetes. O seu José está doido para que vocês contem para ele tudo o que sabem.

[Seu José e Dona Maria se apresentam.]

Seu José: Dona Maria, você poderia me falar o que é o diabetes afinal. Dizem que tá relacionado à insulina, é verdade?

Dona Maria: Ah, eu sei que é porque agente fica com muito açúcar no sangue. O restante, acho que vamos ter que perguntar para a enfermeira ou para as outras pessoas do grupo.

Enfermeira: Olha, a insulina, tira o açúcar do sangue e faz com que nosso corpo aproveite esse açúcar para produzir energia. Existem dois tipos de diabetes, um do tipo 1 e o do tipo 2.

Seu José: Vocês podem me explicar um pouco do que é o diabetes? Contem-me tudo e não me escondam nada.

Seu José: Outra pergunta que eu tenho é.....é.....quando eu sei que a minha diabetes tá descontrolada? Alguém sabe como eu posso saber isso?

Dona Maria: Eu sei que o açúcar fica alto no sangue, daí eu começo a ir no banheiro e fazer xixi toda hora, fico com muita sede e as minhas vistas ficam embaralhadas. Tem o exame de glicose que a gente pode usar para medir o quanto nosso sangue tá doce.

Seu José: O que eu posso fazer para controlar o diabetes?

Enfermeira: Seu José, você terá que tomar os remédios do jeito que o médico receitou, além disso, será preciso começar a se alimentar direito, cuidar de seu corpo e fazer atividades físicas se o médico liberar, é claro... Vocês sabiam que diminuir o peso ajuda a baixar a glicose no sangue?

Dona Maria: É verdade que se eu cuidar bem da minha saúde vou estar evitando um tantão de doenças?

Seu José: Isso eu sei..... EU SEI !!!!! A glicose alta pode prejudicar os nossos rins, nossas veias, nosso coração e até nossa visão. Eu vi isso numa reportagem. Lá perto da minha casa, tinha uma senhora que também tinha diabetes, ela já não estava enxergando direito. Mas também vivia entupida no doce. Se ela se cuidasse não estaria desse jeito.

Seu José: Agora tem uma coisa que não entendo. De vez em quando eu começo a suar frio, sinto fraqueza e até parece que vou desmaiar, minha vista fica até escura. Alguém sabe o que é isso?

Dona Maria: Isso se chama hipoglicemia.

Seu José: Hipo o quê?

Dona Maria: Hipoglicemia. É quando a glicose (o açúcar) da gente cai muito, daí ficamos sem energia. Sei que quando agente sente isso, tem que comer algo doce e rápido, porque senão podemos até desmaiar. Por isso eu ando sempre com uma balinha no bolso.

Enfermeira: Deixa eu explicar para vocês, isso só acontece quando ficamos muito tempo sem comer. Ou também quando tomamos o remédio para controlar a glicose e não comemos direito. Se tomar insulina e não comer, a glicose abaixa, se tomar comprimido e não comer, a glicose também abaixa. Outra coisa, tem gente que tem mania de tomar remédio por conta própria e acaba tomando mais do que é preciso, isso também causa a hipoglicemia.

Seu José: Deixa eu ver se entendi. O diabetes é quando a açúcar tá muito alto no sangue. O tratamento consiste em tomar remédio, ter uma alimentação saudável, cuidar do meu corpo e medir minha glicose.

Dona Maria: É mais ou menos isso...

Enfermeira: Faltou falar uma coisa. Sobre insulina. Quais são os tipos principais que existem? Elas possuem diferenças? Quando alguém usa insulina o que deve fazer para conservá-la?

Seu José: Ah isso eu sei.... Tem a insulina de ação rápida e a que demora mais tempo pra fazer efeito. Uma é transparente e a outra parece com leite desnatado.

Dona Maria: Me falaram que para eu cuidar bem da insulina, eu tenho que colocá-la na geladeira. Sei que não posso colocar ela na porta e nem perto do congelador.

Enfermeira: Mas vocês tão muito afiados... É isso mesmo, e a insulina deve ser guardada na primeira prateleira da geladeira, perto da gaveta de legumes. Além disso, depois que ela for aberta ela vale por 30 dias.

Enfermeira: Mas agora eu duvido que vocês vão saber qual é o valor normal da glicose (açúcar) no sangue!!!!

Seu José: 500

Dona Maria: Não, é 250.....

Enfermeira: Alguém sabe me dizer qual é o valor normal? E para quem é diabético, alguém sabe quanto que a glicose deve ficar?

Seu José: Nossa estou até tonto com tanta coisa que aprendi aqui hoje. Mas quero continuar aprendendo.

Dona Maria: Não te falei que participar dos grupos é muito bom. Ainda mais com esse tanto de colega que vem e que pode ajudar a gente.

Seu José: Até semana que vem Dona Maria.

Dona Maria: Tchau, Seu José.

f – jogo “Bomba da Nutrição”

Objetivo: Discutir questões relacionadas ao hábito alimentar.

Duração: aproximadamente 35 minutos.

Material: CD com música, som, bola, perguntas.

Procedimentos:

Pedir aos usuários que se assentem em círculo. Explicar que eles devem passar a bola enquanto a música tocar. Quando a música parar, quem estiver com a bola na mão deverá responder a uma pergunta, porém a cada pergunta deverá ser estimulada a participação de todos os usuários, para que os mesmos expressem suas opiniões.

Foram realizadas as perguntas ou afirmações apresentadas abaixo:

- 1- Pessoas com diabetes não podem comer beterraba.
- 2- Frutas como banana, manga e caqui aumentam muito o açúcar no sangue, por isso elas deveriam ser excluídas da alimentação.
- 3- Alimentos com fibras como frutas, legumes, grãos em geral e feijões podem ser consumidos diariamente.
- 4- Fruta faz bem à saúde, por isso pode comer fruta à vontade.
- 5- O mel é eficaz no tratamento do diabetes.
- 6- A ingestão de bebida alcoólica aumenta a quantidade de açúcar no sangue.
- 7- Produtos *diet* são feitos para diabéticos e podem ser consumidos à vontade.
- 8- O açúcar deve ser reduzido ou substituído por adoçante.
- 9- Para diminuir o carboidrato do arroz, basta lavá-lo continuamente.

- 10- Leite, iogurte e queijos desnatados e de baixa caloria devem fazer parte da alimentação.
- 11- Utilizar adoçantes artificiais ajuda a perder peso e controlar a glicemia.
- 12- As fibras solúveis ajudam no controle na glicemia porque diminui a digestão e absorção de glicose.
- 13- Devo fazer 6 refeições diárias.
- 14- O diabético não pode comer nada que nasce debaixo da terra.
- 15- A dieta para um diabético é muito restrita e diferente.
- 16- Cite 3 alimentos ricos em fibras.
- 17- Para o diabético é melhor comer muita quantidade poucas vezes ao dia do que pouca quantidade várias vezes ao dia.
- 18- Se o diabético deseja almoçar e tem as seguintes opções: Macarrão, Arroz, Angu, Polenta, o que ele deve fazer?
- 19- Consumir álcool não faz mal à pessoa diabética.
- 20- – É melhor consumir queijos brancos e leite desnatado porque têm menos gordura.
- 21- Dê uma sugestão para diminuir o consumo de sal.
- 22- O diabético pode consumir frutas à vontade?
- 23- Manter o peso adequado é uma medida que auxilia o controle do diabetes.
- 24- O que fazer para evitar hipoglicemia?
- 25- Eu não quero comer pão de manhã. Diga um alimento que eu possa comer para substituir o pão.
- 26- Qual a diferença entre *diet* e *light*?
- 27- De quantas em quantas horas devo me alimentar?
- 28- Dê um exemplo de um lanche saudável no intervalo entre o café da manhã e o almoço.
- 29- Se você está na rua, e não trouxe um lanche na bolsa, o que você compraria numa lanchonete?
- 30- Estou com vontade de comer macarrão no almoço. O que eu devo fazer?
- 31- Por que é importante comer carboidratos (massas, pães, arroz, batatas, etc)?
- 32- Por que é importante comer feijão?
- 33- Cite 1 passo para alimentação saudável para os Diabéticos e 1 exemplo de como segui-lo.

g – Dança Desengonçada

Objetivo: aquecimento e introdução do tema.

Desengonçada

Bia Bedran

(refrão)

Vem dançar, requebrar

Vem fazer o corpo se mexer e
Acordar

É a mão direita, mão direita, mão
Direita agora,
A mão direita, que eu vou acordar.
É a mão esquerda, a mão esquerda,
A mão esquerda agora
As duas juntas que eu vou acordar

(refrão)

É o ombro direito, é o ombro direito,
É o ombro que eu vou acordar.
É o ombro esquerdo, é o ombro
Esquerdo
Os dois juntos que eu vou acordar

(refrão)

É o cotovelo direito, é o cotovelo
Direito
É o cotovelo que eu vou acordar
É o cotovelo esquerdo, é o cotovelo
Esquerdo
Os dois juntos que eu vou acordar

(refrão)

É o braço direito, é o braço direito
É o braço que eu vou acordar
É o braço esquerdo, é o braço
Esquerdo
Os dois juntos que eu vou acordar

(refrão)

É o joelho direito, é o joelho direito
É o joelho que eu vou acordar
É o joelho esquerdo, é o joelho
Esquerdo,
Os dois juntos que eu vou acordar

(refrão)

É o pé direito, é o pé direito, é o
Pé direito agora
É o pé direito, que eu vou acordar
É o pé esquerdo, é o pé esquerdo
É o pé esquerdo agora
Os dois juntos que eu vou
Acordar

(refrão)

É a cabeça, os ombros, as mãos,
Cotovelos e braços
Que eu vou acordar
A cintura, a barriga, o bumbum,
Os joelhos
Tudo junto que eu vou acordar

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Protocolo de aprovação



Prefeitura Municipal de
Belo Horizonte



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Parecer: 0024.0.410.203-09Ad2A

CAAE: 0024.0.410.203-09

Projeto: "Avaliação do modelo de ações educativas em diabetes mellitus tipo 2 nas unidades de atenção primária à saúde."

Pesquisador responsável: Heloisa de Carvalho Torres

Instituição responsável: Escola de Enfermagem da UFMG

Local da Pesquisa: Residências terapêuticas e CERSAM - SMSA- BH

Objetivos

Avaliar as ações de promoção e prevenção em Diabetes nas unidades de atenção primária à saúde.

Avaliar os resultados da capacitação dos profissionais de saúde.

Identificar e compreender as principais competências que o enfermeiro deve desenvolver para a efetividade da prática Educativa em Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte – MG

Sumário do Projeto

Avaliar as ações de promoção e prevenção em diabetes nas unidades de Atenção primária à saúde por meio da triangulação de métodos envolvendo a abordagem quantitativa experimental dentro do modelo de grupos controle e experimental e abordagem qualitativa de investigação participante e de investigação ação. A população do estudo será composta de usuários cujo diagnóstico é Diabetes Mellitus Tipo 2. A coleta de dados será por meio de questionários, grupos focais e a observação participante e a interpretação das informações será por análise estatística.

A pesquisadora propôs adendo ao projeto de pesquisa incluindo Gisele de Lacerda Chaves Vieira como pesquisadora e acrescentando o seguinte objetivo:

- Avaliar a efetividade das práticas educativas realizadas através de grupos sobre o controle metabólico do diabetes e comportamentos de autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte - MG.

A pesquisadora seguirá a metodologia apresentada originalmente, não havendo acréscimo ou modificação no proposto para coleta e análise de dados.

Parecer:

O adendo ao projeto acima referido foi apreciado pelo CEP tendo sido aprovado.

Ressalta-se que a pesquisadora deve apresentar relatórios anuais do andamento da pesquisa e relatório final quando da conclusão da mesma.

Rosiene Freitas

Rosiene Maria de Freitas
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 27 de janeiro de 2011.

Rosiene Maria de Freitas - RM: 34315-7
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa