

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES: DISCUTINDO O CONHECIMENTO E  
AUTOCUIDADO DE INDIVÍDUOS DIABÉTICOS PARTICIPANTES/NÃO DE  
PROGRAMAS DE SAÚDE.**

Fernanda Dillenburg da Costa<sup>1</sup>, Juliane Vilela Salomão<sup>2</sup>, Monaliza Araújo dos Santos<sup>1</sup>,  
Ronaldo Adriano Silva de Almeida<sup>2</sup>, Potira Silva Oliveira<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Graduanda. 7º semestre de Enfermagem. Faculdade São Francisco de Barreiras – FASB.

<sup>2</sup> Enfermeira, Docente. FASB.

**Artigo de Revisão.**

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES: DISCUTINDO O CONHECIMENTO E AUTOCUIDADO DE INDIVÍDUOS DIABÉTICOS PARTICIPANTES/NÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE.**

Fernanda Dillenburg da Costa<sup>1</sup>, Juliane Vilela Salomão<sup>2</sup>, Monaliza Araújo dos Santos<sup>1</sup>, Ronaldo Adriano Silva de Almeida<sup>2</sup>, Potira Silva Oliveira<sup>1</sup>.

**RESUMO:** O Diabete mellitus (DM) é considerado um dos mais importantes problemas de Saúde Pública, tanto pelo número de pessoas afetadas, quanto pelas incapacitações e mortalidade prematura que pode acarretar. Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi analisar o conhecimento dos indivíduos com diabetes que participam ou não de programas de saúde. O presente estudo trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica de artigos publicados entre os anos de 2006 a 2011. Foram analisados 12 artigos, sendo observada a predominância de DM tipo II (66,5%) em mulheres (83%) do lar (45%) com idade entre 50 e 60 anos (74,5%), com ensino fundamental incompleto (33%). De toda a amostra 66,5% participavam de Programas de Educação em Saúde, sendo que 50% destes obtiveram conhecimento satisfatório após intervenção educativa, contrapondo com 50% da amostra que demonstrou baixa adesão a dieta e 41% baixa adesão ao tratamento medicamentoso e exercícios físicos. Conclui-se que são necessárias diversas adaptações para uma maior eficácia dos programas, como mudanças pedagógicas e até mesmo de interação da tríade equipe-família-diabético.

Palavras-chave: Programas de Educação em Saúde; *Diabetes mellitus*; Intervenção Educativa.

---

<sup>1</sup> Graduanda. 7º semestre de Enfermagem. Faculdade São Francisco de Barreiras – FASB.

<sup>2</sup> Enfermeira, Docente. FASB.

## INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM), é um grupo de alterações metabólicas caracterizadas por estado hiperglicêmico e disfunção dos níveis de insulina. Tornou-se um dos principais problemas de saúde pública, passando a ser visto como um transtorno crônico de tangência mundial, trazendo um impacto negativo para a sociedade <sup>(1-4)</sup>. Os índices elevados se devem em grande parte ao estilo de vida sedentário e à ingestão de dietas hipercalóricas, que contribuem significativamente para o surgimento da doença e suas complicações <sup>(5)</sup>.

Na esfera mundial o DM encontra-se entre as doenças crônicas com maiores índices de mortalidade, ocupando o quarto lugar, com maior incidência nos países desenvolvidos <sup>(3,6)</sup>. No ano de 2002, foi responsável por 1,7% da mortalidade geral, o que equivale a 987.000 mortes em todo o mundo <sup>(5)</sup>. No ano de 2007, atingiu cerca de 7% da população total, gerando estimativas de que até 2025 o número de indivíduos diabéticos subirá de 120 milhões para 300 milhões, sendo que a faixa etária de maior prevalência será igual ou superior a 40 anos <sup>(3, 6)</sup>.

O conhecimento sobre DM pode influenciar diretamente no processo de autocuidado do paciente <sup>(2, 7)</sup>, uma série de ações cautelosas desenvolvidas a fim de garantir a execução de atitudes para si mesmo, visando manutenção da vida, saúde e bem estar, uma vez que o mesmo conota a compreensão das necessidades do próprio corpo e mente <sup>(8)</sup>.

Entretanto, a falta deste autocuidado por parte dos diabéticos, além de dificultar o controle real da doença, têm frustrado constantemente os profissionais da saúde. Assim, a educação de portadores de DM é tida como uma forma indispensável de intervenção terapêutica <sup>(9)</sup>.

Outrossim, a educação em saúde é o processo de ensinamento do usuário acerca da administração da sua doença; possui por objetivos melhorar o conhecimento e motivar o indivíduo para o desenvolvimento de habilidades que transformem seus hábitos, com a finalidade de aprimorar as técnicas do autocuidado <sup>(2, 3, 4, 10)</sup>. Dessa forma, a intervenção educativa é um caminho importante para alcançar o tratamento terapêutico, caracteriza-se pela dificuldade e vem sendo continuamente valorizada, já que é imprescindível para o auxílio no manejo de doenças crônicas <sup>(3, 11)</sup>.

Além disso, os programas de educação tem se mostrado uma ferramenta valiosa para a vigilância da doença, uma vez que o controle intensivo do diabetes protela as complicações agudas e crônicas advindas da doença <sup>(12)</sup>. Logo, é importante que tais programas considerem as características da população aos quais estão dirigidos, considerando a idade, grau cognitivo, habilidades, limitações, disponibilidade e interesses <sup>(13)</sup>. Ter acesso à informação é imprescindível, entretanto, transformar o conhecimento em prática é uma tarefa árdua.

O interesse pelo desenvolvimento desta pesquisa se dá pelo fato da doença ser considerada um dos mais importantes problemas de Saúde Pública, tanto pelo número de pessoas afetadas, quanto pelas incapacitações e mortalidade prematura que pode acarretar. Assim sendo, optou-se por realizar o presente estudo tendo como pergunta norteadora: Qual o impacto dos Programas de Educação em Saúde no autocuidado e conhecimento dos indivíduos diabéticos?

A partir desta indagação, esta pesquisa teve como objetivo realizar um levantamento bibliográfico, analisando o conhecimento dos indivíduos portadores de *Diabete mellitus* que participam ou não de Programas de Educação em Saúde. Posto isto, buscar-se-á apresentar através da literatura informações epidemiológicas e socioeconômicas que possam interferir na percepção sobre a doença; avaliar de que forma os Programas de Saúde, por meio das intervenções educativas influenciam no conhecimento e autocuidado dos indivíduos diabéticos; discutir o conhecimento adquirido após intervenção do Programa de Saúde; descrever o autocuidado no que tange à dieta, exercícios físicos e terapia medicamentosa.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica do tipo revisão integrativa que consiste em um método de pesquisa mais amplo por permitir

incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Este método tem como principal finalidade reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão, a partir dos resultados evidenciados em cada estudo, mas que investiguem problemas idênticos ou similares <sup>(14: 435)</sup>.

Metodologicamente, foram seguidas seis etapas que correspondem a: 1ª) Estabelecimento de hipóteses ou questões de pesquisa, 2ª) Determinação da amostragem ou busca na literatura, 3ª) Categorização dos estudos, 4ª) Avaliação dos estudos incluídos na revisão, 5ª) Interpretação dos resultados e 6ª) Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.

Assim, inicialmente foram estabelecidos os objetivos e a questão norteadora da pesquisa, descritos na introdução deste estudo. Em seguida, partiu-se para a determinação da amostragem a partir da busca de trabalhos publicados nas bases de dados on-line BIREME, SciELO, MEDLINE e LILACS, mediante o uso dos descritores “Diabetes Mellitus”, “Educação”, “Promoção da Saúde”, “Programas de Saúde” e “Autocuidado”, e de três critérios de inclusão: artigos científicos publicados entre os anos de 2006 a 2011, estudos escritos no idioma português, e artigos com texto completo. Desse modo, foram encontrados 47 artigos, que versavam sobre o tema em estudo. Após a captura destes trabalhos científicos, fora feito ainda um refinamento dessa busca mediante leitura de todo o texto, tendo sido excluídos 28 artigos por não serem considerados relevantes para o estudo, restando, portanto, apenas 19 artigos, sendo que destes 12 foram utilizados para tabulação e formulação dos dados compostos nas tabelas, e o restante serviu como embasamento teórico para fundamentação da discussão.

Em seguida, os estudos selecionados foram lidos e analisados cuidadosamente, com vistas à extração, organização e sumarização das informações, sendo em seguida feita uma análise crítica e estatística dos mesmos, o que permitiu a evolução para a quinta etapa, que é a interpretação dos resultados, apresentada no item a seguir. Por se tratar de um artigo de revisão, não houve necessidade de submissão do presente estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## **RESULTADOS**

Caracterização da população do estudo, segundo variáveis epidemiológicas e socioeconômicas.

Foram analisados 12 artigos publicados entre os anos de 2006 a 2011, sendo observada a predominância do *Diabetes mellitus* tipo II (08/12 – 66,5%), sexo feminino (10/12 – 83%), com ocupação “do lar” (5/12 – 45%), mediana de 50 anos (4/12 – 33,5%), sendo a escolaridade predominante o Ensino Fundamental Incompleto (4/12 – 33%). Quanto ao estado civil, 4/12 (33,5%) eram casados, com renda mensal de até três salários mínimos (5/12 – 41,5%), cabendo aqui ressaltar que estes últimos caracteres não foram apontados em 58% (7/12) e 50% (6/12), respectivamente, dos estudos utilizados como referência (Tabela 1).

**Tabela 1 – Caracterização epidemiológica e socioeconômica dos indivíduos diabéticos participantes/não de programas de saúde no período de 2006 a 2011.**

<b>TIPO DE <i>Diabetes Mellitus</i></b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Tipo I	1	8,5%
Tipo II	8	66,5%
Tipos I e II	1	8,5%
Dado não disponível	2	16,5%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>
<b>SEXO</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Feminino	10	83%
Masculino	1	8,5%
Dado não disponível	1	8,5%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>
<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Do lar	5	41,5%
Aposentado/pensionista	4	33,5%
Dado não disponível	3	25%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
30 - 40 anos	2	17%
50 anos	4	33,5%
60 anos	5	41%
Dado não disponível	1	8,5%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Alfabetizados	3	25%
Ensino Fundamental Completo	3	25%
Ensino Fundamental Incompleto	4	33%
Ensino Médio Completo	1	8,5%
Dado não disponível	1	8,5%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Viúvo	1	8,5%
Casado	4	33,5%
Dado não disponível	7	58%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>
<b>RENDA MENSAL</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Até 3 salários mínimos	5	41,5%
Até 5 salários mínimos	1	8,5%
Dado não disponível	6	50%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Avaliação das intervenções educativas de acordo com a taxa de participação/não dos diabéticos em Programas de Saúde.

Já em relação aos programas educativos, 8/12 (66,5%) dos artigos afirmaram a participação dos diabéticos nesses grupos (Tabela 2).

**Tabela 2 – Taxa de participação/não dos diabéticos em programas de saúde no período de 2006 a 2011.**

<b>PARTICIPANTE EDUCATIVO</b>	<b>DE PROG.</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Sim		8	66,5%
Não		1	8,5%
Dado não disponível		3	25%
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100%</b>

Conhecimento adquirido após intervenção dos programas de saúde.

Em relação ao conhecimento adquirido pelos pacientes diabéticos após a intervenção educativa dos programas de saúde, é destacável o número de artigos que tratam dessa perspectiva (8/12 – 66,7%), sendo que o conhecimento satisfatório caracterizado pelos participantes dos grupos atingiu 50% (4/8) da amostra (Tabela 3).

**Tabela 3 – Avaliação do conhecimento adquirido pelos diabéticos após intervenção dos programas de saúde no período de 2006 a 2011.**

\*Dos artigos disponíveis para análise, 04/12 (33,3% da amostra) apresentaram-se inaptos, tornando-se irrelevantes para que pudessem ser inclusos nesta tabela. O restante 08/12 (66,7%) foi tabulado e redividido conforme o que se segue.

<b>CONHECIMENTO ADQUIRIDO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Baixo	01	12,5
Regular	03	37,5
Satisfatório	04	50,0
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>100%</b>

Adesão ao autocuidado.

Quando se analisou o autocuidado, seja ele antes ou depois da intervenção educativa dos programas de saúde, pode-se notar a baixa adesão em três aspectos caracterizados como primordiais: exercícios físicos (5/12 – 41,5%), dieta (6/12 – 50%) e terapia medicamentosa

(5/12 – 41,5%), sendo que o último deixou de ser demonstrado em 33,5% (4/12) dos artigos (Tabela 4).

**Tabela 4 – Adesão ao autocuidado de indivíduos diabéticos participantes/não de programas de saúde no período de 2006 a 2011.**

AUTOCUIDADO	Exercícios		Dieta		Terapia	
	Físicos n	(%)	n	(%)	Medicamentosa n	(%)
Baixa Adesão	5	41%	6	50%	5	41%
Adesão sem dificuldades	2	17%	-	0%	1	8,5%
Adesão após ensino	2	17%	3	25%	2	17%
Dado não disponível	3	25%	3	25%	4	33,5
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

## DISCUSSÃO

Caracterização da população do estudo, segundo variáveis epidemiológicas e socioeconômicas.

Estudos têm demonstrado que o diagnóstico de DM tipo II no Brasil, é realizado de forma tardia, e que na maioria das vezes acaba sendo subdiagnosticado. Na maioria dos casos, quando há a constatação clínica, o paciente já apresenta algum tipo de complicação<sup>(10)</sup>.

Os fatores socioeconômicos e culturais constituem-se de elementos facilitadores/dificultadores para o conhecimento<sup>(13)</sup>. Estudos nacionais apontam que não há diferença significativa na prevalência de DM em relação ao sexo no Brasil<sup>(15)</sup>, o que refuta um estudo multicêntrico que demonstrou diferença de 6,9% na prevalência de mulheres diabéticas sob o sexo oposto<sup>(16)</sup>.

Podemos observar que toda a trajetória histórica da mulher aponta para um cuidado com ela própria e com a família, o que justifica o grande número de mulheres que buscam as instituições de saúde, elemento afirmado em 83% (10/12) dos artigos avaliados. Tal predomínio justifica-se também pela disponibilidade de horários e facilidade de comparecimento aos atendimentos médicos ambulatoriais<sup>(15)</sup>. Já que a maioria das



participantes exerce atividades domésticas (5/12 – 41,5%), possuindo maior maleabilidade nos horários.

No que tange à idade, 41% dos artigos (5/12) demonstraram que a faixa etária dos diabéticos participantes/não de programas educativos é de 60 anos. O que é fortalecido por um estudo de prevalência de *diabetes mellitus* no Brasil, que demonstrou que a frequência desta patologia aumenta progressivamente após 50 anos de vida <sup>(10, 1)</sup>.

Ainda discorrendo tais resultados, a escolaridade é um dos aspectos primordiais, que altera o nível de interpretação de uma informação <sup>(17)</sup>, e, infelizmente, os resultados demonstram o ensino fundamental incompleto na maioria dos artigos (4/12 – 33%), possuindo concordância com outras análises que demonstram baixo grau de instrução, de no máximo oito anos <sup>(10)</sup>. Tal nível de escolaridade reflete também em um decaído nível cultural, de forma que a limitação de acesso a informações evidenciado pelo comprometimento de habilidades de leitura, escrita, compreensão e até mesmo fala, demonstra a não valorização de ações preventivas das doenças, o que protela a procura à assistência médica e conseqüente retardamento do tratamento <sup>(13)</sup>.

Já o casamento (33,5%), é o estado civil da maioria dos diabéticos, e a renda mensal não ultrapassa três salários mínimos (41,5%). Não houve diferenças estatisticamente significantes, já que estes resultados são comuns da maioria das pesquisas.

Avaliação das intervenções educativas de acordo com a taxa de participação/não dos diabéticos em Programas de Saúde.

Com relação aos programas de educação em saúde, 66,5% dos artigos referiram a participação dos diabéticos nestes grupos de apoio. A educação em conjunto fortalece o elo entre o profissional/indivíduo, melhorando sua condição clínica, já que a sociabilidade é considerada um fator importante na perspectiva do autocuidado em DM, sendo um benefício relevante e perceptível ao fim do programa <sup>(18, 12)</sup>.

Os profissionais de saúde necessitam estar capacitados para o papel de educadores, devendo preocupar-se com a criação de estratégias inovadoras em seu cotidiano de trabalho, que sejam eficazes no conhecimento da doença por parte dos diabéticos bem como carregá-los à tomada de decisões independentes <sup>(18)</sup>.

Levar em conta a realidade e experiência dos pacientes é de suma importância, já que a maioria dos profissionais transmite informações engessadas, em que não se dá magnitude ao conhecimento que os pacientes já possuem e o que estes gostariam de receber <sup>(11)</sup>. Por isso devem-se compreender os sentimentos do indivíduo, tranquilizando seus temores e esclarecendo o que pode ser feito <sup>(18)</sup>.

A caracterização da população do estudo é outro elemento essencial devido à necessidade de conhecer as características sociodemográficas e clínicas para a implantação de programas educativos e para a interpretação dos resultados obtidos <sup>(15)</sup>.

As dinâmicas em grupo constituem-se de estratégias que favorecem um inexorável incentivo para a educação em diabetes, uma vez que a utilização de jogos e linguagem apropriada permite um planejamento didático de atividades rotineiras como o cumprimento de horários, regime alimentar, além da prática física. Quando o atendimento é individualizado, nota-se a construção de conhecimentos e atitudes preventivas, facilitando as escolhas que regem o gerenciamento dos cuidados da doença <sup>(18)</sup>.

Conseqüentemente, quanto maior o tempo de contato, a quantidade de sessões educativas e o número de profissionais envolvidos, melhores são os conhecimentos e atitudes adquiridos; e nada mais gratificante para os profissionais do que perceber que a educação bem aplicada faz a diferença no tratamento terapêutico <sup>(3)</sup>. Além de informações, o acompanhamento deve ser realizado em longo prazo, sendo necessário ainda identificar os aspectos pedagógicos mais eficazes no aumento da motivação e adesão dos portadores de DM aos programas de intervenção <sup>(5)</sup>.

Conhecimento adquirido após intervenção dos programas de saúde.

Os dados apresentados mostram que o conhecimento desenvolvido pelos diabéticos é satisfatório (4/8 –50%), entretanto, deve-se levar em consideração a inaptidão de 33,3% da amostra total para a composição desses números.

A educação em DM deve transmitir informações-chave, que ajudem o indivíduo a adquirir habilidades para o controle da doença <sup>(18)</sup>. Em uma análise transversal, constituída por diabéticos não participantes de programas de saúde, os escores quanto ao conhecimento e autocuidado demonstraram-se muito inferiores ao esperado, apontando para uma implantação imediata dos programas de saúde. Em outro estudo, desta vez comparativo, realizado por meio da análise do conhecimento antes e depois da implantação de um programa de educação

em Diabetes <sup>(15)</sup> demonstrou um aumento significativo desse conhecimento após a implantação do programa, já que o número de respostas corretas obtidas após uma avaliação foi estatisticamente notável.

Em um terceiro <sup>(12)</sup>, os resultados mostraram-se mais palpáveis, haja vista a obtenção de um número expressivo de diabéticos que conquistaram níveis mais regulares de glicemia, pressão arterial e colesterol, e a partir desses índices e da compreensão do significado de sua condição crônica e irreversível, os mesmos passaram a se comprometer nas ações do programa educativo.

Entretanto, outros autores <sup>(5)</sup>, realçaram que apesar de esses diabéticos fazerem parte de um grupo de apoio, nem sempre eles seguiam as orientações prescritas e ainda postergavam algumas orientações, principalmente àquelas relacionadas à medicação.

Conhecimento não é sinônimo de mudança, e a maioria dos dados demonstrados foi sobre o conhecimento acerca da doença <sup>(10)</sup>. Dessa forma, a análise desta percepção é importante para adaptar o processo educativo, uma vez que é determinante para o manejo dos pacientes a adoção de medidas preventivas, além de que, é fundamental o apoio da família, para que atitudes profiláticas sejam postas em prática <sup>(17, 15)</sup>.

Adesão ao autocuidado.

Entre as patologias crônicas que menos possuem adesão às técnicas de autocuidado, destaca-se o *Diabetes mellitus*, principalmente porque requer mudanças comportamentais, e adoção de hábitos de vida saudáveis <sup>(19)</sup>. Planos da OMS visam assegurar que o paciente se enxergue como administrador de sua própria vida, responsabilizando-se pelas precauções impostas pela enfermidade <sup>(5)</sup>, que por sua vez engloba o uso de medicação em horários corretos, seguimento rigoroso da dieta, e práticas diárias de atividades físicas <sup>(19)</sup>.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), a prática física deve ser efetuada no mínimo três vezes por semana em dias intercalados, sendo o ideal a realização diária, de preferência sempre no mesmo horário, pois uma baixa frequência por semana não apresenta resultados eficientes <sup>(2)</sup>.

Dados de uma pesquisa qualitativa realizada em um hospital universitário de Londrina apontaram que a atividade física mais indicada pelos participantes foi a “caminhada”, pela facilidade de execução e percepção em curto prazo dos benefícios <sup>(2)</sup>. Entretanto, existem

colocações que sugerem que as melhorias inerentes a essa prática são mínimas, independente da sua capacidade terapêutica de redução dos níveis glicêmicos <sup>(7)</sup>.

Contudo, a maioria dos resultados obtidos demonstra baixa adesão aos exercícios físicos (41,5%) (Tabela 3), diversas vezes justificado pela indisposição física, falta de tempo e de companhia para a realização das atividades <sup>(19)</sup>, salvo a segurança e custo dos locais para realização destas <sup>(18)</sup>.

Uma pontuação inusitada confronta a efetividade das atividades físicas à escolaridade e renda financeira, sendo que quanto menor a renda familiar e a escolaridade, maior a necessidade de realização de “trabalho pesado”, logo, quanto maior a escolaridade, menores são as atividades que demandam esforços físicos e é maior a utilização de meios de transporte que requerem pouco gasto energético <sup>(20)</sup>, sugerindo ainda que as pessoas mais pobres e com menos estudos teriam dificuldades em compreender as recomendações terapêuticas propostas, justificando menor adesão. Além de que o avançar da idade supõe também baixa adesão a esta variável <sup>(19)</sup>.

Dessa maneira, a mudança de comportamento caracteriza-se por ser um processo árduo e lento. Quando se trata da alimentação, esta alteração é ainda mais complicada, já que esta está recoberta de no mínimo três fatores complexos: sociais (relacionados à adesão ou negação de determinados padrões alimentares); culturais (informações transmitidas hereditariamente ou pelos grupos sociais) e, por fim, os econômicos (referentes ao custo e à acessibilidade aos alimentos) <sup>(11)</sup>.

O ato de comer é uma das atividades humanas mais complicadas, haja vista a extensa gama de emoções e significados culturais atribuídos ao alimento. Come-se por nervosismo, ansiedade, pelo desemprego, por desafetos <sup>(11)</sup>, além de que, as crenças pessoais, principalmente no que se refere à existência de alimentos nocivos ou proibidos, são tabus difíceis de serem extintos, o que interfere significativamente na adesão ao autocuidado <sup>(19)</sup>, já que a nutrição é essencial no controle do diabetes <sup>(17)</sup>.

Na maioria dos resultados, os respondentes participantes das pesquisas souberam expor como deve ser a dieta dos portadores de *Diabetes mellitus*, embora sabedoria não seja sinônimo de aplicação, já que metade apesar de seguirem as recomendações, conseguiu aplicar a dieta somente nos 15 dias seguintes à avaliação <sup>(2)</sup>. O que pode ser evidenciado pelos resultados que mostram 50% (6/12) de taxas de baixa adesão nutricional (Tabela 3), alegada na maioria das

vezes pela dificuldade de controle de impulsos <sup>(11)</sup>, além da falta de apoio familiar e o estresse <sup>(18)</sup>, sendo destacado em inúmeras pesquisas.

Já a baixa aderência aos tratamentos medicamentosos, ressaltada em 41,5% (5/12) dos artigos (Tabela 3), é esclarecida pela dificuldade em relação ao uso correto, seja por recusa ou esquecimento. O tratamento mais difícil de ser seguido é o da insulinoaterapia, já que é visto como agressivo, provoca dependência e impõe limites a algumas atividades, sendo considerado ainda como chato e desconfortável <sup>(11)</sup>.

Disfunções nessas variáveis relacionadas ao autocuidado fazem com que aproximadamente 50% dos diabéticos não obtenham melhoras no contexto da doença <sup>(05)</sup>. Dessa forma, ressalta-se a importância do apoio às mudanças nos hábitos de vida, já que a baixa motivação é a queixa mais pertinente, cabendo aos profissionais de saúde fornecer uma educação continuada, visando aperfeiçoar o controle da doença <sup>(18)</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A partir do perfil socioeconômico e epidemiológico desta pesquisa, pode-se identificar que o diabético neste estudo caracterizou-se por ser portador de DM tipo II, sexo feminino, 60 anos de idade, ensino fundamental incompleto, estado civil casado e com baixa renda familiar. Pode-se observar ainda que a união de todas essas variáveis predispõe à dificuldade de aprendizado, tendo como implicações a imposição de barreiras culturais à adesão ao tratamento.

É notável que os Programas de Saúde quando bem delineados, e utilizando ações em grupo ou individuais que levem em consideração os aspectos supracitados, permitem que o conhecimento e atitudes adquiridos sejam absorvidos eficazmente. Porém, pode-se perceber de acordo com os dados discutidos, que as intervenções educativas ainda necessitam de ajustes para melhores e duradouros resultados.

Foram observadas ainda certas incoerências quanto aos resultados acerca do conhecimento adquirido após a intervenção do Programa de Educação em Saúde, muitas vezes determinado pelas diferenças da população amostra, tipo de estudo e até mesmo forma de obtenção dos resultados. Entretanto a maioria culminou em uma melhora significativa do conhecimento acerca da doença e suas limitações, mas, como sabedoria não é sinônimo de ação, as taxas de

adesão ao tratamento medicamentoso/não, infelizmente demonstraram-se muito inferiores ao esperado.

Tais informações nos levam a sugerir a implantação ou adaptação dos Programas de Educação em Saúde já existentes, sendo imprescindível a determinação das condições em que se encontram o público alvo, adaptação das propostas pedagógicas, inclusão da família no programa, além de embasarem-se em uma postura dialógica e na troca de saberes, promovendo um intercâmbio entre o saber científico e o popular, sendo que ambos, profissionais e usuários têm muito que ensinar e aprender, com o objetivo primordial de repassar conhecimentos valiosos, que possam ser aplicados à realidade de cada um.

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> Torres HC, Pace AE, Stradioto MA. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. *Cogitare Enferm.* 2010 Jan/Mar; 15(1):48-54.
- <sup>2</sup> Gil GP, Haddad MCL, Guariente MHDM. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.* 2008 Jul/Dez; 29(2):141-54.
- <sup>3</sup> Torres, HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(2):291-8.
- <sup>4</sup> Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. *Texto contexto - enferm.* 2009; 18(1): 124-130.
- <sup>5</sup> Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(3): 2001-2009.
- <sup>6</sup> Gafuri AM, Martin BM, Rocha CP, Silva FR, Longo RL, Albuquerque GSC. Avaliação do cuidado ao usuário portador de diabetes em unidade de saúde. *Cogitare Enfermagem.* 2011 Jul/Set; 16(3):443-7
- <sup>7</sup> Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. *Rev. bras. enferm.* 2011; 64(2): 301-307.
- <sup>8</sup> Landim CAP, Milomens KMP, Diógenes MAR. Déficit de autocuidado em clientes com *Diabetes mellitus* gestacional: uma contribuição para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008 Set; 29(3):374-81.
- <sup>9</sup> Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: SBD, 2007.

- <sup>10</sup> Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011 Ago; 45(4): 862-868.
- <sup>11</sup> Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007 Nov/Dez; 15(6): 1105-1112.
- <sup>12</sup> Santos MA, Péres DS, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. Programa de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. *Rev. Enferm. UERJ.* 2009 Jan/Mar; 17(1):57-63.
- <sup>13</sup> Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006 Out; 14(5): 728-734.
- <sup>14</sup> Severino AJ. *Metodologia do Trabalho Científico.* 23 ed. Rio de Janeiro, Cortez: 2010
- <sup>15</sup> Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008 Abr; 16(2): 231-237.
- <sup>16</sup> Goldenberg P, Schenkman S, Franco LJ. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2003 Fev; 06(1):18-28.
- <sup>17</sup> Fontinele RSS, Peres LCL, Nascimento MAB, Boni MS. Avaliação do conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes tipo 2. *Com. Ciências Saúde.* 2007 Mar; 18(3): 197-206.
- <sup>18</sup> Torres HC, Souza ER, Lima MHM, Bodstein RC. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* 2011 Fev; 24(4): 514-519.
- <sup>19</sup> Boas LCGV, Foss MC, Foss-Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto contexto - enferm.* 2011 Jun; 20(2): 272-279.
- <sup>20</sup> Sávio KEO, Costa THM, Schmitz BAS, Silva EF. Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores. *Rev Saúde Pública.* 2008 Jun; 42(3):457-63.



