

# Impactos de las estrategias educativas de promoção à saúde para prevenção e controle do diabetes mellitus na atenção primária

Impacts of health promotion educational strategies for prevention and control of diabetes mellitus in primary care

Vanusa Lopes Souza, Randson Souza Rosa, Mara Lucia Miranda Silva,  
Gislene de Jesus Cruz Sanches, Chrisne Santana Biondo,  
Vanei Pimentel Santos e Ivanete Fernandes do Prado

Received 22 January 2019 / Envied para Modificação 2 de fevereiro de 2021 / Accepted 10 de agosto de 2021

## RESUMO

**Objetivo** Identificar as principais estratégias educativas utilizadas pelos enfermeiros na atenção primária à saúde e as repercussões no processo saúde-doença das pessoas que vivem com diabetes mellitus.

**Métodos** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com os enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do interior da Bahia. Os dados foram coletados por meio de entrevista e posteriormente analisados seguindo a técnica de análise de conteúdo.

**Conclusão** Ficou evidente a importância do enfermeiro como mediador de saúde para o paciente que vive com diabetes mellitus, pois passa informações fundamentais para o controle, bem como para a prevenção das complicações da doença.

**Palavras-chave:** Diabetes mellitus; educação em saúde; cuidados de enfermagem; atenção primária à saúde (fonte: DeCS, BIREME).

## ABSTRACT

**Objective** Identify the main educational strategies used by nurses in primary health care and the repercussions in the health-disease process of people living with diabetes mellitus.

**Methods** This was a descriptive study, with a qualitative approach, performed with nurses working at the Basic Health Units (UBS, by its initials in Portuguese) in a city in the interior of Bahia. Data were collected through interviews and later analyzed using the analysis technique of content.

**Conclusion** It was evident the importance of the nurse as mediator in health to the patient living with diabetes mellitus because it provides information essential for the control as well as for the prevention of complications of the disease.

**Key Words:** Diabetes mellitus; health education; nursing care; primary health care (source: MeSH, NLM).

## RESUMEN

**Impactos de las estrategias educativas de promoción de la salud para la prevención y el control de la diabetes mellitus en la atención primaria**

**Objetivo** Identificar las principales estrategias educativas utilizadas por los enfermeros en la atención primaria a la salud y las repercusiones en el proceso salud-enfermedad de las personas que viven con diabetes mellitus.

VS: Enf. Pós-Graduada Educação Permanente em saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Guanambi, Brasil.

vanusa\_lopes\_souza@hotmail.com

RS: Enf. M. Sc. Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Brasil.

enfrandson@gmail.com

MM: Enf. M. Sc. Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Brasil.

maramirandas@hotmail.com

GC: Enf. M. Sc. Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Brasil.

gislene.sanches@hotmail.com

CS: Enf. M. Sc. Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Brasil.

Tity\_biondo\_enf@hotmail.com

VP: Enf. Pós-graduado em Saúde do Adulto e do Idoso, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Brasil.

vaneipimentel@hotmail.com

IF: Enf. Ph.D. Educação Física pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Católica de Brasília. Docente da Universidade do Estado da Bahia.

Guanambi, Brasil.

ivanete\_prado@hotmail.com

**Métodos** Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado con los enfermeros actuantes en las Unidades Básicas de Salud (UBS) de un municipio del interior de Bahía. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista y posteriormente analizados siguiendo la técnica de análisis de contenido.

**Conclusión** Quedó evidente la importancia del enfermero como mediador en salud al paciente que convive con la diabetes *mellitus*, pues el mismo pasa informaciones fundamentales para el control, así como para la prevención de las complicaciones de la enfermedad.

**Palabras Clave:** Diabetes *mellitus*; educación en salud; atención de enfermería; atención primaria de salud (*fuente: DeCS, BIREME*).

**D**entre as doenças crônicas não transmissíveis o diabetes mellitus (DM) destaca-se por sua alta prevalência mundial e seu potencial para o desenvolvimento de complicações crônicas e agudas, quando não tratadas adequadamente (1). No Brasil, o DM é uma das principais causas de morbimortalidade e hospitalizações, podendo resultar em sérios danos à saúde e interferir na qualidade de vida e sobrevida dos usuários que convivem com a doença (2).

O DM gera impactos importantes para a saúde pública, devido às complicações que a doença pode acarretar na vida do indivíduo e o alto custo relacionado às suas complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevida dos portadores da doença (3). Vários fatores podem estar associados ao aumento na sua incidência, como a transição demográfica associada à adoção do estilo de vida pouco saudável, incluindo o sedentarismo, dieta inadequada, obesidade, etilismo e tabagismo (4).

Como forma de prevenir as complicações, auxiliar no tratamento e no incentivo à autonomia dos cuidados, torna-se essencial o desenvolvimento, através da atenção primária à saúde, de estratégias educativas direcionadas aos usuários dos serviços de saúde (5). Nesse sentido, a estratégia de educação em saúde contribui para o enfrentamento do processo saúde-doença, visando a melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM, além de auxiliar na recuperação e adaptação saudável diante dos danos e adversidades. Fortalecendo ainda, na interação assertiva entre equipe e usuários, na qual o conhecimento de todos é compartilhado e valorizado (6).

Diante desse contexto, conhecer como a estratégia de educação em saúde tem sido utilizada pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), torna-se aspecto preponderante, visto a sua importância na prevenção, tratamento e o controle das consequências do DM.

Vale ressaltar, que as orientações e informações coletivas e individuais, difundidas por meio de metodologias didáticas, tais como: palestras, oficinas, reuniões, grupos focais e sala de espera devem ser condizentes com a realidade de cada grupo específico e promover o senso crítico das pessoas envolvidas no processo educativo (7).

Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar as principais estratégias educacionais utilizadas pelos enfermeiros na atenção primária à saúde e os impactos no processo saúde-doença das pessoas que vivem com diabetes *mellitus*.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório com delineamento transversal e abordagem qualitativa, realizado nas Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município do interior da Bahia. O referido município possui 20 unidades de ESF, porém para o estudo foram escolhidas apenas 14 equipes, que eram localizadas na zona urbana, excluindo-se as localizadas em zona rural.

Os participantes foram os enfermeiros das ESF do município, tendo como critérios de inclusão trabalhar na unidade há pelo menos 6 meses, que não estivessem de férias e que possuíssem algum tipo de capacitação na área da saúde.

Assim, foram selecionados para o estudo 12 enfermeiros que atuam nas ESF e que preenchiam os critérios de inclusão. Ressalta-se que 2 foram excluídos da pesquisa, um por possuir menos de seis meses de atuação na UBS e o outro por encontrar-se de férias no período da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2014, por meio de entrevista, previamente agendada, guiada por um roteiro semiestruturado. O roteiro era composto por dois blocos, um para verificar as características sociodemográficas, contendo questões acerca do sexo, tempo de atuação na ESF, especialização, capacitação e o outro com 7 perguntas relacionadas com as atividades educativas realizadas na unidade e seus impactos na saúde da população.

As entrevistas foram realizadas de forma individual na unidade onde o participante atuava, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLÉ). Mediante autorização do participante, a entrevista foi gravada em áudio, com gravador de voz da marca Sony PX312. Posteriormente, a entrevista foi transcrita na íntegra, no programa Microsoft Word 2010 para garantir a fidedignidade dos dados, e para manter o sigilo dos participantes foi atribuído à eles codinomes relacionados às flores.

Para a análise de dados optou-se pela análise temática de conteúdo e, como tal, tem determinadas características metodológicas: objetividade, sistematização e inferência. Desta forma, a análise de dados configurou-se em três etapas: a) pré-análise: resumiu-se na escolha, organização e leitura das entrevistas transcritas; b) exploração do material: consistiu na leitura mais profunda, linha por linha, buscando frases que abordavam sobre a temática em estudo;

e c) tratamento dos resultados e interpretação: o tratamento envolveu a fase de descrição de cada categoria com a produção do texto síntese e a interpretação consistiu na copilação das informações obtidas, desvendando o conteúdo das categorias inferidas e interpretadas (8).

Nesse sentido, após a realização criteriosa de cada etapa que se deu o estudo, iniciou-se a escrita da análise e discussão dos dados, realizada sob a vertente sistemática da descrição do conteúdo das mensagens, através da categorização por análise temática, a qual permitiu a divisão do texto em alguns temas principais.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) sob número do parecer: 540.297 (data da relatoria: 18/02/2014).

## RESULTADOS

Dentre os 12 enfermeiros participantes do estudo, que atuam nos serviços da Atenção Básica (AB) do município,

**Tabela 1.** Categorias e subcategorias identificadas na análise dos discursos, Bahia-Brasil

Categorias	Subcategorias
I - Ações educativas voltadas ao paciente que convive com o DM	Recursos audiovisuais/palestras; salas de espera/oficinas; consultas de enfermagem; visitas domiciliares
II - Dificuldades ao realizar educação em saúde ao paciente que convive com o DM	Adesão ao tratamento; não aceitação da doença

### Ações educativas voltadas ao paciente que convive com o DM

Na subcategoria recursos audiovisuais/palestras, foi possível identificar instrumentos e métodos utilizados para se realizar educação em saúde: “Realizo educação em saúde aqui na unidade através de palestras com áudio visual, panfletos.” (Azaleia). “É bom a gente usar muitas figuras sabe, data show, DVD, áudios. Tentar fazer com que eles enxerguem melhor pra deixar mais visíveis e esclarecidos para eles.” (Begônia). “Educação em saúde é feita através de palestras com odontólogos, comigo enfermeiro, com a médica.” (Bromélia). “Realizo palestras com frequência aqui na unidade, através de vídeos e data show, acho muito produtivo, eles prestam bastante atenção.” (Rosa).

A subcategoria sala de espera/oficinas surgiu ao questionar os profissionais sobre seu funcionamento, assim pôde-se observado três discursos distintos, conforme exposto: “Sala de espera, essas são as mais utilizadas nesta unidade, como forma de trocar conhecimentos.” (Dália). “Realizo educação em saúde por meio de oficinas para os portadores e toda a sua família.” (Girassol). “Nas salas de espera e oficinas abordo temas que são primordiais aos portadores da doença como: alimentação adequada, atividade física, uso correto das medicações, lazer, entre outros.” (Lírio).

dez são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Em relação ao tempo de atuação na ESF, houve variação de 6 meses a 11 anos de atuação entre os participantes, sendo que metade dos enfermeiros exerciam função na sua unidade há mais de quatro anos e a outra metade tinha um tempo de atuação menor que dois anos.

No que diz respeito às especializações apenas um enfermeiro não possuía especialização, sendo os que possuíam especializações em: Saúde da Família, Saúde Pública com ênfase em PSF e Enfermagem do Trabalho (n=3); Urgência e Emergência, UTI e Obstetrícia (n=2); e Saúde da Criança, Metodologia do Ensino Superior, Saúde Coletiva com ênfase em PSF (n=1).

Nessa perspectiva, os discursos dos enfermeiros participantes do estudo foram categorizados e emergiram, inicialmente, duas categorias que após serem analisadas, identificou-se subcategorias, que serviram para sustentar o desenvolvimento da discussão da temática em questão, sendo transcritas na Tabela 1.

Também foi possível observar nas falas dos participantes da pesquisa a importância das orientações realizadas durante as consultas de enfermagem, tendo como subsídio as práticas educativas de saúde, discursos que emergiram na subcategoria consultas de enfermagem: “Trabalho aqui a educação em saúde também com orientações fornecidas nas consultas.” (Margarida). “Através de consultas mensais oriento eles sobre os cuidados de forma geral como a alimentação, atividade física, uso correto das medicações, cuidados de higienização, entre outros.” (Gardênia). “Trabalho com hiperconsultas, ou seja, consultas conjuntas com o NASF. O nutricionista entra com a parte da alimentação, fisioterapeuta na atividade física e o educador físico também, farmacêutico com a parte medicamentosa (maneiras de tomar, guardar) e a assistente social.” (Bromélia).

Na subcategoria visitas domiciliares, ao questionar os entrevistados sobre a sua importância, sobre as orientações dadas aos pacientes com DM durante as visitas, e ainda os procedimentos realizados como aferição da Pressão Arterial (PA) e glicemia capilar, obteve-se os seguintes depoimentos: “Nas visitas domiciliares eu oriento o portador da doença e a toda sua família de como ter hábitos saudáveis: através da alimentação, praticar atividades físicas, quanto ao uso correto das medicações e realizei a aferição da

PA, teste glicêmico.” (Jasmin). “Por meio das visitas domiciliares eu passo informações que são indispensáveis para o controle do diabetes. Refriso bastante com eles sobre alimentação saudável, a importância da atividade física, o uso das medicações acho bem importante fazer visitas domiciliares uma vez que muitos não comparecem às unidades para as consultas mensais.” (Lírio).

#### **Dificuldades ao realizar educação em saúde ao paciente que convive com o DM**

Nas falas obtidas percebeu-se que um dos fatores que dificulta a realização de educação em saúde pelos enfermeiros nas unidades de saúde, é a falta de adesão ao tratamento pelo paciente que convive com o DM, emergindo como subcategoria a adesão ao tratamento: “O paciente saber dos danos que a doença pode causar e dispensar os cuidados.” (Margarida). “A flexibilidade, às vezes a gente marca e eles não vêm, a dificuldade que a gente vê maior é o não comparecimento deles na unidade, nas palestras. A gente marca em outros eventos e eles não vêm.” (Begônia).

De acordo com os relatos, além da não adesão do paciente ao tratamento do DM, a não aceitação da doença surgiu como subcategoria, estando associada aos fatores que dificultam o trabalho do enfermeiro frente às ações de educação em saúde, o que consequentemente, interfere no tratamento e prevenção das possíveis complicações da doença, conforme pode-se observar na fala a seguir “Não aceitação da doença, muitos deles ficam deprimidos e ainda mais por saberem que é uma doença que não tem cura e o pior é que se recusam a fazer o tratamento correto, agravando ainda mais a situação, surgindo as complicações da doença.” (Tulipa).

## **DISCUSSÃO**

A educação em saúde é uma estratégia de fundamental importância para os serviços de saúde, uma vez que direciona os indivíduos a conduzir suas próprias vidas, tornando-os mais autônomos (9).

Por meio dos recursos audiovisuais e palestras educativas o enfermeiro tem a possibilidade de explorar temas pertinentes ao DM, possibilitando ao paciente que convive com a patologia um melhor conhecimento sobre a doença. Estes métodos, permitem ainda, despertar no paciente o interesse e a curiosidade de investigar outras informações a respeito da doença e suas possibilidades para o cuidado de si, por meio da adoção de estilos de vida saúdeveis considerados como proterores da saúde.

Nas falas dos enfermeiros, pode-se induzir que a estratégia educacional supracitada permite uma melhor ampliação do conhecimento da patologia em questão, e

evidencia as principais complicações que poderão impactar negativamente na saúde, e consequente na qualidade de vida das pessoas que convivem com o diabetes.

Não obstante, pode-se inferir, que as estratégias de metodologia audiovisuais/palestra, favorecem aplicação da clínica ampliada, com o desenvolvimento de saberes individuais e coletivos compartilhados, voltados para o diagnóstico e tratamento, e controle a serem adotadas pelos usuários adoecidos cronicamente pela diabetes.

Nesse contexto, enfermeiros e pacientes, por meio da comunicação e escuta sensível, acabam fortalecendo o vínculo entre profissionais, usuários e comunidade, repercutindo na autonomia dos usuários em momentos decisivos de seu próprio tratamento terapêutico, métodos estes que colocam a clínica ampliada em evidência no processo saúde-doença dos usuários, sendo percebidas através de ações preventivas e terapêuticas multiprofissionais e interdisciplinares.

Os recursos audiovisuais fazem com que os ouvintes experimentem sensações sobre o outro, através de soluções visuais, linguagem falada, linguagem musical e escrita, proporcionando interação entre os envolvidos (10). Através do vídeo educativo o indivíduo tem maior capacidade de captar e reproduzir as informações contidas nesse recurso tecnológico. A combinação de linguagens áudio e visual permite que a informação seja melhor assimilada gerando maior facilidade na aprendizagem (11).

As palestras educativas, quando realizadas de forma não verticalizadas, sensibilizam e despertam no indivíduo o interesse por comportamentos mais saudáveis, uma vez que tal estratégia direciona e reforça temas sobre hábitos de higiene e bem-estar, fazendo com que o paciente tenha menos impactos negativos na saúde (10). Os recursos didáticos são componentes do ambiente educacional que estimulam os educandos, facilitando e enriquecendo o processo de ensino e aprendizagem (12).

Além dos recursos audiovisuais e palestras utilizados para realizar educação em saúde ao paciente com DM, identificou-se a subcategoria sala de espera e oficinas como meios de compartilhar conhecimentos e experiências. Assim, foi possível perceber que as salas de espera e as oficinas, constituem estratégias essenciais e são dinamizadas pela clínica ampliada, uma vez que permitem uma relação interpessoal entre os enfermeiros-pacientes-grupos específicos ou famílias em um espaço coletivo, além de oferecer liberdade de se expressarem e de compartilharem as vivências e os conhecimentos através de um processo de ensino e aprendizagem dinâmico, afetivo e multidimensional.

Nesse contexto, as estratégias supracitadas acabam valorizando a escuta dos atores envolvidos no processo de

educação em saúde, tanto da escuta coletiva como de si mesmos, o que acabam favorecendo uma comunicação entre profissionais e pacientes, em que é possível notar o surgimento de novos parceiros na construção e disseminação do conhecimento em saúde, livre de mitos e interferências de comunicação. Esse fato acaba colocando o sujeito individual ou coletivo na mesma condição de conhecimento, contribuindo para o fortalecimento da expansão de práticas educação em saúde entre os sujeitos coletivos.

Por outra perspectiva, a sala de espera recebe atenção para as ações em prol da humanização na atenção básica e passa a ser utilizada como espaço de acolher, cuidar, interagir e refletir sobre o serviço transformando os atores sociais (13). Constitui um espaço que oferece aos usuários a criação de oportunidades e reflexões a respeito de condições que lhes tragam melhor qualidade de vida, assim como conservação da saúde, favorecendo a participação de todos (9).

As oficinas educativas, realizadas para grupos de pacientes com diabetes, contribuem para aumentar a expectativa e qualidade de vida desses pacientes, com o intuito de prevenir hospitalizações e diminuir os gastos em saúde pública. Outrossim, constituem uma forma de compartilhar conhecimento, agregando a teoria à prática, o que faz com que essa alternativa de educação em saúde ganhe espaço, o que permite ao participante assimilar conhecimentos de forma lúdica e interacional (14).

A subcategoria consulta de enfermagem, possibilitou compreender a complexidade dos sujeitos, bem como a importância desta dimensão no cuidado do enfermeiro para com outro que se encontra adoecido cronicamente. Nos discursos percebe-se que, através da consulta, os enfermeiros oportunizam a captação de informações individuais e subjetivas a respeito do comportamento do paciente frente ao adoecimento crônico, percebendo necessidades, anseios, preocupações e outros aspectos que, por vezes, não são percebidos nas atividades de grupo.

Através da consulta de enfermagem é possível interferir no curso da doença, com ajuda de estratégias educacionais mais incisivas e eficazes, capazes de levarem as pessoas a serem protagonistas do seu próprio cuidado. Acredita-se que por meio da escuta sensível aos usuários, nas consultas de enfermagem, oportuniza-se conhecer integralmente o seu modo de viver singular, pensar, sentir ou de negar a própria doença, que muitas vezes só são perceptíveis durante a comunicação entre profissional e usuário.

Por meio das consultas de enfermagem o enfermeiro tem a oportunidade de compartilhar conhecimentos através de comunicação eficiente e de uma escuta sensível que facilite o entendimento do paciente sobre seu processo de adoecimento, na perspectiva de fornecer subsídios

para o tratamento e a intervenção da evolução do curso da doença. Neste contexto, se reconhece o valor da participação do assistido durante a consulta de enfermagem, facilitando que o profissional perceba a realidade do paciente, para assim, construir de forma participativa e humanizada, estratégias de compreensão voltadas para o contexto em que o indivíduo está inserido (15).

Nas consultas de enfermagem é importante que ocorra um vínculo de confiança entre o profissional enfermeiro, o paciente e seus familiares, o que favorece a expressão de medos e anseios. Nesse sentido, é essencial que o enfermeiro estabeleça uma relação de empatia, evitando realizar juízos de valores, estando estes associados a falta de efetividade das atividades educativas (16).

No que tange aos meios de realizar educação em saúde ao paciente com DM, outra subcategoria que surgiu foi a visita domiciliar, essa estratégia proporciona um vínculo maior entre o enfermeiro, paciente, familiares e/ou responsáveis, de forma mais ampliada com a comunidade. É através dessas visitas que o profissional de enfermagem tem a oportunidade de conhecer melhor o paciente, conhecer sua condição real quanto aos cuidados de si, e através destas observações, analisar os cuidados que precisam ser conservados e os que necessitam ser modificados (17).

A visita domiciliar realizada pelo enfermeiro representa um ponto fundamental para o paciente com DM, uma vez que muitos não comparecem às unidades de saúde para as consultas. Assim, durante as visitas domiciliares o enfermeiro tem a oportunidade de compartilhar conhecimentos com o paciente e toda sua família, sensibilizando-os sobre o cuidado de si e do outro.

Vale destacar que nesse momento torna-se profícuo a identificação das necessidades de saúde, oportunizando aos profissionais realizarem práticas educativas concernente com a terapêutica de seguimento, que inclui a automonitorização da glicemia, alimentação apropriada para o controle da doença, uso correto das medicações, atividade física, entre outros fatores que favoreçam estilos de vidas saudáveis.

Nessa perspectiva, a visita domiciliar promove a proteção da saúde, constituindo um método efetivo de ação preventiva das complicações da doença e ajudando a conhecer o contexto em que a família vive e os recursos que a comunidade dispõe para utilizá-los no tratamento do diabetes, na perspectiva de uma abordagem interrelacional e educativa, desenvolvendo as potencialidades individuais e coletivas no enfrentamento da doença (18).

A não adesão ao tratamento e não aceitação da doença implicam na autopercepção de saúde e na complexidade da conduta terapêutica a ser adotada, portanto, mais severas poderão ser as complicações do diabetes se não dialogadas com o paciente, uma vez que o diabetes é

uma condição socialmente vulnerável, sendo considerado como risco equivalente de evento coronariano isquêmico, como infarto agudo do miocardio, e pode trazer impactos negativos na qualidade de vida do paciente.

Os participantes da pesquisa informaram que esses fatores dificultam o trabalho do enfermeiro, o que resulta em respostas limitadas e equivocadas, em relação ao tratamento da doença, que acaba dificultando o engajamento para capacidade da gestão do autocuidado do usuário. Fatores estes que incidem sobre capacidade de autonomia dos sujeitos, tão relevantes para o contexto da clínica ampliada.

A interpretação das falas evidenciam que devido ao fato dos diabéticos adquirirem mais autonomia, quanto às práticas clínicas de cuidado a serem adotados no seu cotidiano, os tornam mais independentes com relação às condutadas terapêuticas fornecidos pelos enfermeiros, talvez tenham mais possibilidades de cuidar de si, reduzir os eventos danosos referentes à sua saúde, e, consequentemente, melhorar sua qualidade de vida.

Pacientes portadores adoecidos crônicamente possuem uma necessidade de acompanhamento no processo de adesão ao tratamento e do autocuidado, pois, a manutenção da qualidade de vida do cliente dependerá da combinação dos diversos fatores, como: utilização adequada da medicação, mudanças nos hábitos de vida e de comportamentos adquiridos (19). Assim, as estratégias educativas, como instrumento de educação em saúde, sob uma perspectiva de promoção, prevenção das complicações e controle da doença, podem facilitar e estimular o indivíduo a refletir sobre seu estilo de vida relacionado ao diabetes (20).

Nesse contexto, o enfermeiro têm a responsabilidade de promover práticas educativas e cuidativas voltadas para promoção e prevenção de agravos à saúde, que estejam de acordo com os manuais de estratégias do Ministério da Saúde (MS) voltados para o cuidado da pessoa com doença crônica. Assim, o aperfeiçoamento dos conhecimentos inerentes à saúde contribui significativamente para que os profissionais sintam-se seguros frente à realização da educação em saúde, criando meios estratégicos que favoreçam a promoção à saúde, prevenção e controle da doença, o cuidar de si e do outro em toda a plenitude humana.

O DM como uma doença crônica, requer do paciente a adesão ao tratamento, sendo indispensável o autocuidado e novos hábitos de vida para manter os níveis glicêmicos sob controle, e assim prevenir ou retardar as complicações da doença, e consequentemente minimizar o número de internações decorrentes da patologia (15). Contudo, as mudanças nos hábitos de vida e a adesão ao tratamento do diabetes não são fáceis e não acontecem instantaneamente, sendo um processo gradativo (21). Assim, para que o paciente aceite mudanças em relação a

novos hábitos de vida é necessário que o mesmo adquira conhecimentos sobre o processo de saúde-doença e terapêutico, garantidas pelas práticas cuidativas, educativas e reabilitadoras realizadas durante as palestras, consulta de enfermagem e nas visitas domiciliares.

Muitos dos pacientes com DM, vivem em vulnerabilidade social, e mesmo tendo conhecimentos a respeito da patologia, sabendo da forma de controlar e prevenir suas complicações, não conseguem aderir ao tratamento, devido, muitas vezes, às limitações decorrentes da doença e do seu tratamento, que exigem mudanças comportamentais e no estilo de vida.

Em se tratando das limitações impostas pelo DM, é importante refletir sobre a convivência com os limites impostos pela condição da patologia que leva à experimentação constante de conflitos, rupturas, questionamentos e inconformismo, sendo percebida e vivida como a condição dos “nãos” (22,23). Dessa forma, o DM pode trazer reações desfavoráveis ao paciente, como o isolamento social, desestruturação familiar, depreciação da autoimagem e o não cumprimento das ações de autocuidado (24).

Em virtude das restrições, imposições e limitações de diversas naturezas, presentes no tratamento do DM, muitos pacientes que convivem com a doença apresentam comportamentos inapropriados, o que interfere para o controle glicêmico, refletindo na saúde, nas relações familiares e sociais, afetando a sua qualidade de vida. Essa condição crônica impõe ao indivíduo mudanças de hábitos de vida, exigindo habilidades emocionais, físicas e sociais de enfrentamento para os ajustes necessários à manutenção de um bom controle metabólico (25).

Nesse sentido, o profissional enfermeiro deve compreender melhor as manifestações emocionais dos indivíduos, que convivem com a doença, e criar estratégias de intervenções para promover ações educativas que estimulem o autocuidado no sentido de despertar o desejo de autonomia na terapêutica, mas também, envolvam os familiares e responsáveis na construção de vínculos positivos para cuidado à saúde (26). Acrescenta-se a esse cenário, a necessidade de fortalecer o reconhecimento dos fatores comportamentais e emocionais apresentados por cada indivíduo no seu convívio familiar e social para planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral a essa população (27).

Contudo, é preciso compreender que o processo de educação em saúde não é de responsabilidade apenas do enfermeiro, sendo necessário ser incorporada e realizada por toda a equipe multiprofissional integrada ao acompanhamento dos pacientes que convivem com diabetes em todos os momentos de contato com estes. Além de ações integradoras e intersetorias entre os profissionais da saúde/gestores da atenção primária à saúde, para

oportunizarem a aplicação de práticas promotivas, preventivas e reabilitadoras de saúde.

Os resultados discutidos revelam a necessidade de fomentar estratégias educativas voltadas à gestão da clínica do cuidado, com ênfase nas práticas de enfermagem e saúde comunitária que favoreçam o autocuidado das pessoas com DM, que vivem em comunidade, inseridas no seu contexto social, econômico e cultural, uma vez que, implicam no viver humano em coletividade, principalmente, com os problemas referentes às doenças crônicas não transmissíveis.

Observou-se que os enfermeiros das unidades da ESF utilizam diversos meios e métodos dinâmicos de educação em saúde, como salas de espera, visitas domiciliares e consulta de enfermagem, o que contribui positivamente para o aprendizado dos pacientes quanto ao autocuidado, tratamento adequado da patologia, bem como na adoção de estilos de vida saudáveis, considerados como fatores de proteção da saúde.

Nessa perspectiva, as ações estratégicas de educação em saúde, devem ser contínuo, promovendo empoderamento social, estimulando a participação popular ativa no processo de promoção da saúde e consequentemente, melhoria da qualidade de vida, promovendo a autonomia dos sujeitos na resolução participativa dos problemas de saúde.

Em relação aos impactos no processo saúde-doença das pessoas que vivem com diabetes mellitus, foi possível entender, através das falas dos participantes, que as estratégias educacionais em saúde podem influenciar positivamente no autocuidado das pessoas com DM, além de fortalecer as relações entre os enfermeiros e os usuários, o que constitui um dos princípios da ESF.

Os impactos das estratégias educativas acerca da DM na saúde dos pacientes, apresenta melhores prognósticos, quando ocorre o engajamento de todos os profissionais integrantes da equipe multiprofissional para solucionar os problemas locais da comunidade, fazendo uso de práticas de cuidados de enfermagem e ações comunitárias, como a adscrição e o rastreamento de fatores de riscos que considerem a complexidade do viver humano individualmente e coletivamente, no seu contexto social, econômico, familiar e cultural na qual estão inseridos.

**Conflitos de interesses:** Não.

## REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2012. *Diabetes Care*. 2012; 35(Suppl1):S11-63. <https://doi.org/10.2337/dc12-s011>.
2. Viana MR, Rodriguez TT. Complicações cardiovasculares e renais no Diabetes mellitus. *R Ci Med Biol*. 2011; 10(3):290-6. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v10i3.5892>.
3. McLellan KCP, Motta DG, Lerario AC, Campino ACC. Custo do atendimento ambulatorial e gasto hospitalar do diabetes mellitus tipo 2. *Saúde Rev*. 2006; 8(20):37-45.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2020 Aug 18]. Cadernos de Atenção Básica n° 36. <https://bit.ly/3veiO3S>.
5. Sakay Bortolotto MS, Ferraz Viude D, Eiko Karino M, Lourenço Haddad MC. Caracterização dos portadores de diabetes submetidos à amputação de membros inferiores em Londrina, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences* [Internet]. 2010 [cited 2019 Aug 18]; 32(2):205-13. <https://bit.ly/3vf4jwT>.
6. Grillo MFF. Caracterização e práticas de autocuidado de pessoas com diabetes melito tipo 2 de uma unidade básica de saúde [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005 [cited 2019 Aug 18]. <https://bit.ly/3Az6tKZ>.
7. Bomfim ES, Slob EMGB, Oliveira BG, Ribeiro BS, Carmo EA, Santana MLAD, Santos PHS, Rosa RS. Práticas educativas do enfermeiro no cotidiano na estratégia de saúde da família. *Rev Saúde e Desenv*. 2016; 10(5):38-52.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Rosa J, Barth PO, Germani ARM. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. *Perspectiva* [Internet]. 2011 [cited 2019 Aug 12]; 35(129):121-130. <https://bit.ly/3J5Htxq>.
10. Ferreira ARA, Soares RTS. A importância das ações educativas realizadas pelo enfermeiro do Programa Saúde da Família (PSF). In: 13º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 7º Congresso Nacional de Residência em Enfermagem. Natal: Conselho Federal de Enfermagem; 2010.
11. Brasil Moreira C, Rodrigues Bernardo EB, Oliveira Catunda HL, Souza Aquino P, Lavinas Santos MC, Carvalho Fernandes AF. Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 18]; 59(3):401-407. <https://bit.ly/3BinIB0>.
12. Costa Santos OK, Barbosa Belmino JF. Recursos didáticos: uma melhoria na qualidade da aprendizagem [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 18]. <https://bit.ly/3vfFeSo>.
13. De Freitas Pimentel A, Machado Barbosa R, Chagas M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência autonomia e protagonismo. *Interface*. 2011; 15(38):741-54. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300010>.
14. Dias da Silva L, Colomé Beck CL, Marta Dissen C, Petri Tavares J, Denardim Budó ML, Soares da Silva H. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(2):412-9. <https://doi.org/10.5902/217976922676>.
15. Da Silva Oliveira GK, Rozeno Oliveira E. Assistência de enfermagem ao portador de Diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. *Veredas* [Internet]. 2010 [cited 2019 Aug 18]; 3(2):41-8. <https://bit.ly/3vcKKiw>.
16. Oliveira NA, Thohefrn MB, Cecagno D, Siqueira HCH, Porto AR. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(4):697-704. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400011>.
17. Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Borghi ACS, Vaccari É, Seima MD. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2019 Aug 18]; 17(2):313-20. <https://bit.ly/3J5xVm0>.
18. Torres HC, Roque C, Nunes C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. *Rev Enferm. UERJ*. 2011;19(1):89-93.
19. Rodrigues Machado E, Araújo Gomes A, Carlos D, Marinho RC. Diabetes mellitus tipo II (DMII): importância da educação em saúde na

- adesão ao tratamento. *Ensaio e Ciência*. 2013; 17(1):33-42. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2013v17n1p%25p>.
20. Fernandez Frigo L, da Silva RM, de Mattos KM, Soares Boeira G, Manfio F, Piaia E, et al. Ação educativa interdisciplinar para pacientes com diabetes na atenção básica: uma revisão bibliográfica. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2012; 2(4):141-3. <https://doi.org/10.17058/reci.v2i4.2743>.
  21. Beltrame V, Brugnerotto M, Trentini M, Madureira VSF. A convivência com diabetes mellitus tipo 2. *Saúde e Meio Ambiente*. 2012; 1(1):105-16. <https://doi.org/10.24302/sma.v1i1.170>.
  22. Amorim MMA. Representações sociais da alimentação das pessoas com Diabetes mellitus. In: XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Diversidades e (Des)Igualdades. Salvador: Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva; 2011.
  23. Stuhler GD, Camargo BV. Representações sociais do diabetes de pessoas que vivem com essa condição crônica. *Tempus*. 2012; 6(3):67-81. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i3.1156>.
  24. Filho CVS, Rodrigues WHC, Santos RB. Papéis de autocuidado: subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2008 [cited 2019 Aug 18]; 12(1):125-9. <https://bit.ly/3AtxtLM>.
  25. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2012 [cited 2019 Aug 18]; 25(2):284-90. <https://bit.ly/3AtxLSS>.
  26. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTS. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde Debate [Internet]*. 2014 [cited 2019 Aug 18]; 38(101):328-337. <https://bit.ly/3PzDVFa>.
  27. 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 [Internet]*. 2011 [cited 2019 Aug 18]; 16(3):2001-9. <https://bit.ly/3Py6Nhk>.