



## Aspectos psicossociais do viver com diabetes Mellitus na promoção do autocuidado

Psychosocial aspects of living with diabetes mellitus in promoting self-care

Sumaya Giarola Cecilio<sup>1</sup>, Célia Luciana Guedes Barbosa Brasil<sup>1</sup>, Camila Pacheco Vilaça<sup>1</sup>, Samara Mariana Ferreira da Silva<sup>1</sup>, Elisângela da Cruz Vargas<sup>1</sup>, Heloísa de Carvalho Torres<sup>1</sup>

**Objetivo:** compreender os aspectos psicossociais em viver com a condição do diabetes Mellitus. **Métodos:** estudo qualitativo, realizado com 16 usuários com diabetes Mellitus tipo 2. Os dados foram coletados mediante ligação telefônica utilizando-se um roteiro semiestruturado abordando o cuidado em saúde, barreiras e apoio familiar, analisados por conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram duas categorias relacionadas à prática de autocuidado: Cuidar de si, contendo três subcategorias: alimentação, atividade física e aspectos emocionais e Redes de apoio. **Conclusão:** os resultados do estudo mostraram a importância de compreender os aspectos emocionais e as atitudes dos usuários em relação às práticas educativas para o autocuidado, de forma a estabelecer estratégias de prevenção e controle da doença.

**Descritores:** Educação em Saúde; Autocuidado; Diabetes Mellitus; Telemedicina.

**Objective:** to understand the psychosocial aspects of living with diabetes mellitus. **Methods:** a study qualitative made with 16 patients with diabetes mellitus type 2. The data were collected through telephone calls using a semi-structured script approaching the care in health, barriers and family support, analyzed by Bardin's content. **Results:** two categories emerged related to the practice of self-care: Self-care, containing three sub-categories: diet, physical activity and emotional aspects and support networks. **Conclusion:** the results of the study showed the importance of understanding the emotional aspects and attitudes of patients regarding educational practices for self care, in order to establish strategies to prevent and control the disease.

**Descriptors:** Health Education; Self Care; Diabetes Mellitus; Telemedicine.

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autor correspondente: Heloísa de Carvalho Torres  
Av. Professor Alfredo Balena, 190. Sala 52. CEP: 30130-10. Belo Horizonte, MG, Brasil E-mail: heloisa.ufmg@gmail.com

## Introdução

Monitorar e intervir em saúde com o objetivo de promover a prática de autocuidado dos usuários com a condição do diabetes é uma ação que deve englobar os aspectos subjetivos e emocionais, buscando compreender de maneira profunda os fatores que interferem no tratamento. Os passos iniciais para o processo de construção do autocuidado decorre pela exploração e análise dos sentimentos, levando à reflexão e problematização da realidade<sup>(1-3)</sup>.

Dentre as diferentes abordagens que podem ser utilizadas para a compreensão dos aspectos relacionados ao autocuidado em diabetes, têm-se a intervenção telefônica, a qual objetiva oferecer uma assistência aos usuários do serviço de saúde, construir um vínculo e monitorar as condições de saúde, além de oferecer a continuidade do contato, visando à prevenção das complicações crônicas<sup>(4-5)</sup>.

A intervenção telefônica é uma tecnologia do cuidado viável e de baixo custo, a qual permite que em um curto espaço de tempo o profissional da área da Saúde tenha acesso ao contexto de vida do usuário, suas angústias, ansios e dificuldades<sup>(4)</sup>. Considera-se como tecnologia do cuidado ações sistematizadas para oferecer meios para intervir junto a usuários, grupos e expandir em ideias para a comunidade, com vistas a favorecer o bem-estar em saúde<sup>(6)</sup>.

Alguns trabalhos apontam a importância da intervenção telefônica na criação de vínculo e ressaltam que o usuário sente-se acolhido e valorizado, refletindo assim em sua autoestima e aspectos psicossociais. Emoções, sentimentos negativos, medo, angústia e ansiedade, são fatores presentes no tratamento do diabetes e que algumas vezes são negligenciados pelos profissionais da área da Saúde. A efetividade cuidado do diabetes está associado não só às escolhas cotidianas, mas, sobretudo, na capacidade de controlar as questões emocionais que estão diretamente interligadas aos resultados do tratamento<sup>(5-7)</sup>.

De tal forma, o objetivo deste estudo é

compreender os aspectos psicossociais em viver e realizar práticas de autocuidado em diabetes por meio da intervenção telefônica.

## Métodos

Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, realizado com 16 usuários com diabetes Mellitus tipo 2 pertencentes a oito Centros de Saúde de Belo Horizonte. Os critérios de inclusão compreenderam usuários entre 20 e 75 anos, com tempo de diagnóstico da condição do diabetes menor que vinte anos e não possuir complicações crônicas, tais como retinopatia diabética, neuropatias, cardiopatias e nefropatias.

Os dados foram coletados de março à setembro de 2014, por meio da intervenção telefônica via ligação com duração média de 40 minutos, realizadas por enfermeiras, as quais tinham como objetivo conhecer os aspectos psicossociais em se viver com diabetes. Previamente, as profissionais participaram de treinamentos para a escuta qualificada e prática dialógica<sup>(8)</sup>.

Utilizou-se um roteiro semiestruturado para guiar a coleta de dados, o qual continha as seguintes questões: Qual é a sua maior dificuldade para controlar o diabetes? Fale mais sobre essa dificuldade no seu dia a dia; Dê exemplo(s) de uma situação que ocorreu com você por causa dessa dificuldade; Como você se sente com essa situação de ter de cuidar da sua saúde (cuidar e controlar a doença)?

No decorrer da comunicação telefônica as falas foram sendo registradas manualmente e também por meio de gravações, sendo esses materiais sistematizados e categorizados em bases de dados em três etapas de análise temática: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e interpretação<sup>(9)</sup>. De tal forma foi possível descobrir núcleos de sentidos na análise das falas dos sujeitos e encontrar duas categorias temáticas: Cuidar de si e Redes de apoio.

A pesquisa atendeu aos critérios de saturação

propostos para pesquisas qualitativas. O ponto de saturação depende indiretamente do referencial teórico adotado pelo pesquisador e dos objetivos da pesquisa, além da homogeneidade da população estudada<sup>(10)</sup>. Atingiu-se a saturação dos dados a partir da 16ª ligação telefônica, a partir do momento em que os relatos tornaram-se semelhantes e com o mesmo conteúdo de resposta.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados

Dos 16 usuários com Diabetes Mellitus tipo 2, a maioria (73,2%) convivía com a condição há mais de cinco anos, com 60 anos ou mais (78,0%), do sexo feminino (66,0%), residentes em Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais. Entre eles, 63,0% informaram renda mensal de um a dois salários mínimos (salário mínimo em 2014: R\$724,00; referente em dólar em 2014: U\$1776,56) 62,0% possuíam ensino fundamental incompleto (menos de 9 anos de estudo).

Por meio da investigação dos aspectos psicossociais em viver com diabetes, identificaram-se duas categorias relacionadas à prática de autocuidado: Cuidar de si e Redes de apoio.

Cuidar de si no âmbito do diabetes não é uma tarefa simples para a maioria dos sujeitos do estudo. Apresenta-se como uma prática envolta por muitos verbos “ter” e poucos verbos “querer”, o que nos remete a uma ideia de obrigação em ter que cuidar da própria saúde.

Mudar o comportamento em saúde e ter uma necessidade de controlar as ações de cuidado gera alguns dificultadores no processo, os quais podemos chamar de barreiras. Pela multiplicidade de barreiras citadas pelos sujeitos, optou-se por apresentá-las em subcategorias: atividade física, alimentação e aspectos emocionais. Os aspectos emocionais estão presentes e

associam-se a todas as práticas de autocuidado, então, ainda que tenha sido criada uma subcategoria para os sentimentos, eles se fazem presentes em todas as demais.

### Subcategoria 1- Atividade Física

O primeiro tópico, dificuldade na realização das atividades físicas, foi atribuído à falta de organização da rotina e de ânimo para exercer tal prática. É possível perceber que os usuários têm consciência dos benefícios da atividade física regular, entretanto, ainda não a incorporaram como meta para o autocuidado: *Falta disciplina para fazer atividade física, isso é o que mais me atrapalha* (U1); *Eu estou realmente tentando conseguir me exercitar* (U2); *Não tenho esse propósito assim: amanhã eu vou fazer! Eu estou desanimado mesmo. Uma coisa que eu sinto que posso e devo fazer é atividade física* (U3).

Percebe-se um desânimo nas falas, o qual enquadra-se como um sentimento negativo associado à rotina de cuidados em diabetes: *Há um mês eu estive em um centro de tratamento do corpo por pedido da minha filha. Mas, eu não retornei por preguiça. Eu me sinto muito desanimado* (U5); *...Eu inicio a rotina de atividade física, por exemplo, a caminhada, em um mês. Porém, no próximo mês eu já estou desmotivado novamente* (U4).

### Subcategoria 2 - Alimentação

Outro aspecto apresentado consiste na dificuldade em alimentar-se de maneira saudável. Os usuários associam essa questão a fatores financeiros, cujo alto custo da dieta impossibilita o cumprimento do plano alimentar: *Devido à falta de dinheiro eu não posso ficar comprando as coisas dietéticas porque é mais caro* (U11). Ainda, ressentem-se pelo fato de ter que seguir uma dieta, externalizando ser difícil desenvolver um autocontrole e não se alimentarem como gostariam: *Pão, é o alimento que eu mais gosto! Entretanto, por eu saber que não é indicado para mim, eu alterno os tipos de pão: um dia integral, outro dia o comum* (U7); *...A alimentação dificulta a prática de autocuidado. Por exemplo, às vezes mesmo sabendo que eu tenho que*

*diminuir os carboidratos, eu não consigo e acabo ingerindo mesmo assim (U4).*

Alguns têm consciência de que o padrão alimentar os prejudica e pode trazer danos mais severos para a saúde, mas, ainda assim, persistem comentando alguns exageros. *Alguns dias eu ingiro uma quantidade exagerada de doces e acabo me sentindo muito mal (U10); Eu erro no quesito alimentação. Ao invés de fazer uma escolha saudável, opto por alimentos com alto teor de gordura saturada (U13); Eu fico muito tempo se me alimentar, não fraciono as refeições. Acredito que isso seja falta de disciplina em minha vida (U12).*

Conforme mencionado ao iniciar da categoria, os fatores emocionais estão presentes e interferem no cumprimento de um plano alimentar ideal para manter a glicemia controlada: *Às vezes eu como mal por preguiça em preparar algo saudável, como verduras ou legumes. Mas, eu realmente me sinto muito desanimado e isso me atrapalha a desenvolver certas atividades (U15). Ainda, a necessidade de fazer a dieta interfere também nas atividades sociais dos sujeitos: Eu não sinto mais vontade em sair de casa porque quando vou a um aniversário ou festa, eu vejo os alimentos e sinto muita vontade de consumi-los, mas, eu sei que não posso! Então, ter vontade de comer e não poder é a minha maior dificuldade (U11).*

### Subcategoria 3 – Aspectos emocionais

Devido à cronicidade do diabetes, que o “ser” e “viver” com diabetes torna-se um grande e dificultoso caminho no cuidado em saúde, gerando reações emocionais intensas, o que faz necessário ir além das barreiras convencionais e entender que as limitações causadas pelos aspectos emocionais são as corresponsáveis pelos resultados no tratamento.

Esse fato pode ser evidenciado nas falas dos usuários: *Seguir a dieta, fazer exercício físico. Seguir a dieta é por exemplo, não comer as coisas que não pode, evitar doce, evitar massa né ...Mas eu vou ser sincera, o lado emocional não me deixa prosseguir, eu não consigo! (U6).*

Outros sujeitos expressam sua revolta e tristeza por ter que conviver com o diabetes de forma mais intensa, recusando-se em fazer o tratamento: *Tem coisas que não está na gente ... essa fase foi muito difícil e eu fiz os*

*exames e eu falei para o médico, quer saber de uma coisa, eu quero é morrer, não precisa aumentar medicamento porque a dor é demais, ela é muito forte e eu nem sei se eu vou suportar isso (U7); Mas há momentos em que eu paro e penso: será que eu sou a única rebelde? (U10).*

Quando o usuário se sente resiliente à sua condição de saúde e tem motivação suficiente para se cuidar, os impactos na qualidade de vida e os resultados no tratamento são melhores: *Eu acho até bacana de ter, assim, uma responsabilidade de cuidar. Então eu acho bacana! Me cuido, aceito e está tudo bem (U10).*

Entretanto, a maioria expressa a ansiedade e sintomas depressivos perante o tratamento, sentindo-se desmotivados: *Assim, eu fico ansiosa e começo a comer as coisas que não posso (U1); Ah ... aplicar [insulina] a gente todo dia não é fácil, não é? (U15); Ah, o meu fim vai ser muito triste (U16); E porque às vezes eu planejo aqui... Ai eu fico desanimada, não faço, deixo para outra hora (U11).*

Muitos temem ter histórias com finais trágicos, como de parentes ou amigos próximos, caracterizando um medo das complicações crônicas: *Agora eu tenho muita história na família de diabetes, meu irmão faleceu, um tio amputou a perna, uma sobrinha que até faz enfermagem adoeceu de repente, a glicose dela já foi a 600 mg/dl (U13).*

### Categoria 2: Redes de apoio

Os familiares foram citados num primeiro tópico pelos usuários como os maiores apoiadores nos cuidados em saúde. Relataram o apoio para o plano alimentar, ajudando-os a se alimentar de maneira fracionada, cooperando nas atividades físicas e incentivo-os a adotar hábitos de vida saudáveis, além de lembrá-los sobre os horários da medicação.

Cônjuges, em especial do sexo feminino, foram citados com carinho pelos usuários, os quais destacaram a relação de parceria construída: *É igual a caminhada, se for para eu sair para ir só, eu já desanimo. Ela [esposa] é minha acompanhante para tudo (U9); E ela me cobra demais, ela chega e pergunta se eu fiz a caminhada. Ela fica querendo me levar para a academia, mas academia eu não estou querendo muito não (U7).*

Os profissionais da área da Saúde foram

citados como parceiros no processo, ajudando no enfrentamento da doença e realizando práticas educativas em saúde. Ainda, os usuários ressaltaram o vínculo de amizade e empatia desenvolvido com os profissionais, o que também acarreta motivação para a mudança do estilo de vida e autocuidado: *Estou doida que as reuniões [grupos de educação em saúde] voltem, por que nelas eu tinha as metas para cumprir, me sentia mais animada (U10); Com a ajuda de vocês passei a me alimentar direitinho, não comer muito sal, nem muita gordura, sempre me orientando a fazer caminhada e tomar o remédio direitinho, tudo vem dando certo, graças a Deus (U12).*

## Discussão

A intervenção telefônica é uma recente tecnologia de cuidado em saúde e tem como proposta dar continuidade ao processo iniciado em programas educativos para usuários com diabetes, com o objetivo de construir o autocuidado e trabalhar com os dificultadores desse processo<sup>(3,5-6)</sup>. Nesse estudo, foi possível analisar os aspectos psicossociais em se viver com o diabetes, reforçar a prática de autocuidado e revelar suas principais barreiras.

A população de 78,0% de idosos do estudo foi compatível com a proposta educativa, uma vez que quando se tem prevalência de jovens e adultos, pode-se optar pelo uso de tecnologias que visem uma comunicação mais virtual, como mensagens de texto, uso de aplicativos e e-mails. Entretanto, para adultos mais velhos, instruções apresentadas por conversas face a face e telefone residencial, são mais indicadas<sup>(11)</sup>.

Apesar dos novos tratamentos e novas opções terapêuticas, a maioria dos usuários ainda não conseguem alcançar os níveis adequados de glicose sanguínea e ressentem-se por essa condição. Estudo demonstra que os desafios enfrentados pelos usuários com a condição do diabetes incluem os aspectos psicossociais, uma vez que esses podem se tornar as verdadeiras barreiras para a obtenção de bons resultados em saúde. Falta apoio psicológico e principalmente, iniciar a exploração de tais aspectos

pelos profissionais de área da saúde<sup>(12)</sup>.

Estudo que buscou adentrar nos aspectos psicossociais em viver com diabetes e pesquisar as barreiras para o autocuidado destaca aspectos como a motivação, depressão e a importância das redes de apoio, conforme comentado nos resultados do presente estudo. A motivação pode ser extrínseca ou intrínseca: a primeira ofertada pela equipe de saúde ou familiares e a segunda como a de maior peso para o sucesso no tratamento do diabetes. Sujeitos mais seguros de suas habilidades conseguem mudar suas atitudes com mais facilidade e menos sofrimento<sup>(13)</sup>.

Isto ficou claro na categoria Aspectos Emocionais, quando o usuário sente-se resiliente à sua condição de saúde, este passa a ter uma maior motivação para se cuidar. Entretanto, quando essa não está presente, apresenta-se como uma barreira importante de ser trabalhada, sobretudo pelos profissionais da área da Saúde, os quais devem assumir uma postura altruísta aos usuários, permitindo e ajudando na exploração de seus sentimentos, necessidades e valores relacionados aos cuidados em saúde<sup>(14)</sup>.

Além da motivação (ou falta dela), a presença de sentimentos negativos associados ao diabetes sugerem a presença de depressão, uma condição comumente observada em pessoas com diabetes e que pode afetar negativamente a forma como os indivíduos cuidam de si mesmos. É importante ressaltar que usuários deprimidos apresentam sintomas como perda de interesse pelo seu cuidado, cansaço e baixa auto estima<sup>(14-15)</sup>.

Quer seja barreiras relacionadas à alimentação, que seja atividade física, o que geralmente impede esses usuários de se tornarem ativos e sentirem prazer em cuidar de si são os sentimentos negativos associados à necessidade de mudar hábitos<sup>(15)</sup>. O estresse gerado pela obrigação de seguir um padrão alimentar foi unânime nas falas dos sujeitos do presente estudo, corroborando com achados na literatura de que o fato de não ser capaz de mudar o comportamento é estressante e gera sentimentos

negativos<sup>(12)</sup>.

Observou-se também a tristeza e o sentimento de revolta, que é percebido como uma reação frente ao diagnóstico e tratamento. Além disso, o medo faz-se presente na categoria Aspectos Emocionais, como uma resposta a incredulidade no tratamento e da apreensão em relação ao surgimento de outras doenças ou até mesmo da morte decorrentes das complicações do diabetes<sup>(12)</sup>. O que chega a apresentar uma dicotomia na prática do cuidado: ao mesmo tempo em que os usuários apresentam medo da condição e receio pelo futuro, não conseguem se cuidar conforme gostariam. Existe o medo das complicações, entretanto, existe a resistência ao cuidar.

É neste cenário que as redes de apoio podem auxiliar. A presença do profissional da área da Saúde nas falas do sujeitos expressa a necessidade contínua de informação e apoio. A prática educativa quando é reflexiva, disposta ao diálogo e à resolução de problemas, se mostra passível de apresentar bons resultados, tanto nos níveis glicêmicos, quanto na autoconfiança e satisfação com o tratamento<sup>(15-16)</sup>. É importante que o profissional busque entender as particularidades de cada indivíduo para que as ações educativas sejam assertivas, no sentido de alcançar as necessidades do usuário, pautado na construção de metas realistas, a partir das dificuldades destacadas pelos próprios usuários e não pré determinadas pelos profissionais ou sistema de saúde<sup>(17)</sup>.

A atuação de companheiros, familiares e amigos próximos tem impacto positivo no tratamento. Companheiros que se dispõem a dar apoio, acompanhar as práticas de atividade física e ter uma alimentação regrada, ajudam a promover melhores resultados a partir do momento que incentivam e acompanham uma vida saudável<sup>(16)</sup>. Na categoria Redes de Apoio, aqueles usuários que contavam com o suporte contínuo de companheiros (as) e familiares, conseguiam alcançar suas metas, como atividade física, e se sentiam mais motivados. O que gera a reflexão sobre a necessidade de se educar não somente os usuários, mas sobretudo, seus companheiros e membros de convívio diário<sup>(16)</sup>.

Em suma, viver com diabetes é viver em busca de sentidos para sua condição, é ter a necessidade de adotar um posicionamento em relação ao seu cuidar e ter uma postura mais autônoma e reflexiva diante de seus empasses. A prática de autocuidado é um longo passo a passo, o qual necessita ser avaliado constantemente e regado com doses diárias de motivação. É necessário tentar equilibrar aspectos psicossociais da condição do diabetes, harmonizando os pólos negativos e positivos, a fim de que a percepção sobre a saúde não culmine em um cuidar contraproducente.

Isto posto, reafirma-se o papel da educação em saúde, em suas múltiplas estratégias, como a intervenção telefônica, como uma possibilidade de dar suporte, construir conhecimento, modificar hábitos não saudáveis, prevenir complicações crônicas e, principalmente, trabalhar os aspectos que influenciam na qualidade de vida dos usuários<sup>(18-19)</sup>.

Todavia, é necessário que esse contato seja um acompanhamento contínuo, a fim de que o profissional da área da Saúde consiga nortear as ações educativas, visando incentivar a prática do autocuidado, bem como antecipar as complicações inerentes ao diabetes. Dessa forma, a intervenção telefônica torna-se uma proposta viável, uma vez que, propõe o estabelecimento de metas, atualiza os conhecimentos em relação aos cuidados em saúde, estabelece a criação de vínculo profissional/usuário, levando a uma melhor perspectiva do cuidado<sup>(3,5-6)</sup>.

Como limitações do estudo, cita-se a localização da amostra, sendo todos usuários pertencentes a uma única regional. Faz-se necessário conhecer barreiras relacionadas ao autocuidado em diferentes culturas e localidades.

## Considerações Finais

Ao passo em que os fatores psicossociais podem adicionar mais complexidade ao autocuidado do diabetes, abordagens holísticas que englobem as pessoas com diabetes e seus familiares precisam

ser adotadas. A avaliação psicossocial do indivíduo precisa ser etapa constituinte e permanente do tratamento do diabetes. Fatores psicossociais influenciam fortemente a habilidade do indivíduo em incorporar as práticas de autocuidado e mudar seu comportamento relacionado à saúde.

Para tanto, a educação em diabetes deve transmitir informações-chave, que ajudem o usuário a compreender os aspectos emocionais e as atitudes em relação às práticas educativas para o autocuidado promovendo um estilo de vida saudável

No presente estudo, as maiores dificuldades apresentadas pelos usuários foram relacionadas à atividade física, alimentação e aspectos emocionais. Estando os últimos presentes e associados a todos os outros aspectos. Fato este que confirma a necessidade de se compreender o impacto dos aspectos psicossociais, sobretudo os sentimentos e atitudes negativas, sobre as práticas de autocuidado em diabetes.

Compreender as particularidades do usuário com a condição do diabetes é uma necessidade premente para os profissionais da área da Saúde, os quais podem explorá-las por meio de práticas educativas, como a intervenção telefônica, proporcionando a construção do vínculo e a corresponsabilização do cuidado.

## Agradecimentos

À Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gérias - Processo: APQ-03598-12.

## Colaborações

Cecilio SG contribuiu na concepção do projeto, análise dos resultados e aprovação final da versão a ser publicada. Brasil CLGB, Vilaça CP, Silva SMF e Vargas EC contribuíram na coleta de dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Torres HC contribuiu na redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Tang TS, Funnell MM, Brown MB, Kurlander JE. Self-management support in "real-world" settings: an empowerment-based intervention. *Patient Educ Couns*. 2010; 79(2):178-84.
2. Zoffmann V, Kirkevold M. Realizing empowerment in difficult diabetes care: a guided self-determination intervention. *Qual Health Res*. 2012; 22(1):103-18.
3. Goodarzi M, Ebrahimzadeh I, Rabi A, Saedipoor B, Jafarabadi MA. Impact of distance education via mobile phone text messaging on knowledge, attitude, practice and self efficacy of patients with type 2 diabetes mellitus in Iran. *J Diabetes Metab Disord* [internet]. 2012 [cited 2015 Mar. 13];11(1):10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598175/>
4. Gamboa M, Perez S, Vrotsou K, Arbonies OJC, Del Campo PE, Ochoa RGL, et al. Impact of a self-care education programme on patients with type 2 diabetes in primary care in the Basque Country. *BMC Public Health* [internet]. 2013 [cited 2015 Mar. 13];13:521. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3680082/>
5. Torres H, Reis IA, Roque C, Faria P. Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária. *Cienc Enferm*. 2013; 1(1):95-105.
6. Beradinelli LMM, Guedes NAC, Ramos JP, Silva MGN. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. *Rev Enferm UERJ*. 2014; 22(5):603-9.
7. Wu JJ, Sung HC, Chang AM, Atherton J, Kostner K, Courtney M, et al. Protocol for a randomised blocked design study using telephone and text-messaging to support cardiac patients with diabetes: a cross cultural international collaborative project. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2013 [cited 2015 Mar. 13]; 13(1):402. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852414/>
8. Salci M, Maceno P, Rozza S. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1):224-30.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.

10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
11. Mulvaney SA. Improving patient problem solving to reduce barriers to diabetes self management. *Clinical Diab*. 2009; 27(3):99-104.
12. Nicolucci A, Burns KK, Holt RIG, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H, et al. Research: Educational and Psychological Issues Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2TM): Cross diabeteswith diabetes. *Diabet Med*. 2013; 30(7):767-77.
13. Ahola AJ, Groop PH. Barriers to self-management of diabetes. *Diabet Med*. 2013; 30(4):413-20.
14. Lopes AAF. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. *Saúde Soc*. 2015; 24(2):486-500.
15. Ludman EJ, Peterson D, Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, et al. Improving confidence for self care in patients with depression and chronic illnesses. *Behav Med* [internet]. 2013[cited 2015 Mar. 13]; 39:1-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3628828/>
16. Van Puffelen AL, Rijken M, Schellevis FG. Living with diabetes: a group-based self-management support programme for T2DM patients in the early phases of illness and their partners, study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2014 [cited 2015 Mar. 13]; 14:144. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3977690/>
17. Raaijmakers LGM, Hamers FJM, Martens MK, Bagchus C, Vries NK, Kremers SPJ. Perceived facilitators and barriers in diabetes care: a qualitative study among health care professionals in the Netherlands. *BMC Fam Pract* [internet]. 2013[cited 2015 Mar. 13]; 14(1):114. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751909/>
18. Faria HTG, Veras VS, Xavier ATFX, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. Quality of life in patients with diabetes mellitus before and after their participation in an educational program. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2):354-8.
19. Ratanawongsa N, Bandhari VK, Handley M, Rundall T, Hammer H, Schilinger D. Primary care provider perceptions of the effectiveness of two self-management support programs for vulnerable patients with diabetes. *J Diabetes Sci Technol*. 2012; 6(1):116-24.