



Percepção de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca de um processo de educação para a saúde*

Perception of people with type 2 diabetes mellitus concerning an educational health process

Percepción de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 sobre un proceso de educación para salud

Aliny de Lima Santos¹, Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio², Sonia Silva Marcon³

Objetivo: apreender a percepção de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca da participação em um processo de educação para a saúde. **Métodos:** investigação qualitativa, desenvolvida com 26 pessoas com diabetes cadastradas na Associação de Diabéticos. Realizaram-se 12 encontros intitulados “processo reflexivo-educativo”, fundamentando-se na estratégia teórico-metodológica dos Círculos de Cultura. Encontros gravados, transcritos e analisados segundo identificação de temas geradores e situações limite. **Resultados:** emergiram duas unidades temáticas: Estar em grupo: espaço de acolhimento e construção de conhecimento; e, Percebendo mudanças decorrentes do estar em grupo. Os encontros participativos mostraram-se eficiente, à medida que se configuraram como rede de apoio, espaço de motivação, construção de conhecimento sobre a doença, convivência com ela, e aproximação entre profissionais e indivíduos. **Conclusão:** a educação em saúde com abordagem participativa foi percebida como satisfatória, favorecendo a convivência com a doença e a mudança de hábitos.

Descritores: Diabetes Mellitus Tipo 2; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Enfermagem.

Objective: to understand the perception of people with type 2 diabetes mellitus about the participation in an educational health process. **Methods:** qualitative study, conducted with 26 people with diabetes enrolled in the Association for Diabetics. There were 12 meetings entitled “reflective-educational process”, based on the theoretical and methodological strategy of the Culture Circles. Meetings were recorded, transcribed and analyzed according to identification of generative themes and extreme situations. **Results:** two thematic units emerged: Being in group: space for embracement and construction of knowledge; and Realizing changes resulting from being in a group. Participatory meetings proved to be efficient, as they were configured as support network, space for motivation, construction of knowledge about the disease, living with it, and approximation between professionals and individuals. **Conclusion:** health education with participatory approach was perceived as satisfactory, favoring living with the disease and changing habits.

Descriptors: Diabetes Mellitus, Type 2; Health Promotion; Health Education; Nursing.

Objetivo: apreender la percepción de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 sobre la participación en un proceso educativo para salud. **Métodos:** investigación cualitativa, desarrollada con 26 personas con diabetes, registradas en Asociación de Diabéticos. Hubo 12 reuniones intituladas “proceso reflejo-educativo”, basándose en la estrategia teórica y metodológica de los Círculos de Cultura. Reuniones grabadas, transcritas y analizadas según identificación de temas generadores y situaciones extremas. **Resultados:** surgieron dos unidades temáticas: Estar en grupo: el espacio de acogida y construcción del conocimiento; y Percibiéndose cambios resultantes de estar en grupo. Reuniones participativas demostraron ser eficientes, ya que se configuraron como soporte de red, espacio de motivación, construcción del conocimiento sobre la enfermedad, convivencia con ella, y aproximación entre profesionales e individuos. **Conclusión:** educación para salud con enfoque participativo se percibe como satisfactoria, lo que favorece el convivio con la enfermedad y el cambio de hábitos.

Descriptor: Diabetes Mellitus Tipo 2; Promoción de la Salud; Educación en Salud; Enfermería.

*Artigo originado da dissertação: “Educação para a saúde de diabéticos através dos círculos de cultura: uma estratégia de intervenção em enfermagem”, Universidade Estadual de Maringá, 2011.

¹Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Fortaleza, CE, Brasil.

²Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

Autor correspondente: Aliny de Lima Santos

Rua Casemiro de Abreu, 460, Bloco A apto 306. CEP: 60710-250. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: aliny.lima.santos@gmail.com

Introdução

O diagnóstico do diabetes mellitus tipo 2, traz consigo uma nova rotina e, deste modo, viver com diabetes mellitus tipo 2 implica em ajustar-se a mudanças no estilo de vida nos hábitos alimentares, adequação de rotinas, implementação de cuidados e procedimentos de controle da glicemia, objetivando a prevenção das complicações agudas e crônicas para um viver saudável⁽¹⁾. Destarte, promover a aceitação e a boa convivência com a doença, constituem-se em prioridade para o sistema de saúde, especialmente, mediante um melhor conhecimento sobre a doença⁽²⁾.

Deste modo, o manejo eficiente da doença pode ser facilitado por meio de atividades educativas que valorizem a capacitação dos doentes e das pessoas que com eles convivem. Para tanto, é imprescindível o acesso a informações e orientações que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, à terapêutica medicamentosa, às habilidades e atitudes necessárias para o autocuidado de forma consciente e autônoma⁽³⁻⁴⁾. Não obstante, a educação em saúde tem sido apontada como um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária no Brasil⁽⁴⁾, e é ainda mais eficiente quando baseada no diálogo e na troca de saberes científico e popular, o que auxilia as pessoas a atuarem de forma ativa no processo saúde-doença⁽⁵⁾.

No que tange a enfermagem, a assistência mediada pela educação em saúde encontra-se em evidência, já que atualmente é reconhecida como uma estratégia promissora no enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde⁽⁵⁾. A educação em saúde se insere no contexto da atuação da enfermagem com vistas ao estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e cliente, em que este busque conscientizar-se sobre sua situação de saúde-doença e perceba-se como sujeito de transformação de sua própria vida⁽⁶⁾.

Contudo, nem sempre esta abordagem é utilizada de modo a favorecer o diálogo e a participação coletiva. Na prática cotidiana, o que se percebe é que

enfermeiros atuantes na atenção primária de oito municípios do estado do Paraná, apesar de reconhecerem a importância da realização da educação na saúde e desenvolvam ações educativas constantemente no seu trabalho junto à população; mantenham estas ações focadas na doença e no repasse de informações apenas quando o usuário busca atendimento, muitas vezes quando a doença está com seu curso avançado⁽³⁾. Reforça-se aqui a necessidade de implementar abordagens diferenciadas de educação em saúde, especialmente pelos profissionais de enfermagem, como aqueles que atuam de modo mais direto junto aos indivíduos⁽³⁾.

Durante práticas educativas com vistas ao autocuidado do diabetes tipo 2, o indivíduo deve participar das decisões, sendo necessário considerar, entre outros aspectos, o nível de conhecimento, a autoeficácia e a motivação para aderir ao tratamento⁽⁷⁾. Logo, o conhecimento da pessoa com diabetes tipo 2 sobre a doença e os aspectos inerentes ao seu controle e manejo adequados são fundamentais para o autocontrole da doença⁽²⁾.

Todavia, observa-se no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária, que as atividades educativas são realizadas por meio de práticas coletivas e palestras, com a finalidade de oferecer informações sobre a doença. Estas, muitas vezes, possuem reduzida expressão participativa⁽⁴⁾, ignorando muitas vezes a experiência, vivência, cultura e crenças sobre a doença, bem como formas de adaptações empregadas^(3,5).

Quando baseadas no diálogo e em discussões grupais, as abordagens educativas têm maior impacto e alcance social, pois, permitem a participação ativa dos sujeitos que tem em comum a convivência com a mesma doença. Além disso, favorecem a compreensão da dimensão social e das dificuldades vividas, bem como a busca coletiva de respostas a questões latentes que, muitas vezes, só emergem na interação entre pessoas com experiências semelhantes⁽⁸⁾.

Destarte, nas práticas de saúde, a problematização e o diálogo, constituem caminhos capazes de con-

tribuir com a estratégia de promoção da saúde, o que requer dos profissionais aptidão para trabalharem sob este enfoque e repensem as práticas de repasse de informações sobre a doença e prescrição de comportamentos, abrindo-se à possibilidade do compartilhamento mútuo de saberes⁽⁹⁾. Neste sentido, a educação em saúde de modo participativo, configura-se como um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimentos entre seus participantes, possibilitando ao sujeito participante intervir na realidade⁽¹⁰⁾. Diante do exposto, o objetivo do estudo foi apreender a percepção de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca da participação em um processo de educação para a saúde.

Método

Estudo descritivo de natureza qualitativa e abordagem participativa, desenvolvido junto às pessoas com diabetes tipo 2 cadastradas na Associação de Diabéticos de Maringá, Paraná, Brasil.

Para a realização do estudo e coleta das informações, adotou-se como estratégia metodológica os Círculos de Cultura, proposta por Paulo Freire, durante 12 encontros chamados “processo reflexivo-educativo”. Esta abordagem, também conhecida como “Itinerário de Pesquisa”, é constituída por etapas distintas que se interrelacionam em movimentos de construção que avançam ou retroagem, conforme as necessidades⁽¹⁰⁾. Ademais, propõe a realização de um processo de educação voltado para a construção conjunta do conhecimento, por meio de um espaço dinâmico de aprendizagem com troca de experiências. Neste processo, educador e educando possuem conhecimentos e estão aptos tanto a oferecer, como a receber informações⁽¹¹⁾.

A reflexão decorrente desta abordagem coletiva permite decodificação, reconhecimento de problemas e busca por soluções adequadas, sempre mediante a construção grupal⁽¹⁰⁾. Esta proposta de educação é capaz de proporcionar àqueles que dela participam, a oportunidade de se tornarem agentes ativos da

transformação, de desenvolverem a capacidade de observar a realidade, refletirem sobre ela e de buscarem os meios possíveis para modificá-la⁽¹²⁾.

Os encontros foram realizados semanalmente na Associação, no período de maio a julho de 2011, com duração média de 90 minutos cada. Como critérios de inclusão, foram convidados a participar dos encontros pessoas com diabetes tipo 2, maiores de 18 anos, de ambos os sexos. A proposta de realização dos grupos foi divulgada por meio de cartazes fixados na associação e por contatos telefônicos com as pessoas cadastradas. Após a solicitação aos participantes e mediante permissão de todos, os encontros foram integralmente gravados, com o uso de aparelho digital.

Na operacionalização de cada um dos 12 encontros, foram considerados três momentos: 1. Investigação Temática e Levantamento dos Temas Geradores; 2. Codificação e Descodificação dos Temas Geradores e 3. Desvelamento Crítico das Problemáticas⁽¹¹⁾.

No primeiro momento, os temas geradores foram identificados a partir do desenvolvimento de oficinas que envolviam atividades como escrita, pintura, colagem e desenho, as quais permitiam aos participantes explicitarem os temas de maior interesse, refletirem sobre os mesmos e manifestarem verbalmente os sentimentos envolvidos neste processo. Os aspectos manifestados por cada participante eram registrados pelos facilitadores e ao final das atividades eram expostos ao grupo para validação de sua pertinência. No segundo momento, configurando o momento de Codificação e Descodificação dos temas geradores, os participantes podiam ainda acrescentar outros aspectos que considerassem relevantes, de tal modo que temas e palavras geradoras eram codificadas e decodificadas; buscando a conscientização e identificação das situações-limite e seu significado para os participantes⁽¹¹⁾.

O terceiro e último momento, o Desvelamento Crítico, consistia na tomada de consciência sobre as problemáticas enfrentadas e a situação vivencial, com o reconhecimento e discussão dos limites, dificuldades

e possibilidades diante da realidade. A partir disso, discutiam-se os temas apontados anteriormente, visando identificar possíveis soluções⁽¹¹⁾.

O processo de tratamento dos dados teve início com a transcrição literal dos encontros, leituras flutuantes e leituras minuciosas de todo o conteúdo transcrito, até que fossem identificadas as situações-limites que permeiam o viver com diabetes e os temas geradores, a fim de obter a agregação dos dados e a transformação dos mesmos em núcleos de compreensão do texto, por afinidade de temas/ assuntos. Finalmente, ocorreu um aprofundamento das leituras e identificação das unidades temáticas, considerando os objetivos da pesquisa, os temas surgidos durante a coleta e análise dos dados e os pressupostos teóricos⁽¹⁰⁾.

No decorrer dos 12 encontros do grupo, os relatos dos participantes evidenciaram as situações limites, temas e palavras geradoras, traduzindo as percepções relacionadas à participação nos círculos de cultura, permitindo classificá-las em duas unidades temáticas: Estar em grupo: espaço de acolhimento e construção de conhecimento; e, Percebendo mudanças decorrentes do estar em grupo.

O desenvolvimento do estudo seguiu os preceitos éticos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer 148/2011). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e, para garantir seu anonimato, estão identificados com a letra P (de participante), seguido por um número identificador e das letras M ou F, indicativas do sexo masculino e feminino (ex: P1F).

Resultados

Das 26 pessoas com diabetes tipo 2, nove eram mulheres e 17 homens. As mulheres tinham idade que variando de 38 a 64 anos e participaram de dois a sete encontros. Os homens tinham idade entre 42 e 83

anos e participaram de um a nove encontros. A renda mensal variou de dois a quatro salários mínimos e suas famílias eram constituídas por dois a cinco membros, sendo que um dos participantes morava sozinho. Entre eles, 15 eram casados, seis divorciados, três viúvos e dois solteiros. O tempo de convivência/diagnóstico da doença variou de quatro meses a 19 anos; e 19 participantes faziam tratamento apenas com antidiabéticos orais e sete associavam o uso de insulina.

No decorrer dos 12 encontros, os relatos traduziram as percepções relacionadas com a participação no grupo de educação para a saúde, permitindo classificá-los em duas categorias: Estar em grupo: espaço de acolhimento e construção de conhecimento, e percebendo mudanças decorrentes do estar em grupo.

Estar em grupo: espaço de acolhimento e construção de conhecimento

Os indivíduos revelaram sentirem-se satisfeitos com a forma de condução dos círculos, considerando que lhes era oportunizado manifestar suas ideias e dúvidas, além de também discutir, de forma conjunta, as problemáticas vivenciadas: *Eu gosto quando ficam explicando várias coisas sobre o diabetes. Mas do jeito que a gente faz aqui na reunião, acho que fica ainda melhor. Porque é diferente, não é? A gente não fica só ouvindo, a gente fala, também, discute junto e cada um tem seu espaço para falar o que acha sobre os assuntos (P4M). Aqui a gente fica um ouvindo sobre os problemas do outro e fica pensando: - Meu problema nem é tão grande assim! A gente vai à palestra, mas eu não gosto de ir lá porque é só para ouvir o médico ou a enfermeira, falando para gente tomar o remédio direitinho, que é para controlar bem o diabetes. Eles nem sabem nada de mim, nem me escutam (P22F).*

Os relatos mostram aspectos importantes, relacionados ao incomodo com as imposições e prescrições de comportamentos e hábitos por parte dos profissionais de saúde e, por esta razão valorizam o fato de poderem se manifestar e, ao tomarem conhecimento dos problemas experienciados

por outras pessoas, minimizam seus problemas. Porém, mostraram-se entristecidos com a forma de abordagem de alguns profissionais em relação à adesão ao tratamento, que associam o descontrole glicêmico a não adesão correta às orientações recebidas: *Quanto mais a gente vai ao médico, mais ruim a gente vai ficando. A gente se sente mal tendo que fazer só o que ele manda. O meu médico passou um remédio para o diabetes e uma dieta, mas não resolveu, daí ele foi mudando e mudando de remédio e nada de funcionar. Ele acabou falando que era eu quem não estava fazendo o que ele mandava. Por isso gosto de vir aqui! Aqui sou ouvido, me sinto bem, posso conversar, contar meus problemas e sempre saio com vontade de melhorar e voltar semana que vem contando as mudanças* (P6M). *Eu comecei ir à nutricionista que passou uma dieta, mas cada vez que eu ia lá, pesava mais e ela falava que eu só podia estar fazendo algo de errado. Daí, não estava dando resultado mesmo, parei de ir. Comecei a seguir a minha dieta do jeito que eu achava que devia ser. Comecei a vir nas reuniões, e me sinto bem melhor. Sei que apenas vir aqui não vai mudar minha doença, mas converso, escuto vocês, e isso me ajuda a ter vontade de mudar, a ter força* (P13M).

O incentivo percebido pela participação no grupo pode ser visto por meio do relato e das experiências compartilhadas que possibilitam tornar o conhecimento, propriedade de todos e para todos, ampliando as condições para uma convivência mais tranquila com a doença: *Quando eu descobri que estava com diabetes, não sabia nada sobre a doença, daí, fui ao médico e ele meio que me explicou, falou tudo que eu podia e não podia comer, me deu uma listinha, e me passou remédio. Voltei para casa desesperada! E agora? Eu vou morrer? Vou amputar minha perna? Ainda hoje não sei direito como é que essa doença funciona, mas vindo aqui, aprendi bastante coisa. Olha, agora entendo muito melhor do que antes* (P25F).

Dessa forma, o convívio com outras pessoas que possuem as mesmas experiências e dificuldades motiva as pessoas a lutarem por mudanças e por uma melhor qualidade de vida: *Como no caso dela* (se referindo a P17F) *que veio aqui e disse que se negava a reconhecer que tinha diabetes, que não contava para ninguém para não ter ninguém cobrando a alimentação. As pessoas chegam aqui e parece que se sentem livres para falar, para desabafar, sem medo de ser recriminado. Acho que desse jeito, quando a gente fala, quando reconhece mesmo,*

fica mais fácil de mudar (P12M). *Um dia vou chegar aqui contando que consegui ficar igual ao P8M, que consegue se controlar na comida sem problemas, que sai para dançar. Venho aqui e vejo ele falando e parece tão fácil. Se ele pode, se ele consegue, eu também vou conseguir* (risos) (P19M).

Percebendo mudanças decorrentes do estar em grupo

Os depoimentos de uma mesma pessoa no início e após algumas participações nos encontros demonstra as mudanças ocorridas, decorrentes, principalmente, de uma melhor aceitação da doença: *Não é fácil ser diabético, não comer o que eu gosto; viver regrando as coisas, as comidas. Isso não é vida!* (P16M - primeira participação). *Antes me irritava muito com essa doença, parece que nem aceitava direito sabe? Parece que agora eu não vejo mais dessa forma. Passei a ver que tenho muito o que fazer ainda, que essa doença não é o fim do mundo. Me sinto bem melhor agora, até a relação com a minha família melhorou* (P16M - sétima participação).

Uma das participantes revelou que outrora omitia da família a doença, por temer imposição e interferência em seus hábitos alimentares e depois que contou sobre a doença, passou a reconhecer que os familiares podem ser aliados importantes: *Nunca contei para a minha família que tenho diabetes. Essa doença é minha, não sinto vontade de contar para ninguém, até porque se contar vão vir falando o que eu tenho que comer e fazer. Não tenho idade mais para receber ordem de filho e de marido* (P17F - primeira participação). *Depois que contei para o meu marido e meus filhos que tenho diabetes, eles brigam sempre pela minha alimentação* (risos), *mas foi bom, porque passei a me alimentar melhor, sem falar que meu marido me surpreendeu, ficando todo atencioso e preocupado comigo. Não posso espirrar que ele vem todo cheio de cuidados* (P17F - quarta participação).

Outra participante, por sua vez, mostrou que a maior mudança foi sua relação com a comida e, de certa forma, ter compromisso com o grupo foi o grande incentivador de mudanças: *A hora que eu me lembro do doce fico doída, macarrão então, vou lá e como mesmo, nem me importo. Se morrer, ao menos morro feliz por ter comido o que queria* (P4F - primeira participação). *Queria contar uma coisa para vocês: hoje*

passei no mercado, mas antes passei naquela parte de doces, aquela mesma que antes eu não resistia. Nossa eu olhava, cada doce um mais delicioso que o outro. Mas eu não comprei gente (risos) lembrei de vocês e não comprei (P4F - quinta participação).

Já para esta participante, o aspecto que passou a ser valorizado foi a verificação da glicemia capilar: *Não gosto de medir (se referindo à verificação de glicemia capilar), acho que quando a gente mede, começa a ficar paranoico e revoltado com o açúcar no sangue que nunca baixa. Não dói, não sinto nada, então para mim está tudo bem. Eu sei que vai dar alterada mesmo (P26M - primeira participação). Eu estou medindo três a quatro vezes por semana, para ver se está alterado. Como as coisinhas com mais cuidado e sempre de olho. É muito bom ver que mesmo comendo as coisinhas que gosto, com moderação, certinho, quando faço o exame, vejo que está indo bem. Esse negócio de ficar fazendo o exame é uma boa mesmo (P26M - sexta participação).*

Discussão

Os relatos nos permitem inferir que a participação nos grupos foi valorizada pelos sujeitos, e mesmo apresentando pequenas alterações no automanejo da doença, percebeu-se que foram satisfatórias para todos, independentemente do tempo de diagnóstico e do tipo de convivência com a doença que tinham. Todos foram considerados sujeitos autônomos, repletos de conhecimentos e vivências a serem compartilhadas, e com potencialidades para gerirem sua própria mudança e ao mesmo tempo capazes de inspirá-la em outros, o que os motivou às mudanças e melhor aceitação da doença⁽⁸⁾.

Este tipo de relação favoreceu a comunicação, a satisfação e as mudanças por parte dos participantes, especialmente quanto aos hábitos alimentares, que passaram a ser melhor adaptados a condição de cada um. Cabe destacar que muitas mudanças foram relatadas no grupo, e nestes momentos era possível perceber o orgulho por conseguir superar obstáculos. Ficou, também, evidente o quanto os participantes valorizavam a oportunidade de trocarem experiências, as conquistas relatadas e o quanto estas lhes serviam de estímulo e exemplo a ser seguido.

Deste modo, compreende-se que a promoção da saúde, realizada por meio de atividades educativas com abordagem participativa, enquanto estratégia no tratamento e manejo do diabetes necessita ser cada vez mais valorizadas e utilizadas por profissionais de saúde de diversas áreas. Estas devem instrumentalizar as pessoas por meio de informações sobre a doença e seu acompanhamento, além de estimular a adoção de hábitos saudáveis, o que melhora a qualidade de vida e aumenta a autonomia do indivíduo frente à doença⁽¹²⁾.

Promover atividades de educação para a saúde junto às pessoas com diabetes tipo 2, pode ter papel fundamental no incentivo e apoio para assumirem a responsabilidade no controle e aceitação da doença e seu tratamento⁽¹³⁾. Efeitos positivos do processo educativo em diabetes, já foram identificados em várias partes do mundo⁽¹⁴⁾, a qual apresenta que, ao receber tratamento eficiente, apoio e estímulo ao autogerenciamento e seguimento regular, as pessoas apresentam melhora no controle glicêmico, na prevenção e no controle das complicações agudas e crônicas.

Destarte, melhora das noções conceituais, especialmente sobre a definição da doença, seus sintomas, complicações e fatores comportamentais importantes para seu controle são percebidas em indivíduos que vivenciam intervenções baseados em educação em saúde para pessoas com diabetes⁽⁷⁾. Ademais, as ações de educação em saúde podem ser desenvolvidas em grupo e individualmente, favorecendo uma maior aproximação entre profissional de saúde e doente⁽¹⁵⁾. Quando em grupo, os benefícios das ações de educação em saúde são ainda maiores^(4,9), pois, em geral, os participantes referem satisfação em poder compartilhar vivências com aqueles que compreendem a problemática por experiência própria⁽¹⁵⁾.

Ademais, os resultados do presente estudo evidenciam que, o “estar em grupo” favoreceu a socialização e a construção coletiva de conhecimento sobre o diabetes tipo 2 e as possíveis formas de convivência com a mesma. Isto ocorre, porque, ao mesmo tempo, os indivíduos têm oportunidade de

relatar sua vivência com a doença, identificam e reconhecem a vivência dos outros a sua própria, e ainda, consegue apreender diferentes maneiras de enfrentá-la, elaborando, de modo conjunto, estratégias para seu tratamento⁽¹⁰⁾.

Pesquisas, também, sugerem essa alternativa e concluem que a educação para o autocuidado, facilita o conhecimento e as habilidades que envolvem práticas saudáveis, de modo a melhorar o controle metabólico e preservar ou melhorar a qualidade de vida com custos razoáveis^(10,15). A padronização americana da educação para o automanejo em diabetes (*Diabetes Self Management Education*) assinala a importância do processo educativo baseado nas necessidades educacionais da população, mediante história clínica do indivíduo, idade, influência cultural, crenças e atitudes em saúde, conhecimento sobre diabetes, disponibilidade para aprender, nível de escolaridade, apoio familiar e status financeiro⁽¹⁶⁾.

Por sua vez, a abordagem dialógica e participativa substitui o modelo de repasse de conhecimento, na qual a prática educativa em saúde coloca os pacientes no papel de “alunos” ou “ouvintes” meramente. Esta abordagem vai além, e a escolha por desenvolvê-la, deu-se mediante o desejo de ensinar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, gerando a reflexão-ação na elaboração coletiva de formas de melhor conviver com o diabetes tipo 2⁽¹¹⁾. A maior qualidade percebida nesse grupo foi a manifestação/participação da maioria dos indivíduos em todos os momentos do diálogo, validando a prática, pois buscou extrapolar o aprendizado individual, produzindo, também, modos próprios e renovados, solidários e coletivos de vivenciar o diabetes.

Assim, não reconhecer a prática educativa como um espaço para crescimento coletivo, mediante conhecimentos construídos a partir da troca de experiências, a deixa pouco atrativa e não adaptada à realidade daqueles que dela participam⁽¹³⁾. Isto foi observado nos depoimentos dos participantes quando estes se referiam às palestras que participavam, caracterizando-as como insatisfatórias e inespecíficas.

As palestras, de modo geral, além de não estimularem a participação efetiva dos sujeitos, oferecem informações prontas, as quais se apresentam de forma impositiva, prescrevendo atitudes e hábitos não coerentes com as reais necessidades e disponibilidade dos participantes⁽⁴⁻⁵⁾.

Em suma, a falta de conhecimento sobre a doença tanto dos cuidadores quanto dos próprios indivíduos, associada à inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se diretamente ao problema da adesão às práticas saudáveis e ao tratamento⁽⁸⁾. Essas constatações sinalizam a ineficácia das estratégias tradicionais, sendo necessário que se incorporem nos serviços de saúde novas abordagens capazes de motivar as pessoas com diabetes tipo 2, fazendo com que se sensibilizem para a adoção de novos hábitos e estilo de vida, conscientizando os mesmos sobre os riscos que a doença pode trazer caso não alcancem seu controle⁽⁷⁾.

Um exemplo desta realidade pode ser constatado em um estudo realizado com 52 profissionais de saúde atuantes na atenção primária, com o objetivo de conhecer suas concepções a respeito do termo “educação em saúde”. Apesar de em alguns momentos reconhecerem que o usuário deveria ser partícipe do processo educativo, de forma geral, prevaleceu o entendimento de que se deveria simplesmente repassar informações, pois assim corre-se menos riscos de o usuário não compreender a abordagem e o conteúdo⁽¹⁷⁾.

A abordagem tradicional de ensino torna-se enraizada desde o processo de formação dos profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros, tendo como consequência sua perpetuação como única abordagem disponível nas práticas educativas vivenciadas no cotidiano destes profissionais. Esta abordagem, por sua vez, resulta em imposições de condutas de saúde desarticuladas das expectativas e interesses da comunidade⁽⁹⁾. Não obstante, os profissionais de saúde, em sua maioria, reconhecem a palestra como a metodologia mais

adequada e que melhor caracteriza a educação em saúde, dirigida a usuários que são compreendidos como aqueles que mantêm estilos de vida inadequados e que precisam ser corrigidos^(1,17).

Por meio da educação participativa, torna-se possível minimizar esta lacuna, fundamentando-se na reflexão da realidade dos participantes, decifrando e transformando-a⁽¹¹⁾. Nos encontros realizados por nós, enfrentamento da doença voltado para a realidade de cada participante, seus valores, saberes e especificidades foi valorizado em todos os encontros. Neste sentido, compreendemos que o propósito da educação em saúde é capacitar as pessoas para manterem-se saudáveis a partir do acesso a informação e a oportunidades que permitam fazer escolhas em direção a uma vida mais saudável^(13,18). A ausência de uma comunicação mais efetiva entre profissionais de saúde e pessoas com diabetes interfere numa melhor qualificação da assistência⁽¹⁾.

Este fato pôde ser percebido quando os participantes relataram que, mesmo seguindo as orientações corretamente, não conseguem manter as taxas glicêmicas controladas, e por esta razão eram considerados não aderentes e desobedientes. Isto evidencia a lacuna na comunicação entre pacientes e profissionais, o que desfavorece ainda mais a adesão ao tratamento da doença, pois a pessoa com diabetes não se sente reconhecida no seu esforço em mudar certos hábitos^(13,19).

Os relatos de alguns participantes mostram que a imposição dos profissionais de saúde é percebida de forma negativa pelos doentes, e o mais grave é que este tipo de relação com os profissionais de saúde, ao invés de favorecer a adesão ao tratamento, leva os indivíduos a ignorarem as orientações recebidas. Em contrapartida, sentiram-se acolhidos, compreendidos, estimulados e respeitados quando participando dos grupos promovidos neste estudo. Ao realizar a educação para a saúde, tendo como referencial o círculo de cultura, foi possível instrumentalizar os sujeitos para que reconhecessem suas potencialidades para o autocuidado, aceitassem a doença e convivessem com

ela por meio de recursos próprios^(1,10).

Evidenciou-se ainda que o não monitoramento dos valores glicêmicos se configurou como uma forma de fugir do problema, negar a possibilidade de agravo da doença e de mascarar a ausência de adesão ao tratamento. Observou-se que houve mudança de atitudes, como uma melhor conscientização sobre a importância de hábitos alimentares adequados, e melhor monitoramento da glicemia capilar para o controle da doença. Além disso, a constatação do controle foi percebida como uma forma de recompensa pelo esforço compreendido no controle da alimentação.

Ademais, observou-se que a abordagem por meio de oficinas educativas utilizada no presente estudo, foi eficiente e favoreceu a participação de todos, visto que suscitava as discussões mediante a demanda daqueles que ali estavam. Valorizar as atividades de recreação e socialização dos grupos como estratégia de promoção de autoestima, favorecer a comunicação e o estabelecimento de relações sociais, valorizar atividades culturais e oportunizar momentos de descontração e alegria; estimulam a participação dos indivíduos e transformam o grupo em um momento de expressar seus sentimentos, medos e dúvidas relacionadas ou não à doença, de modo mais aberto⁽⁹⁾. Resultados semelhantes foram observados em revisão integrativa⁽²⁰⁾ que buscou fazer um apanhado das abordagens para promover estratégias educativas junto às pessoas com diabetes tipo 2.

Os achados desta revisão⁽²⁰⁾ sinalizam que as oficinas têm ganhado espaço nos estudos de educação em saúde, devido sua repercussão positiva entre os participantes, sendo considerada uma estratégia pedagógica de fácil compreensão, interativa, lúdica e motivadora, além de favorecer a discussão dos desafios e dificuldades para a estruturação da prática da educação em diabetes. Concluíram ainda que a realização de encontros educativos possibilita modificações mais significativas no estilo de vida, contribuindo para a promoção da saúde e bem-estar.

Cabe salientar que a partir dos depoimentos, foram identificados diversos aspectos válidos

mediante a participação no processo educativo, tais como o reconhecimento das dificuldades e da possibilidade de superação, o reconhecimento do grupo como espaço para liberdade de expressão e de compartilhamento e a inspiração nas conquistas dos outros, para assim buscar suas próprias.

O acometimento por uma doença crônica, em especial do diabetes tipo 2, supõe alterações significativas na vida de uma pessoa, não somente pelos efeitos deletérios da própria doença, mas também pelas medidas de controle glicêmico, dieta, realização de atividade física e possíveis mudanças no estado emocional. Os participantes revelaram que se sentiram acolhidos e compreendidos dentro de seu universo de diabético e não apenas direcionados para um comportamento pré-ditado, além de reconhecerem que as informações não foram repassadas, mas sim construídas com a participação de todos.

Outro aspecto importante a ser considerado é o fato de o indivíduo sentir-se pertencente a um grupo e, comprometido com ele, promover mudanças em sua vida e superar obstáculos, além de percebê-lo como rede de apoio ao deparar-se com pessoas que vivenciam problemas semelhantes aos seus, ou maiores⁽¹⁷⁾. Assim, acredita-se ser necessário que alguns profissionais revisem seus conceitos de educação para saúde, para que não a utilizem apenas como um momento de repasse de informações.

Para a Enfermagem, este estudo é extremamente válido, pois, constata-se que o repasse de conceitos e informações apesar de necessário, não deve ocorrer de forma impositiva e vertical, mas sim através de troca de experiência e da construção conjunta de novos conhecimentos. Este fato impõe a necessidade de refletir a respeito da prática profissional na área educativa e de criar mecanismos capazes de superar o modelo de educação em saúde adotado hegemonicamente nos serviços de saúde em diferentes pontos do país, que vincula o diabetes à restrição alimentar e a prescrição de hábitos de vida pouco adaptados à realidade dos pacientes.

Conclusão

A educação em saúde utilizando grupos com abordagem participativa mostrou-se eficiente para a melhora da convivência com a doença, mediante a conscientização dos indivíduos com consequente mudança de hábitos. Acredita-se que mudanças como a melhora no automanejo, na aceitação da doença e no desenvolvimento da responsabilidade para com a saúde, estiveram estreitamente relacionadas com a autonomia alcançada a partir da atividade educativa, e construída de forma conjunta e participativa.

Ressaltamos a necessidade de outros estudos utilizando esta abordagem no desenvolvimento de atividades educativas, contando inclusive com a presença de outros profissionais de saúde, no intuito de possibilitar a prática do “ouvir o sujeito”, passando a reconhecer melhor suas reais necessidades.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de estudos concedida durante o mestrado, o qual originou o presente estudo.

Colaborações

Santos AL e Cecílio HPM contribuíram para a concepção do trabalho, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Marcon SS contribuiu para concepção do trabalho, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Tavares BC, Barreto FA, Lodetti ML, Silva DMGV, Lessmann JC. Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(4):751-7.
2. Silva DAR, Lutkmeier R, Moraes MA, Souza EN. Knowledge about diabetes in patients hospitalized for heart disease: a descriptive research. *On line Braz J Nurs [Internet].* 2013 [cited 2014 May 20];12(2):143-8. Available from: www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3876

3. Roecker S, Marcon SS. Educación en salud: Relatos de las vivencias de enfermeiros com la estrategia de salud familiar. *Investig Educ Enferm*. 2011; 29(3):381-90.
4. Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Evaluation of the educational practices in promoting self-management in type 2 diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5):243-50.
5. Costa JA, Balga RSM, Alfnas RCG, Cotta RMM. Health promotion and diabetes: discussing the adherence and motivation of diabetics that participate in health programs. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):187-94.
6. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(1):55-60.
7. Gandra FPP, Silva KC, Castro CF, Esteves EA, Nobre LN. The effect of an education program on the knowledge level and attitudes about Diabetes Mellitus. *Rev Bras Prom Saúde*. 2011; 24(4):322-31.
8. Camargo AM, Silva APBV, Wolff LDG, Soares VMN, Gonçalves CGO. Abordagens grupais em saúde coletiva: a visão de usuários e de profissionais de enfermagem. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012; 10(31):1-9.
9. Melo MRC, Dantas VLA. Círculos de cultura e promoção da saúde na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Prom Saúde*. 2012; 25(3):328-36.
10. Heidmann IBS, Boehs AE, Wosny AM, Stulp KP. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(3):416-20.
11. Nogueira ALG, Munari DB, Santos LF, Oliveira LMAC, Fortuna CM. Therapeutic factors in a group of health promotion for the elderly. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(6):134-42.
12. Dias GAR, Lopes MMB. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. *Rev Enferm UFSM*. 2013; 3(3):449-60.
13. Pereira DA, Costa NMSC, Sousa ALL, Jardim PCBV, Zanini CRO. The effect of educational intervention on the disease knowledge of diabetes mellitus patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(3):478-85.
14. Jarvis J, Skinner TC, Carey ME, Davies MJ. How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes? *Diabetes Obes Metab*. 2010; 12(1):12-9.
15. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da saúde da família na perspectiva do usuário. *Interface Comum Saúde Educ*. 2012; 16(41):315-29.
16. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas L, Hosey GM, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*. 2009; 32(suppl.1):S89-96.
17. Santos AL, Pasquali R, Marcon SS. Sentimentos e vivências de indivíduos participantes de um grupo de apoio para o controle da obesidade: um estudo qualitativo. *On line Braz J Nurs [periódico na Internet]*. 2012 [citado 2014 jun 10]; 11(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3251>
18. Ford CD, Kim MJ, Dancy BL. Perceptions of hypertension and contributing personal and environmental factors among rural southern African American women. *Ethn Dis*. 2009; 19(4):407-13.
19. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(3):397-403.
20. Frigo LF, Silva RM, Mattos KM, Boeira GS, Manfi 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.