

Efetividade das intervenções individual e em grupo junto a pessoas com diabetes tipo 2¹

Maria Fernanda Manoel Imazu²
Barbara Nascimento Faria³
Guilherme Oliveira de Arruda⁴
Catarina Aparecida Sales⁵
Sonia Silva Marcon⁵

Objetivo: comparar a efetividade de duas intervenções educativas, utilizadas por uma operadora de saúde, no acompanhamento ao indivíduo com diabetes mellitus Tipo 2 (DM2), quanto ao conhecimento sobre a doença, impacto na qualidade de vida e adoção de ações de autocuidado. **Métodos:** estudo comparativo, longitudinal, prospectivo, realizado com 150 indivíduos com diabetes tipo 2, analisados conforme a modalidade de participação no programa (individual e/ou em grupo). Os participantes da intervenção individual (II) realizaram consultas de enfermagem a cada seis meses e os da intervenção em grupo (IG), reuniões semanais por três meses. Os dados foram coletados mediante quatro questionários: Questionário de identificação, Questionário de Impacto na Qualidade de Vida em Diabetes (PAID), Questionário de Autocuidado em Diabetes (QAD) e Questionário de Conhecimento do Diabetes (DKN-A). Os dados foram analisados utilizando-se o Teste de Friedman e o Teste de Mann Whitney, considerando significância estatística para $p \leq 0,05$. **Resultados:** verificou-se aumento do conhecimento sobre a doença na II ($p < 0,003$) e na IG ($p < 0,007$), redução do impacto na qualidade de vida na II ($p < 0,007$) e melhora das ações de autocuidado na IG ($p < 0,001$). **Conclusão:** em ambos os modelos de intervenção foram observadas melhoras dos indicadores, ao longo dos seis meses de acompanhamento.

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

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Processo educativo no acompanhamento de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2", apresentada à Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

² MSc, Enfermeira, Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil, Londrina, PR, Brasil.

³ Estatística.

⁴ Doutorando, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁵ PhD, Professor Doutor, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Correspondência:

Maria Fernanda Manoel Imazu
Universidade Estadual de Maringá
Rua Madre Henriqueta Dominici, 750
Jardim Monte Belo
CEP: 86041-346, Londrina, PR, Brasil
E-mail: mariafernanda.manoel@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Os elevados índices de morbimortalidade por diabetes mellitus tipo 2 (DM2) determinam a necessidade de propostas que visem à reorientação de um modelo de atenção à saúde, que priorize as práticas promotoras de saúde e a integralidade do cuidado⁽¹⁾, inclusive no setor privado. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Saúde (ANS), tem estimulado mudanças nas operadoras de planos privados de assistência, e a Resolução Normativa (RN) nº 94, de 2005, estabelece os critérios para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde⁽²⁾. Isto, porque a promoção da saúde é um processo de empoderamento da comunidade na atuação da melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo, e contribuindo para o desenvolvimento de atenção integral à saúde⁽³⁾.

Nesse contexto, a educação para a saúde é base teórica e metodológica para as ações de promoção da saúde, pois pode fundamentar tanto prevenção quanto reabilitação de doenças e despertar cidadania, responsabilidade pessoal e social relacionada à saúde e à formação de multiplicadores e cuidadores⁽⁴⁾. Assim, a promoção da saúde e a educação para a saúde encontram-se estritamente vinculadas, considerando-se que para a efetiva promoção da saúde é preciso articular saberes técnicos e populares, além de mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, sendo que a educação para a saúde constitui-se em instrumento destinado à melhoria das condições de saúde individuais e coletivas, reforçando a manutenção de hábitos positivos de saúde, mediante abordagem multidimensional do processo saúde-doença⁽⁵⁾.

A educação para a saúde, então, passa a ser considerada um processo social, que representa toda e qualquer influência sofrida pelo indivíduo, capaz de modificar-lhe o comportamento. Está relacionada à implementação de ações problematizadoras dos profissionais de saúde, que valorizem a experiência cotidiana dos indivíduos e grupos sociais e incentivem a participação ativa do educando no processo educativo. Envolve a adoção de abordagens planejadas sistematicamente e implementadas de forma não coercitiva⁽⁵⁾. Difere, portanto, da educação em saúde voltada ao modelo tradicional de transmissão de conhecimento.

Por sua vez, as ações educativas, em que um dos elementos centrais é a educação para saúde, são experiências materializadas em atividades organizadas

e sistematizadas, inerentes ao projeto assistencial de saúde em todos os níveis de atenção, as quais possibilitam a apropriação de conhecimento, melhoria da qualidade de vida da população, redução de problemas e danos decorrentes das doenças e a reflexão crítica das ações necessárias para a resolução desses problemas, envolvendo usuários do sistema e profissionais de saúde, em especial o enfermeiro⁽⁶⁾.

Assim sendo, para que as ações educativas gerem aprendizagem é preciso que se pautem em um tipo de educação para saúde acessível e emancipadora, qual seja, o modelo dialógico de educação para a saúde que prime pela problematização, construção de conhecimentos e competências, educação baseada no diálogo, mudanças prolongadas de comportamento e maior autonomia ao indivíduo⁽⁷⁾.

Nesse sentido, a literatura nacional e internacional sobre educação para a saúde e DM2, produzidas entre 1997 e 2007, mostra que a maioria dos estudos consultados foram experimentais e empregaram as estratégias: educação interativa, intervenção educativa comunitária, grupos operativos, seminários, acompanhamento de parâmetros clínicos e bioquímicos, visitas domiciliares, conferências educativas, atividades sobre alimentação e exercício físico, exames oftalmológicos, relatos de caso e colônias educativas⁽⁸⁾.

Vale salientar que, estudos relativos às ações educativas fundamentadas na educação em saúde dialógica, e desenvolvidas no setor suplementar junto a indivíduos com DM2, ainda mostram-se incipientes. Apesar dessa lacuna na literatura, um estudo que teve por objetivo analisar as ações de promoção da saúde na educação em diabetes, desenvolvido em grupos de uma operadora de plano privado de saúde, relata que as atividades foram dinâmicas e balizadas pelas necessidades citadas pelos participantes. Nesse mesmo estudo, os autores falam, ainda, sobre a importância de pesquisas que objetivem avaliar a efetividade dos programas educativos, a fim de subsidiar o redirecionamento de novas estratégias também no âmbito da saúde suplementar⁽⁹⁾. Para tanto, dentre os elementos relevantes a serem considerados na avaliação de tais programas, a literatura aponta para o conhecimento sobre a doença, o impacto do diabetes na qualidade de vida e a adoção de ações de autocuidado, os quais podem prever o controle da doença no cotidiano do indivíduo⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Em consonância com o exposto, no estudo que avaliou a efetividade de intervenção individual e em grupo, oferecida por ambulatório de um hospital

público de Belo Horizonte, os autores verificaram que os resultados de ambas as estratégias foram similares quanto às atitudes, mudança de comportamento e qualidade de vida, porém, com maior efetividade na intervenção em grupo, no que refere-se aos exames laboratoriais⁽⁹⁾.

Com base nesses achados, ressalta-se a importância de se conhecer a efetividade de diferentes tipos de ações de educação para a saúde, no âmbito de uma operadora de plano privado de saúde. Logo, tem-se como questão de pesquisa: existe diferença significativa entre intervenção educativa individual e em grupo, quanto à efetividade sobre o conhecimento acerca da doença, o impacto do diabetes na qualidade de vida e a adoção de ações de autocuidado? Aliado à questão de pesquisa, o objetivo deste estudo é comparar a efetividade de duas intervenções educativas, realizadas por uma operadora de saúde no acompanhamento ao indivíduo com diabetes mellitus Tipo 2 (DM2), quanto ao conhecimento sobre a doença, impacto na qualidade de vida e adoção de ações de autocuidado.

Logo, visando colaboração para a superação do modelo tradicional de educação em saúde, propôs-se, no presente estudo, a implementação de ações educativas individuais e coletivas baseadas, sobretudo, no diálogo com os indivíduos com DM2.

Métodos

Trata-se de um estudo comparativo, longitudinal e prospectivo, desenvolvido em uma operadora de saúde de Londrina, PR. A escolha desta instituição deve-se ao fato de oferecer um "Programa de Acompanhamento a Doentes Crônicos", com o objetivo de realizar educação para a saúde, e, mais especificamente, estimular o autocuidado, a mudança de comportamentos, melhoria da qualidade de vida e redução dos custos assistenciais.

São inseridos no Programa pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, encaminhadas pelos médicos conveniados. O Programa é constituído por consultas de enfermagem semestrais, monitoramento telefônico e atividade educativa em grupo. Durante as consultas de enfermagem é realizado exame físico, anamnese e orientações gerais sobre a doença, tratamento e atitudes de autocuidado. O monitoramento telefônico é realizado pelo mesmo enfermeiro responsável pelo acompanhamento, três meses após as consultas. Durante esse monitoramento é utilizado um roteiro preestabelecido para identificar, além de atitudes que favorecem o autocuidado, com enfoque

importante sobre o uso de medicamentos, as dúvidas e intercorrências que surgem no cotidiano. As atividades em grupo de educação para a saúde são disponibilizadas às pessoas com disponibilidade de horário e interesse. A intervenção educativa em grupo constitui-se por 12 reuniões semanais, com duração de 120 minutos cada, por um período de três meses, sendo realizada em dia e horário fixo. Os grupos são conduzidos por uma equipe multidisciplinar, constituída por enfermeira, nutricionista, psicóloga e assistente social.

Nos grupos, por sua vez, são realizadas ações de educação para a saúde com o intuito de estimular mudanças de hábitos relacionados à alimentação e os cuidados com a doença, nos âmbitos familiar e individual. Em cada encontro são identificadas as expectativas e dúvidas dos participantes acerca de um tema específico. Nas discussões sobre estes aspectos são utilizados recursos lúdicos e audiovisuais — figuras, alimentos fictícios e cartazes.

Para o presente estudo elegeu-se uma população convenientemente selecionada em um campo de estudo específico: indivíduos que foram cadastrados no Programa de Acompanhamento, entre outubro de 2011 e fevereiro de 2012. Todos os indivíduos com DM2 (com ou sem comorbidades), de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados no Programa durante esse período, foram convidados a participar do estudo enquanto aguardavam atendimento.

No período acima mencionado, dos 270 indivíduos cadastrados, 85 não tinham diagnóstico de DM2, e dos 185 que atendiam aos critérios de inclusão, 35 recusaram-se a participar do estudo. Portanto, foram efetivamente estudados 150 indivíduos com DM2, os quais, para efeito deste estudo, foram alocados na intervenção individual ou em grupo, conforme opção/disponibilidade pessoal, pois a operadora de saúde, sendo privada, não permitiu que os participantes fossem alocados de forma randomizada.

Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas, realizadas em uma sala reservada na própria instituição, entre outubro de 2011 e julho de 2012, em três momentos distintos, seguindo a própria trajetória dos pacientes no serviço: o momento um (M1) ocorreu por ocasião da inclusão no programa, precisamente durante a primeira consulta de enfermagem; o momento dois (M2) ocorreu três meses após, durante o contato telefônico; e o três (M3), seis meses após o primeiro, durante a segunda consulta de enfermagem. Ressalta-se que, em função da presente investigação, as orientações e esclarecimentos de dúvidas, normalmente realizadas

nas consultas e contatos telefônicos, durante o período deste estudo, ocorreram somente após a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. No total, foram utilizados quatro questionários, descritos a seguir.

– Questionário de identificação – aplicado apenas no primeiro momento, constituído por questões abertas e fechadas que abordaram: a) características sociodemográficas (sexo, idade, cor, estado civil, escolaridade e renda individual de acordo com o salário mínimo vigente) e, b) clínicas: presença de comorbidade (hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, outras); tempo de diagnóstico do diabetes; uso de medicamentos para diabetes; e dados referentes a exames clínicos e laboratoriais. Os dados referentes à hemoglobina glicada foram obtidos a partir de consulta aos prontuários e a glicemia capilar foi verificada nos três momentos. Foi considerada glicemia pós-prandial controlada quando ≤ 160 mg/dl e sem controle glicêmico quando > 160 mg/dl, para hemoglobina glicada considerou-se bom controle glicêmico quando $\leq 7\%$, e controle glicêmico inadequado quando $> 7\%$ mg/dl⁽¹³⁾.

– Questionário de impacto na qualidade de vida em diabetes (PAID), validado no Brasil⁽¹⁴⁾, constituído por 20 questões, distribuídas em quatro dimensões: problemas emocionais, com alimentação, apoio social e tratamento. O escore total varia de 0-100 pontos, sendo que escores mais elevados indicam alto nível de sofrimento emocional⁽¹⁴⁾.

– Questionário de Autocuidado em Diabetes (QAD), validado no Brasil⁽¹⁵⁾, constituído por 17 itens, distribuídos em seis dimensões, as quais possibilitam avaliar a aderência às atividades de autocuidado, tomando-se como referência a frequência com que determinadas atividades foram realizadas nos sete dias anteriores. Na análise da aderência, os itens do questionário foram parametrizados em número de dias da semana, de zero a sete, sendo zero a pior situação possível e sete a mais favorável. Nos itens que avaliam o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores são invertidos⁽¹⁵⁾.

– Questionário de Conhecimento do Diabetes (DKN-A), também validado no Brasil⁽¹⁶⁾, constituído por 15 itens, relacionados ao conhecimento geral de DM, que envolve: fisiologia básica, grupos de alimentos e suas substituições, gerenciamento do DM em situações de intercorrência e princípios gerais dos cuidados com a doença⁽¹⁶⁾. As respostas são apresentadas em escala de múltipla escolha e o escore total varia de zero a 15

pontos, sendo que escores menores de sete indicam conhecimento insatisfatório, e escores maiores ou iguais a oito indicam conhecimento satisfatório⁽¹⁰⁾.

Foram considerados para análise os dados de indivíduos que participaram de pelo menos oito dos 12 encontros realizados. Na aplicação dos testes estatísticos utilizou-se o *software* IBM SPSS 20. Para verificar se os grupos de participantes eram comparáveis em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas, no momento anterior às intervenções, aplicou-se o teste não paramétrico de proporções. Constatou-se diferença significativa apenas em relação ao uso de antidiabético, demonstrando, assim, que os grupos não eram estatisticamente diferentes na maioria das variáveis utilizadas, possibilitando as comparações.

Com base nos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, a distribuição dos dados foi considerada não normal. Portanto, utilizou-se o Teste de Friedman para comparação de cada tipo de intervenção, no conjunto dos três diferentes momentos de observação, e ao verificar-se diferença foram realizadas as Comparações Múltiplas de Friedman, para evidenciar entre quais momentos exatamente ocorreram as diferenças; e o Teste de Mann Whitney, para comparação dos resultados da Intervenção Individual com os da Intervenção em Grupo, em cada momento. Em todos os testes, o nível de significância foi estabelecido quando o valor foi $p \leq 0,05$.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto que deu origem a este estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº516/2011). Todos os participantes, após esclarecimentos acerca dos objetivos e critérios de participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

Resultados

Dos 150 indivíduos incluídos no estudo, 120 (80%) participaram da segunda avaliação, e 114 (76%) da terceira. Considerando-se a modalidade de intervenção, verificou-se perda de 31 indivíduos (28,9%) na abordagem individual e cinco (11,63%) na abordagem em grupo. Dentre os motivos de desistência, 28 casos foram por desligamento do plano de saúde, seis por mudança de cidade e dois por complicações graves no estado de saúde.

Em relação à avaliação inicial, constatou-se que os 150 indivíduos participantes do estudo possuíam média de idade de 60 anos ($\pm 12,49$ anos), mais da metade (56%) era do sexo feminino, a maioria era da cor branca (80%), vivia com companheiro (74%), possuía escolaridade acima de oito anos (64%) e renda individual média de 5,5 salários mínimos ($\pm 9,85$). Identificou-se, também, que a maioria dos participantes apresentou conhecimento satisfatório sobre a doença (71,3%), percebia elevado impacto dela sobre sua qualidade de vida (76%) e apresentava boa aderência às práticas de autocuidado.

Na Tabela 1 observa-se aumento significativo nas medianas dos valores obtidos para o conhecimento, nos dois tipos de intervenção; e para o autocuidado, houve aumento apenas na intervenção em grupo, enquanto

que a redução significativa do impacto da doença na qualidade de vida ocorreu apenas na intervenção individual. De forma mais específica, houve aumento significativo do nível de conhecimento sobre a doença do M1 para o M3, nos dois tipos de intervenção. Quanto ao impacto da doença na qualidade de vida, observou-se redução significativa dos escores do M1 para o M2 e do M1 para o M3 somente entre os participantes da intervenção individual. Por fim, foi encontrado aumento significativo nas medianas de autocuidado do M1 para o M2 e do M1 para o M3, somente entre os participantes da intervenção em grupo.

Observa-se na Tabela 2 que, ao comparar-se os dois grupos, nos diferentes momentos, não se verificou diferença estatisticamente significativa em relação a nenhuma das variáveis em estudo.

Tabela 1 - Distribuição da mediana dos escores de conhecimento, impacto da doença e do autocuidado em indivíduos com diabetes, cadastrados em uma operadora de saúde, nos três momentos da intervenção individual e em grupo. Londrina, PR, Brasil, 2012

Variáveis ^{II}	INDIVIDUAL				GRUPO			
	M1 [*]	M2 [†]	M3 [‡]	p [§]	M1	M2	M3	p
	n=107	n=82	n=76		n=43	n=38	n=38	
Conhecimento sobre diabetes (DKN-A)	9,0	10,0	10,0 [¶]	0,003	9,0	10,0	11 [¶]	0,008
Impacto da doença na QV (PAID)	28,0	16,0 [¶]	15,0 [¶]	0,007	26,0	18,0	13,0	0,140
Autocuidado (QAD)	3,0	4,0	4,0	0,085	3,0	4,0 [¶]	4,0 [¶]	<0,001

*M1: Momento 1 (início); †M2: Momento 2 (três meses de intervenção); ‡M3: Momento 3 (seis meses de intervenção); §Teste de Friedman para três grupos pareados; ¶Os valores das medianas foram arredondados.

¶Comparações Múltiplas de Friedman: diferente de M1.

Tabela 2 - Comparação dos escores referentes ao conhecimento em diabetes, impacto na qualidade de vida e autocuidado, obtidos nos três momentos de avaliação, de acordo com os tipos de intervenção. Londrina, PR, Brasil, 2012

Variáveis ^{II}	M1 [*]		p [§]	M2 [†]		p	M3 [‡]		p
	(n = 150)			(n = 120)			(n = 114)		
	Individual	Grupo	Individual	Grupo	Individual	Grupo			
Conhecimento sobre diabetes (DKN-A)	9,0	9,0	0,410	10,0	10,0	0,815	10,0	11,0	0,894
Impacto da doença na QV (PAID)	28,0	26,0	0,227	16,0	18,0	0,703	15,0	13,0	0,597
Autocuidado (QAD)	3,0	3,0	0,539	4,0	4,0	0,935	4,0	4,0	0,967

*M1: Momento 1 (início); †M2: Momento 2 (três meses de intervenção); ‡M3: Momento 3 (seis meses de intervenção); §Teste não paramétrico de Mann Whitney. ¶Os valores das medianas foram arredondados.

Discussão

Os dados do presente estudo mostram melhoria nos escores relacionados ao conhecimento sobre a doença, após seis meses de intervenção, nos dois grupos; os relacionados ao impacto da doença na qualidade de vida, após três e seis meses, apenas na intervenção

individual; e quanto à adesão às práticas de autocuidado foi observada influência positiva aos três e aos seis meses, apenas na intervenção em grupo.

Assim, esses achados corroboram os resultados de um estudo experimental⁽⁹⁾, realizado em indivíduos com DM2, o qual também identificou efetividade de ambos os tipos de intervenção, individual e em grupo,

em diferentes momentos e referentes aos mesmos aspectos avaliados. No entanto, no presente estudo, a intervenção em grupo constituiu-se em um diferencial a mais em relação às atividades individuais, à medida que seus integrantes participaram de ambas as abordagens. Ações educativas, desenvolvidas por profissionais de saúde junto aos indivíduos, às famílias e comunidade, são fundamentais para o controle dessa enfermidade, pois as complicações decorrentes do diabetes estão diretamente relacionadas ao conhecimento sobre a doença, considerando-se que este subsidia a realização do autocuidado diário e adoção de um estilo de vida mais saudável⁽¹⁷⁾. Por outro lado, intervenções individuais ou em grupo constituem as estratégias educativas mais comumente utilizadas na promoção da saúde e acompanhamento de indivíduos com diabetes⁽¹⁸⁾. Contudo, é importante considerar que, determinada estratégia educativa pode estimular a participação ativa do indivíduo no controle da doença e na prevenção de suas complicações, ou, pelo contrário, simplesmente reforçar o caráter curativo centrado na doença e na transmissão de informações⁽¹⁹⁾.

O número de indivíduos que, no início do programa, já apresentava conhecimento satisfatório da doença foi elevado, fato que difere de estudo semelhante realizado em uma unidade básica de saúde, no qual o nível de conhecimento foi considerado insatisfatório para a maioria dos indivíduos, mostrando-se associado à baixa escolaridade dos participantes daquela pesquisa⁽¹²⁾. Além disso, ao longo de seis meses foi observado, no presente estudo, aumento dos valores referentes ao conhecimento da doença, tanto entre os participantes da intervenção individual quanto entre os que passaram a fazer parte da intervenção em grupo. As estratégias que visam à educação para a saúde devem ser trabalhadas, buscando desenvolver o autocuidado⁽¹³⁾. Na educação para a saúde, um dos indicadores mais utilizados para avaliação em diabetes tem sido o nível de conhecimento sobre a doença, pois esta variável relaciona-se à eficácia do Programa⁽²⁰⁾.

Quanto ao impacto da doença na qualidade de vida, observou-se que no início da intervenção os indivíduos percebiam alto impacto do diabetes em suas vidas, e após seis meses houve redução desse impacto, sendo significativo para os participantes da intervenção individual. Esses dados evidenciam o quanto a realização do acompanhamento a esses indivíduos pode beneficiá-los, conforme aponta a literatura, no que refere-se ao cuidado com a doença, enfrentamento de desequilíbrios emocionais, manejo do tratamento e melhora da

qualidade de vida⁽²¹⁾, pois, a presença do diagnóstico de diabetes influencia a autopercepção do bem-estar físico e psicológico⁽²²⁾.

Estudo realizado na Dinamarca, junto a 143 indivíduos com DM2, verificou que não houve diferença significativa entre intervenção individual e em grupo sobre a melhora da qualidade de vida, com exceção da melhora de dados clínicos na intervenção individual, o que pode ter contribuído para que esses indivíduos evidenciassem menor impacto da doença⁽²³⁾. Dessa forma, e em consonância com os resultados do presente estudo, conclui-se que o acompanhamento individualizado pelo enfermeiro, voltado para autogestão e controle da doença, favorece a diminuição do impacto na qualidade de vida dos indivíduos⁽²⁴⁾.

Contudo, ressalta-se o fato de ter ocorrido diminuição estatisticamente significativa do impacto da doença na qualidade de vida somente nos indivíduos que participaram apenas das consultas de enfermagem (intervenção individual). Isto pode relacionar-se, em parte, ao reduzido número dos participantes da intervenção em grupo, prejudicando a identificação de associações mesmo quando estas existem.

Em termos clínicos, a ausência de mudanças no impacto da doença entre os participantes da intervenção em grupo pode ser, por um lado, decorrente de possível desmotivação de alguns, ao perceberem que outros participantes obtiveram melhora na qualidade de vida, levando-os ao abatimento, motivado por suas dificuldades. Por outro lado, não se pode deixar de considerar a possibilidade dos enfermeiros não valorizarem o momento do atendimento individual, por considerarem que elas já estão sendo bem assistidas no grupo e, além disso, destinarem tempo e atenção diferenciada aos que passam somente pela consulta de enfermagem.

Em relação ao autocuidado, identificou-se um aumento de ações positivas (melhora nos hábitos alimentares e prática de exercícios físicos) nos participantes dos dois grupos. Porém, ao final de seis meses, essa redução foi significativa somente para os indivíduos que também participaram da intervenção em grupo. Esses dados podem relacionar-se ao fato das atividades em grupo possibilitarem diálogo, reflexão, troca de saberes e, por conseguinte, corresponsabilização dos indivíduos com diabetes em relação à própria saúde. Além disso, a participação de uma equipe multidisciplinar nas atividades em grupo possibilita a integralidade do cuidado em saúde, pois favorece o contato e acesso aos saberes de diferentes profissionais da área da saúde⁽²⁴⁾.

A equipe multiprofissional, portanto, tende a favorecer a redução do estresse associado à doença, receptividade ao tratamento, autoestima, senso de autoeficácia e percepção mais positiva no que refere-se à saúde⁽¹⁰⁾.

Ademais, o engajamento dos indivíduos às práticas de autocuidado depende, em grande parte, de aspectos culturais e educacionais, relativos a habilidades e limitações pessoais, experiência de vida, estado de saúde e recursos disponíveis. Quando um indivíduo é incapaz de cumprir os requisitos de autocuidado, é função do enfermeiro e da equipe de saúde determinarem em que nível isso ocorre, definindo as modalidades de suporte necessárias⁽²⁵⁾.

Por fim, consideram-se limitações, entre as quais a alocação dos participantes nos grupos, por conveniência, o não controle de variáveis — a presença de comorbidades — e, ainda, o índice de perdas nos grupos. Na intervenção em grupo, ressalta-se que, a não randomização dos participantes resultou na inclusão de pessoas que já mostravam-se interessadas em participar dessa atividade, o que pode ter facilitado a mudança nas atitudes de autocuidado. Além disso, destaca-se a grande diferença entre as abordagens educativas, no que tange à frequência de encontros, sendo que os integrantes da intervenção individual participaram apenas das duas consultas de enfermagem (semestrais) e do contato telefônico, enquanto que os da intervenção em grupo participaram destas mesmas atividades e de pelo menos oito encontros semanais.

A despeito dessas limitações, os resultados encontrados são válidos, especialmente quando compara-se o comportamento dos grupos em três momentos distintos. Eles podem subsidiar e motivar a atuação profissional na implementação de atividades de educação para a saúde nos diferentes contextos.

Conclusão

Os resultados do estudo mostram que a intervenção individual, por meio de consultas de enfermagem semestrais, a pessoas com DM2, favorece o esclarecimento de dúvidas, a aquisição de conhecimentos sobre a doença e a diminuição do seu impacto sobre a qualidade de vida da pessoa. E ao adicionar-se ações de educação para a saúde em grupo a essas consultas, além de favorecer a aquisição de conhecimento, observa-se também a ocorrência de maior adesão a práticas de autocuidado, embora a diminuição do impacto da doença sobre a qualidade de vida dos doentes não seja significativa.

Os resultados evidenciaram, ainda, que nos dois tipos de intervenção as mudanças significativas ocorreram do M1 para o M2 ou M3, mas não do M2 para o M3. Isso significa, por um lado, que o conhecimento e o comportamento adquiridos têm permanência no tempo, porque não diminuíram do M1 para o M3; por outro lado, além da influência da motivação pessoal, normalmente observada no início das intervenções, constatou-se que as pessoas têm um limite para a aquisição de conhecimentos e habilidades comportamentais. Essas particularidades indicam que os profissionais de saúde que assistem pacientes com doenças crônicas, como o DM2, precisam atentar-se à necessidade de adequações no programa educativo, a fim de garantir a manutenção dos benefícios alcançados, independentemente do tipo de intervenção educativa utilizada.

Desse modo, propõe-se a realização de estudos visando avaliação dos efeitos das intervenções 12 meses após seu término, de modo a identificar se os benefícios permanecem em longo prazo, o que caracterizaria o efeito residual das intervenções anteriormente realizadas. Destarte, mostra-se pertinente propor a continuidade de estudos desta natureza, por meio de metodologias qualitativas, que possibilitem a identificação de quais elementos são contributivos de mudanças, a compreensão de como esses elementos atuam nessas mudanças, e quais as fronteiras entre intervenção individual e grupal na modulação do autocuidado, considerando-se que o processo educativo constitui-se em algo dinâmico e, por isso, passível de avaliação contínua e multidimensional.

Referências

1. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva SA, Zouain CS, Santos FP, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):2011-22.
2. Agência Nacional de Saúde (BR). Resolução normativa n. 94, de 23 de março de 2005. *Diário Oficial da União*. 2005;57:44. Seção 1.
3. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl 1):1547-54.
4. Vila ACD, Vila VSC. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(6):1177-83.

5. Rêgo MAB, Nakatani AYK, Bachion MM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(1):60-70.
6. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. *Esc Anna Nery.* 2011 out-dez;15(4):701-9.
7. Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(1):117-21.
8. Silva ARV, Macêdo SF, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Damasceno MMC. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. *Rev Rene.* 2009;10(3):146-51.
9. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2):291-8.
10. Rodrigues FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Sousa VD, Teixeira CR. Knowledge and attitude: important components in diabetes education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(4):468-73.
11. Ku GMV, Kegels G. Effects of the First Line Diabetes Care (FiLDCare) self-management education and support project on knowledge, attitudes, perceptions, self-management practices and glycaemic control: a quasi-experimental study conducted in the Northern Philippines. *BMJ Open.* 2014;4:1-13.
12. Rodrigues FFL, Santos MA dos, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):284-90.
13. Diehl LA. Diabetes: hora de rever as metas? *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013;57(7):545-9.
14. Gross CC, Scain SF, Scheffel R, Gross JL, Hutz CS. Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes Scale (B-PAID): validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. *Diabetes Res Clin Pract.* 2007;76(3):455-9.
15. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2010;54(7):644-51.
16. Torres HC, Virginia A H, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(6):906-11.
17. Dizaji MB, Taghdisi MH, Solhi M, Hoseini SM, Shafieyan Z, Qorbani M. Effects of educational intervention based on PRECEDE model on self care behaviors and control in patients with type 2 diabetes in 2012. *J Diabetes Metabol Disorders.* 2014;13:72.
18. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2012 Jan;35(1):64-71.
19. Assis FCN, Lima CRC, Souza JY, Benite-Ribeiro SA. A importância da educação na saúde. *Itinerarius Reflectionis.* 2009;7(2):1-14.
20. Lou Q, Wu L, Dai X, Cao M, Ruan Y. Diabetes education in mainland China - a systematic review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3):336-47.
21. Snoek FJ, Kersch NYA, Eldrup E, Harman-Boehm I, Hermanns N, Kokoszka A. Monitoring of individual needs in diabetes (MIND): Baseline Data From the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND Study. *Diabetes Care.* 2011;34:601-3.
22. Edelman D, Olsen MK, Dudley TK, Harris AC, Oddone EZ. Impact of diabetes screening on quality of life. *Diabetes Care.* 2002;25(6):1022-6.
23. Vadstrup ES, Frolich A, Perrild H, Borg E, Roder M. Health-related quality of life and self-related health in patients with type 2 diabetes: Effects of group-based rehabilitation versus individual counselling. *Health Quality Life Outcomes.* 2011;9:110.
24. Odnoletkova I, Goderis G, Nobels F, Aertgeerts B, Annemans L, Ramae D. Nurse-led telecoaching of people with type 2 diabetes in primary care: rationale, design and baseline data of a randomized controlled trial. *BMJ Family Practice.* 2014;15:24.
25. Pereira FRL, Torres HC, Cândido NA, Alexandre LR. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. *Ciênc Cuidado Saúde.* 2009;8(4):594-9.

Recebido: 25.6.2014

Aceito: 27.9.2014