

Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2*

EVALUATION OF THE EDUCATIONAL PRACTICES IN PROMOTING SELF-MANAGEMENT IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS

EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES EDUCATIVAS EN LA PROMOCIÓN DEL AUTOGERENCIAMIENTO DE LOS CUIDADOS EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Heloísa de Carvalho Torres¹, Flávia Rodrigues Lobo Pereira², Luciana Rodrigues Alexandre³

RESUMO

O estudo visa avaliar as ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus. Vinte e sete indivíduos com diabetes tipo 2, atendidos no programa educativo do hospital-escola de Belo Horizonte, Minas Gerais, foram acompanhados durante quatro meses no ano de 2008. As ações educativas nos grupos consistiam de três encontros mensais, nos quais eram desenvolvidas dinâmicas lúdicas e interativas, e o atendimento individual realizado por meio da educação dialógica. A avaliação foi feita mediante questionário específico: autogerenciamento dos cuidados e exames clínicos no tempo inicial e após quatro meses da intervenção. Os indivíduos tinham idade média de 60,9 ± 8,4 anos; o tempo médio da doença de 8,7 ± 6,7 anos, tinham Ensino Fundamental incompleto e renda familiar de um a três salários mínimos 55,6% (27). Os resultados foram satisfatórios no teste de autogerenciamento dos cuidados. Observou-se redução nos níveis de HbA1c e que as ações educativas favoreceram o autocuidado e o autocontrole da doença.

DESCRIPTORES

Diabetes mellitus tipo 2
Autocuidado
Educação em saúde
Avaliação
Enfermagem

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the educational practices in promoting the self-management of diabetes mellitus. Subjects were twenty-six individuals with type 2 diabetes, who participated in the educational program at a teaching hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais. The subjects were followed for four months in 2008. The educational group practices consisted of three monthly meetings, in which recreational and interactive dynamics were performed, and individual sessions were held using dialogic education. The evaluation was performed using a specific questionnaire: self-care and clinical exams in the beginning and four months after the intervention. The mean age of the subjects was 60.9 ± 8.4 years; the mean time of disease was 8.7 ± 6.7 years; most (55.6% or 27 individuals) had incomplete primary education and a family income between 1 and 3 minimum salaries. Satisfactory results were found in the self-care test. It was also observed that HbA1c levels dropped down and the educational practices improved self-care and self-management of the disease.

DESCRIPTORS

Diabetes mellitus, type 2
Self care
Health education
Evaluation
Nursing

RESUMEN

Estudio que apunta a evaluar acciones educativas promotoras de autogerenciamento de cuidados en diabetes mellitus. Veintiseiete individuos con diabetes tipo 2, atendidos en programa educativo del hospital/escuela de Belo Horizonte-MG, fueron seguidos durante cuatro meses en el año 2008. Las acciones educativas en los grupos consistieron en tres encuentros mensuales, en los que se desarrollaban dinámicas lúdicas interactivas y la atención individual se realizaba mediante educación dialógica. Se evaluó mediante cuestionario específico: autogerenciamento de cuidados y exámenes clínicos en momento inicial y después de cuatro meses de la intervención. La media etaria de los individuos era 60,9 ± 8,4 años, tiempo medio de la enfermedad 8,7 ± 6,7 años, con educación primaria incompleta y renta familiar de 1 a 3 salarios mínimos (55,6% = 27 individuos). Los resultados fueron satisfactorios en el test de autogerenciamento de cuidados. Se observó reducción en niveles de HbA1c y las acciones educativas favorecieron el autocuidado y autocontrol de la enfermedad.

DESCRIPTORES

Diabetes mellitus tipo 2
Autocuidado
Educación em salud
Evaluación
Enfermería

* Trabalho premiado em 2º lugar na categoria "Premio Wanda Horta" no 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Belo Horizonte, MG, 2008. ¹ Pós-Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. heloisa@enf.ufmg.br ² Graduada de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Bolsista de Iniciação Científica. Belo Horizonte, MG, Brasil. lu_ra2504@yahoo.com.br ³ Graduada de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Bolsista de Iniciação Científica. Belo Horizonte, MG, Brasil. flavia_arwen@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) configura-se como um dos principais problemas de saúde pública e é um dos transtornos crônicos mais frequentes do mundo. A urbanização crescente, o estilo de vida pouco saudável, que inclui dieta com alto teor de gordura e diminuição da atividade física, obesidade e o envelhecimento populacional são fatores responsáveis por essa crescente tendência de incidência da doença na população, gerando um elevado gasto do poder público para o controle e tratamento de suas complicações⁽¹⁻⁴⁾. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), 11% da população (cerca de 5 milhões de pessoas) acima de 40 anos são pessoas com diabetes. Essa elevada incidência da doença representa uma grande perda econômica para o país, pois impõe ao indivíduo a diminuição de sua produtividade no trabalho, aposentadoria precoce, limitando assim as capacidades funcionais⁽¹⁻²⁾.

A Organização Mundial de Saúde⁽²⁾ reconhece que é necessário que o indivíduo com diabetes adote habilidades de autocuidado que lhe permita controlar sua doença, quanto maior o acesso à informação e ao conhecimento sobre sua comorbidade, maior será sua capacidade aprendida de realizar uma ação de maneira competente, instituindo medidas que lhe permitam a adoção de uma nutrição saudável e a prática de atividade física diária que irá refletir diretamente na melhoria de sua qualidade de vida⁽⁵⁻⁷⁾. A educação terapêutica contínua e o apoio efetivo dos profissionais de saúde são necessários para fornecer ao indivíduo conhecimentos, habilidades, atitudes e motivação para o autocuidado e autocontrole da doença⁽⁵⁻⁷⁾. O enfermeiro, como parte fundamental da equipe, assume a educação em saúde como seu principal foco de atuação nas ações pedagógicas⁽³⁾. Autores⁽³⁻⁵⁾ afirmam que o controle e a prevenção de complicações do diabetes são possíveis por meio de programas educativos e profissionais de saúde capacitados para atuarem no processo educativo.

Com base na educação freiriana⁽⁵⁾, acreditamos que as ações educativas realizadas na perspectiva dialogal, reflexiva e crítica poderão ser instrumento efetivo para a formação de um conhecimento crítico que possibilitará ampliar a compreensão dos indivíduos e sua autonomia diante das condições de vida e saúde, no caso o diabetes. Os resultados de estudos divulgados na literatura têm reforçado a importância das estratégias promotoras de mudanças comportamentais, incluindo a informação, a educação e a comunicação interpessoal (profissional/indivíduo) adaptada aos objetivos, ao contexto sócio-cultural e ao estilo de vida do indivíduo com diabetes. Nessa perspectiva, é necessário um processo de aprendizagem sobre a doença, opções de tratamento, custos, riscos e benefi-

cios para cada uma dessas estratégias para gestores, profissionais e portadores decidirem sobre os caminhos do regime terapêutico no dia-a-dia⁽³⁻⁵⁾.

A educação para o autogerenciamento da doença ou a educação em DM pode ser visto como um programa de intervenções estruturadas para fornecer ao indivíduo conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para: (a) o desempenho do autogerenciamento dos cuidados da doença no controle das crises (hipoglicemia; hiperglicemia) e (b) para a mudança de comportamento, especialmente, dentro das áreas de nutrição e atividade física. O objetivo desse processo é capacitar o indivíduo a entender e a motivar-se a participar efetivamente do regime terapêutico no dia-a-dia⁽⁴⁾. Os indivíduos que não recebem a educação em diabetes apresentam uma forte tendência para o aumento do risco de complicações da doença⁽⁸⁾.

A educação em diabetes tem envolvido equipes multidisciplinares e enfermeiros nas atividades educativas nos centros de saúde, ambulatórios e hospitais, reforçando os princípios da aprendizagem para um comportamento saudável. O processo de educação deve estar associado a um ensino de qualidade, assim como deve seguir as orientações do Padrão Nacional da Educação do Auto-Gerenciamento do DM (National Standards for Diabetes Self-Management Education), o qual estabelece a base para os cuidados que todos os indivíduos com DM necessitam para alcançar com êxito bom resultados de saúde. Esse Padrão estabelece que todos os diabéticos precisam ter: a) uma avaliação das suas necessidades educacionais, b) uma completa orientação direcionada às suas necessidades, c) uma avaliação do desenvolvimento da educação para identificar as deficiências e d) a comunicação dos resultados educacionais pelos profissionais⁽⁹⁾.

A educação voltada para a prevenção e o controle em DM apresenta um desafio quer para os indivíduos quer para profissionais de saúde, visando alcançar melhorias no autocuidado, associadas aos hábitos alimentares saudáveis, à adesão a prática de atividades físicas e à promoção da saúde.

Considerando que a educação é fundamental para o autogerenciamento dos cuidados em DM, o serviço de Endocrinologia e Metabologia HC-UFMG, desenvolve desde 2001, um programa educativo em diabetes tipo 2, cujo objetivo é proporcionar uma maior adesão ao tratamento visando o controle da doença e uma melhor qualidade de vida. O processo educativo é baseado em ações pedagógicas, por meio da atuação de uma equipe multidisciplinar, e em atendimentos individuais de enfermagem, que tem por objetivos abordar temas referentes à fisiopatologia da doença, bem como sinais, sintomas e suas complicações, além dos princípios da dieta e a prática de atividades fisi-

A educação em diabetes tem envolvido equipes multidisciplinares e enfermeiros nas atividades educativas nos centros de saúde, ambulatórios e hospitais, reforçando os princípios da aprendizagem para um comportamento saudável.

cas. Na consulta individual são abordadas as expectativas dos indivíduos diante da vida e do tratamento, de forma a alcançar a educação por meio da troca dialógica. O processo educativo nos grupos é enriquecido com o uso de jogos, que além de serem instrumentos de comunicação, expressão e aprendizado por excelência, facilitam a aquisição de conhecimentos e intensificam as trocas de saberes^(4,7).

OBJETIVO

Avaliar as ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados, associada à dieta, atividade física e ao controle glicêmico dos indivíduos com Diabetes mellitus tipo 2 em seguimento no Programa Educativo do Hospital/Escola de Belo Horizonte, MG.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, com 27 indivíduos com DM tipo 2, de ambos os sexos, na faixa etária compreendida entre 46 e 70 anos, em seguimento ambulatorial em hospital de referência de Belo Horizonte (MG) e inseridos no programa educativo em diabetes, no ano de 2008. Todos os indivíduos que assinaram o termo de consentimento foram orientados quanto ao estudo-programa educativo em diabetes.

O contato com os indivíduos foi realizado por meio de ligações telefônicas, nas quais eram marcadas as consultas individuais e, posteriormente, eram feitos os encaminhamentos para os grupos operativos, ressaltando a importância da participação em todas as etapas do processo educativo.

No atendimento individual foram realizadas orientações quanto ao manejo da dieta e da atividade física, além das medidas antropométricas (peso, altura e índice de massa corporal) e o exame de hemoglobina glicada (HbA1c). A função do enfermeiro durante os atendimentos consistiu no acolhimento do indivíduo, percepção da posição deste em relação ao tratamento e investigação das práticas de autocuidado, exame físico dos pés, orientações quanto à prevenção das complicações agudas e crônicas da doença e ajudar o indivíduo a decidir qual a melhor forma de aprimorar o controle glicêmico.

Os indivíduos que passaram pelo atendimento individual eram encaminhados para a educação em grupo. Foram realizados três encontros, em média, com a participação de 13 indivíduos no grupo, com duas horas de duração. Em todas as seções, a enfermeira conduzia o processo. A cada encontro, um ou mais profissionais de saúde apresentava um tema, por meio de dinâmicas interativas e lúdicas que eram fundamentadas em cartilhas e jogos educativos baseados nos conhecimentos teóricos e práticos. Os encontros em grupo eram realizados sempre com a mesma equipe multidisciplinar, procurando modificar as metodologias de ensino e aprendizagem. Os temas

sobre DM explorados foram: fisiopatologia, prevenção das complicações agudas e crônicas, importância da dieta e da prática de atividades físicas e cuidados com os pés. Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista) foram orientados quanto à postura, linguagem e forma de comunicação. A educação em grupo compreendeu nove encontros, com avaliação no primeiro e no nono encontro.

Nos intervalos do processo educativo, os indivíduos eram monitorados via tratamento telefônico, sendo informados e orientados quanto às suas necessidades de manejo da dieta e atividade física.

Os dados foram coletados no tempo inicial (T0), antes do início das atividades educativas e logo após o término do ciclo (momento) educativo nos quatro (T4) meses de acompanhamento do programa educativo. A variável de interesse incluiu: autogerenciamento (adesão à dieta e atividade física), que foi medida pelo instrumento autogerenciamento dos cuidados do diabetes (ESM)⁽⁷⁾ constituído, respectivamente, por oito questões fechadas, auto-preenchíveis e anônimas, aplicados individualmente com apoio do acadêmico de Enfermagem e do enfermeiro. O teste ESM tem o escore total de oito pontos. Para mostrar que o paciente alcançou uma mudança de comportamento, deve obter um escore mínimo de 4,0 pontos.

Os indicadores clínicos do controle metabólico foram: exame de hemoglobina glicada (HbA1c), que reflete a média do nível de glicose no sangue durante um período de três meses as medidas antropométricas (peso, altura e IMC). O peso e altura foram aferidos em uma balança digital (Modelo PL150, Filizzola Ltda, Brasil) do ambulatório.

Para a avaliação dos resultados da hemoglobina A1c e do IMC dos indivíduos com DM tipo 2, utilizamos os parâmetros preconizados pela Associação Latino Americana de Diabetes⁽¹⁾. Os valores normais desses parâmetros são: hemoglobina A1c entre 3,5% e 7,5%, e IMC ≤ 27 kg/m² em homens e ≤ 26 kg/m² em mulheres.

As análises estatísticas dos dados foram realizadas nos programas SPSS V.16. Foi utilizado o teste t-Student e qui-quadrado (χ^2). Para todas as análises, foi utilizado um nível de significância de 5%.

O projeto foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP-UFMG), mediante o parecer nº 157/07 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento da consulta de enfermagem.

RESULTADOS

Foram cadastrados 57 indivíduos com DM para participar das ações educativas individual e em grupo. Destes, 27 indivíduos frequentaram as intervenções educativas durante os quatro meses. Houve perda de 30(47,4%) pacientes no processo educativo no atendimento individual e em grupo. Dentre os motivos apresentados, a maioria

era de ordem econômica e institucional. Após o estudo, esses indivíduos foram convidados a participar novamente do processo educativo em diabetes. As características dos indivíduos incluídos no estudo são apresentadas na Tabela 1. Observa-se que a maioria dos indivíduos eram do sexo feminino (77,8%) e tinham apenas o Ensino Fundamental incompleto (74,1%). A idade média dos indivíduos era de $60,9 \pm 8,4$ anos e a renda familiar de um a três salários mínimos.

Tabela 1 – Caracterização dos indivíduos com diabetes no programa educativo do hospital/escola - Belo Horizonte, MG – 2008

	Início (n = 27)
Sexo	
Feminino	21 (77,8%)
Masculino	6 (22,2%)
Escolaridade	
Analfabeto(a)	4 (14,8%)
Fundamental incompleto	20 (74,1%)
Fundamental completo	2 (7,4%)
Médio incompleto	1 (3,7%)
Idade	$60,9 \pm 8,4$
Renda Familiar (salário)	
Até 1	44,4%
1,1 a 3,0	55,6%
Tempo da doença (anos)	$8,7 \pm 6,7$

Dados em média \pm desvio-padrão ou frequência absoluta (relativa).
Nota: (n=27).

A Tabela 2 apresenta os resultados do peso, do IMC, da hemoglobina glicada e do questionário sobre Autogerenciamento dos Cuidados do Diabetes para os indivíduos que participaram do programa educativo do hospital escola durante os quatro meses de 2008. Observa-se que houve um aumento estatisticamente significativo do peso após a intervenção ($p=0,009$). Consequentemente, também houve aumento estatisticamente significativo no IMC após a intervenção ($p=0,012$). Não houve alteração estatisticamente significativa da hemoglobina glicada e dos resultados do questionário de autocuidado com o diabetes ($p>0,05$), mas houve uma redução da hemoglobina glicada.

Tabela 2 – Aspectos clínicos da hemoglobina glicada e resultado do escore do questionário dos indivíduos com diabetes do programa educativo do hospital/escola – Belo Horizonte, MG – 2008

	Início (n = 27)	4 meses (n = 27)	P
Peso (kg)	$71,1 \pm 13,2$	$73,0 \pm 13,8$	0,009
IMC (kg/m^2)	$27,3 \pm 9,7$	$30,2 \pm 6,0$	0,012
Hemoglobina Glicada - HbA1c (%)	$8,1 \pm 2,4$	$7,7 \pm 1,8$	0,266
Autogerenciamento do cuidado (ESM)	$3,4 \pm 0,4$	$3,4 \pm 0,5$	0,943

Dados em média \pm desvio-padrão.
Nota: (n = 27).

DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se uma população adulta na faixa etária de 60 anos e predominantemente feminina (77,8%), e com baixo nível de escolaridade. A idade e o baixo nível de instrução dos indivíduos certamente podem limitar o acesso às informações, diminuindo sua compreensão frente às orientações recebidas dos profissionais de saúde, dificultando, dessa forma, o autogerenciamento dos cuidados e, conseqüentemente, o controle da doença⁽⁹⁾. Autores⁽⁶⁻⁹⁾ acrescentam que os indivíduos exercem controle do DM quando contam com conhecimentos, habilidades, atitudes e a consciência necessária para o manejo do autocuidado. De forma complementar, estudos⁽¹⁰⁻¹²⁾ dizem que outros fatores como: a educação, a personalidade, o status socioeconômico, o apoio social e cultural são tomados como importantes mediadores e moderadores para educação do autogerenciamento dos cuidados.

Observou-se nas práticas pedagógicas individuais e em grupo a valorização da troca dialógica entre os profissionais de saúde e indivíduo, o que também gerou resultados positivos na promoção do autocuidado da doença. O atendimento individual permitiu conhecer o indivíduo, seus anseios, seus hábitos de vida, suas práticas de gerenciamento do cuidado e a forma de estabelecer o processo educativo. As orientações foram realizadas de acordo com as necessidades de cada indivíduo, fortalecendo a ação educativa. Percebeu-se, a partir da verbalização dos indivíduos, a satisfação com a participação no programa. Um aspecto importante a ser observado na prática é a autonomia do indivíduo: mais do que transferir conhecimentos, o educador deve abrir espaço para que seu público construa suas próprias perspectivas⁽⁴⁻⁶⁾.

As dinâmicas adotadas nas sessões da educação em grupo proporcionaram um forte incentivo para a educação em diabetes, uma vez que foram interativas, valorizando o relato das experiências dos próprios participantes e permitindo um processo integrador, que visa ao melhor controle terapêutico da doença. A utilização dos jogos e de uma linguagem apropriada na prática educativa dos profissionais de saúde permitiu aos indivíduos planejar melhor suas refeições, cumprir os horários e o regime alimentar, além da prática de exercícios físicos. Os resultados de estudos divulgados na literatura confirmam que a atuação da equipe multidisciplinar no processo de ensino-aprendizagem favorece a efetivação de um trabalho grupal, estimulando a socialização e conseqüentemente a troca de saberes e experiências entre o grupo, aumentando, dessa forma, o conhecimento do indivíduo acerca de sua doença, tornando-o mais consciente e colaborativo na busca de um viver saudável com o diabetes⁽⁹⁻¹²⁾.

As barreiras apontadas pelos indivíduos para a aderência à dieta e atividade física incluem a falta do apoio

familiar, o estresse, o trabalho ou a ocupação, a segurança e o custo dos lugares para a realização dos exercícios. Os indivíduos com grande número de barreiras tendem a engajar com menos frequência no regime terapêutico. Para combater essas barreiras e alcançar resultados favoráveis ao autogerenciamento dos cuidados, os profissionais de saúde devem fornecer uma continuada educação e apoio aos indivíduos, visando melhorar o controle da doença⁽⁴⁾.

A educação em saúde para diabetes passa então a ser conceituada como um processo de problematização sobre condições de vida e saúde e sobre qualidade de vida, propiciando mudanças individuais, coletivas e institucionais visando transformar a realidade. É um dos mais importantes investimentos de longo prazo, já que os custos da saúde dos indivíduos com diabetes e os gastos sociais decorrentes das complicações da doença são enormes⁽¹⁻³⁾. Há evidências de que a interação entre o profissional e o diabético/indivíduo pode favorecer um diálogo que propicia mudanças de comportamento, desde que ocorra uma adequação da linguagem no contexto cultural. A atitude de saber escutar, a reflexão conjunta com base nas vivências, nas falas e percepções, são cruciais para aprofundar o diálogo em torno de necessidades e demandas em um processo de interação para melhorar o autocuidado⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Alguns estudos⁽³⁻⁴⁾ sugerem que os profissionais de saúde necessitam aprender mais sobre o processo e os resultados da educação em diabetes para melhorar a observação, o registro e a descrição de como os efeitos do programa têm repercutido na saúde dos indivíduos para permitir a replicação ou aplicação para a prática educativa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS; 2003.
3. Santos Filho CV, Rodrigues WHC, Santos RB. Papeis de autocuidado: subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(1):125-9.
4. Torres HC, Franco L, Stradioto M, Hortale V, Shall V. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2): 431-9.
5. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 24a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
6. Tavares DMS, Rodrigues RA. Partezani educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(1):88-96.
7. Rodrigues ACS, Vieira GLC, Torres HC. A proposal of continuing health education to update health team professionals in diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited July 15];44(2):531-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n2/en_41.pdf
8. Ribas CRP, Teixeira CRS, Oliveira VA, Martins TA, Mendes KDS, Andrade NHS, et al. Incidentes críticos no processo de ensino-aprendizagem em diabetes na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2008 [citado 2009 jul. 10];10(3):747-55. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a20.htm>
9. Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, et al. National standards for diabetes self-management education Task Force to Review and Revise the National Standards for Diabetes Self-Management Education Programs. *Diabetes Care*. 2000;23(5):682-9.
10. Cyrino AP, Schraiber LB, Teixeira RR. A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao "empoderamento". *Interface (Botucatu)*. 2009;13(30):93-106.

A possível generalização do estudo é dada em grande parte pela escolha teórico-metodológica, nesse caso, centrada em uma prática educativa dialógica e reflexiva, em que se incluíram outros conhecimentos e saberes para além do conhecimento técnico e normativo dos profissionais. Dessa forma, o estudo não contribuiu somente para melhorar o autogerenciamento dos cuidados mas, potencialmente, para refletir sobre os programas educativos e a prática dos profissionais de saúde no campo da saúde pública. As limitações encontradas foram o número reduzido de participantes, tempo curto de acompanhamento do processo educativo e abandono do programa.

Em síntese, as ações educativas na promoção do autocuidado favoreceram a modificação das condutas aprendidas sobre o manejo da doença no decorrer do tempo de quatro meses de acompanhamento.

CONCLUSÃO

O presente estudo contribui para o avanço do conhecimento em diabetes e a avaliação de estratégias educativas, visando conhecer seus efeitos no controle da doença e no gerenciamento do autocuidado. Além disso, permite discutir os possíveis limites e opções de aperfeiçoamento do processo de educação em saúde, associado aos programas para diabetes.

A prática educativa apresenta-se como a melhor maneira de conscientizar a pessoa com diabetes sobre a importância do autocuidado. É um momento no qual indivíduo e profissionais de saúde discutem todas as informações acerca da doença e do tratamento.

-
11. Pace AE, Nunes PD, Vigo KO. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Rev Latino Am Enferm*. 2003;11(3):45-52.
 12. Zanetti ML, Otero LM, Peres DS, Santos MA, Guimarães FPM, Freitas MCF. Evolução do tratamento de pacientes diabéticos utilizando o protocolo Staged Diabetes Management. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(3):338-44.
 13. Coelho MS, Silva DMGV. Grupo educação-apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes mellitus. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2006;5(1):11-5.
 14. Santos MA, Peres DS, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. Programa de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(1):57-63.