



Percepção de portadores de diabetes sobre educação em saúde e adoção de hábitos saudáveis

Perception of people with diabetes on health education and adoption of healthy habits

Paula Paulina Costa Tavares¹, Rhalliete Souza Cruz², Sônia Elzi Alves dos Santos Sena Pereira¹, Gina Andrade Abdala³, Maria Dyrce Dias Meira³

¹ Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia, FADBA, Cachoeira, (BA), Brasil. ²Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Cruz das Almas (BA), Brasil.

³ Programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde, Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), São Paulo (SP), Brasil.

*Autor correspondente: Paula Paulina Costa Tavares - E-mail: pptavares@hotmail.com

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção de portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 sobre a influência da educação em saúde para a adoção de hábitos saudáveis e o controle da doença. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado na Teoria da Representação Social. Os depoimentos de 23 entrevistados foram analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Emergiram das respostas quatro Ideias Centrais a respeito das orientações de profissionais quanto aos hábitos saudáveis que podem contribuir para controle da doença, e seis que versaram acerca do modo como as ações educativas podem ser mais efetivas com vistas a estimular a adoção de um estilo de vida mais saudável. Com base nas representações dos participantes, este estudo trouxe a reflexão de que a educação em saúde, como recurso para incentivar a mudança de hábitos, só se torna efetiva quando fundamentada na realidade de cada indivíduo, envolvendo diálogo, escuta qualificada e capacitação para o autocuidado.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2. Educação em saúde. Estilo de vida saudável.

ABSTRACT

This study aimed to know the perception of Type 2 Diabetes Mellitus patients on the influence of health education for the adoption of healthy habits and disease control. The method used was a qualitative study based on Theory of Social Representation. The testimonies of 23 interviewees were analyzed using the Collective Subject Discourse technique. Four Central Ideas emerged from the testimonies on the guidelines of professionals regarding healthy habits that can contribute to disease control, and six that dealt with how educational actions can be more effective in stimulating the adoption of a healthier lifestyle. Based on the representations of the participants, this study brought the reflection that health education, as a resource to encourage the change of habits, only becomes effective when based on the reality of each individual, involving dialogue, qualified listening and training for the self-care.

Keywords: Health education. Healthy lifestyle. Type 2 Diabetes Mellitus.

Recebido em Outubro 13, 2020

Aceito em Dezembro 02, 2020

INTRODUÇÃO

O diabetes causou 1,5 milhão de óbitos no mundo em 2012, além de 2,2 milhões das mortes relacionadas ao aumento da glicemia e possíveis complicações de doenças que incluem ataque cardíaco, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e amputações, entre outras.¹ Segundo a *International Diabetes Federation*, em 2019 havia 463 milhões de pessoas com diabetes no mundo, com uma prevalência estimada em 8,3%, e 4,2 milhões de mortes relacionadas à doença. As projeções estatísticas globais para 2045 estimam 700 milhões de portadores, com uma prevalência de 9,6%. No Brasil, esse número atingiu, em 2019, 16,8 milhões na faixa etária de 20 a 79 anos, colocando o país na quinta posição no ranking mundial – atrás apenas de China, Índia, Estados Unidos e Paquistão –, e pode alcançar 26 milhões em 2045.² A prevalência do diabetes registrada no último levantamento realizado pela *Vigitel* em 2019 foi de 7,4%, e mostrou-se maior entre as mulheres (7,8%), em comparação com os homens (7,1%). A incidência aumenta progressivamente com a idade mais elevada, diminuindo significativamente de acordo com maiores níveis de escolaridade.³

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o diabetes figura entre as quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), responsáveis por 71% de todas as mortes no mundo.⁴ O Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) representa cerca de 90-95% dos casos da doença, e a maioria das pessoas acometidas é obesa ou tem um percentual elevado de gordura abdominal. O risco de desenvolvê-lo cresce com idade, obesidade e falta de atividade física. Ocorre mais frequentemente em mulheres com antecedentes de diabetes gestacional e em indivíduos com hipertensão ou dislipidemia, cuja prevalência varia em diferentes raças/subgrupos étnicos; muitas vezes, está associado com predisposição genética, mas principalmente a aspectos sociais e comportamentais definidores do estilo de vida adotado.⁵ Em 2017, a média da carga global da doença foi de 6.059 para

100 mil indivíduos – no Brasil esse número foi de 4.240 doentes. Há uma projeção segundo a qual em 2030 haverá 7.079 portadores de DM2 para 100 mil pessoas em todas as regiões do mundo e tendência de aumento da prevalência em países de baixa renda e entre a população mais jovem.⁶

Com base nos dados apresentados, é possível perceber o quanto o diabetes assume proporções preocupantes no cenário mundial e nacional. Isso implica medidas mais efetivas de prevenção e controle para que a doença não alcance, em um futuro próximo, níveis ainda mais alarmantes. Nesse contexto, destaca-se ainda o impacto econômico sobre a sociedade, sistemas de saúde, indivíduos e suas famílias, resultante da perda de qualidade de vida e do alto grau das limitações associadas ao DM2.⁷ Diante das dificuldades para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, esse panorama fica ainda mais complexo, e a educação em saúde se configura como proposta indispensável para um tratamento integral que visa a promover a compreensão dos participantes de modo a favorecer a autonomia e a superação dos condicionantes sociais.

A prevenção efetiva e promissora implica planejamento das ações de educação em saúde, identificando os portadores do DM2 desde o início da doença e adotando medidas para evitar as complicações agudas ou crônicas. Quando bem conduzidas, tais ações, voltadas a modificações comportamentais, podem representar a possibilidade de mudança do panorama crítico que se descortina.⁸ Presume-se que as estratégias que estimulam o autocuidado, bem orientado e específico, favoreçam a adoção de hábitos saudáveis de forma a serem incorporados no comportamento cotidiano das pessoas, abrangendo uso correto de medicações, dietas prescritas e prática de atividade física moderada.⁹

Para lidar com os desafios de se implementarem ações centradas na prevenção, diagnóstico precoce, controle e acesso ao tratamento correto, a “Declaração de Berlim” propõe políticas e medidas contextualizadas, incluindo a adoção de um

estilo de vida saudável, além de garantias da terapêutica medicamentosa adequada. Nesse contexto, a educação em saúde precisa romper com concepções e abordagens tradicionais e estimular intervenções que abarquem a compreensão do contexto de vida dos indivíduos, bem como a capacidade de aprendizado de cada pessoa para superação dos próprios limites.¹⁰

O planejamento de ações educativas efetivas deve abranger estratégias inovadoras e centradas no diálogo entre usuários e profissionais de saúde. Nessa direção, a realização de intervenções alinhadas ao conceito ampliado de saúde, alvo de ricas discussões no campo da promoção da saúde, precisa levar em consideração os problemas e as necessidades dos sujeitos, que, na maioria das vezes, são determinantes e condicionantes do processo saúde/doença. Para tanto, as instituições da rede de atenção à saúde devem promover iniciativas intersetoriais que tragam resultados positivos em relação às condições de vida, possibilitando escolhas mais saudáveis, sem correr o risco de culpabilização dos indivíduos já expostos à vulnerabilidade social.¹¹

Assim, propôs-se como objetivo deste estudo conhecer a percepção de portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 sobre a influência da educação em saúde com vistas à adoção de hábitos saudáveis e ao controle da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva realizado em uma abordagem qualitativa e fundamentado na Teoria da Representação Social (TRS)¹² por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).¹³ A TRS aplicada nessa técnica preconiza abstrair o conhecimento do senso comum que permeia os depoimentos de pessoas que compartilham uma mesma realidade e que, em seus cotidianos, são afetadas pelas interpretações de suas crenças e valores cristalizados, ao longo do tempo, naquele grupo social. Essa característica possibilita

ao pesquisador construir um discurso coletivo, agrupando aspectos comuns aos diversos atores sociais que se reconhecem no DSC como transmitindo a própria opinião.^{12,13}

Os participantes foram recrutados em agosto de 2016 por meio de convite escrito dirigido aos portadores de DM2 (n = 37) cadastrados e acompanhados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Cachoeira, no Recôncavo Baiano, Brasil, e entregue pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Uma reunião foi realizada nas dependências de uma policlínica universitária, à qual compareceram 32 pacientes. As pesquisadoras se apresentaram e detalharam os objetivos da pesquisa em todas as etapas de um projeto de dissertação de mestrado que previa, em seu desdobramento, uma intervenção educativa sobre estilo de vida saudável.

A amostra foi de conveniência com adesão espontânea e contou com a adesão de 23 portadores de DM2, maiores de 18 anos, que aceitaram o convite por ter disponibilidade para fazer parte de todas as etapas da pesquisa. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participaram da etapa descrita no presente estudo. Para coleta de dados, foram utilizados um formulário com informações sociodemográficas e entrevista gravada em áudio, com roteiro semiestruturado, conduzida por quatro pesquisadoras, discentes do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde.

A equipe de pesquisa foi previamente treinada quanto à aplicação da entrevista e realização do pré-teste para adequação das questões norteadoras: 1) Algum profissional de saúde já orientou você sobre a influência dos hábitos saudáveis para controlar o diabetes? e 2) Em sua opinião, como os profissionais de saúde poderiam ajudar as pessoas a compreenderem melhor os benefícios de um estilo de vida mais saudável?

Para processamento dos dados, utilizou-se a técnica de análise do DSC, que possibilita, após transcrição do conteúdo discursivo e leitura criteriosa, a busca de depoimentos significativos de

determinada temática e o agrupamento de diversas falas que expressam as representações coletivas de crenças, valores e opiniões individuais do universo pesquisado. Isso foi realizado com o apoio do *software Qualiquantisoft* para facilitar a extração e agrupamento das Expressões-Chave (ECH) presentes nos depoimentos de forma a possibilitar a construção dos DSCs, com a representação do grupo, em torno de Ideias Centrais (IC) sobre as questões propostas na pesquisa.

Os DSCs **são redigidos na primeira pessoa do singular, mas vale destacar que esse discurso é resultante da reconstituição** dos fragmentos das falas individuais presentes na coletividade.¹³ A análise dos discursos foi realizada com base na Teoria da Representação Social,¹² que se alinha à **técnica do DSC** ao partir do senso comum presente no substrato empírico oriundo do contexto vivenciado pelos grupos que compartilham a mesma realidade.¹³

Este estudo é parte de uma pesquisa maior, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas sob parecer nº 1.542.117 e CAEE: 51672215.2.0000.5377, emitido em 11/01/2016. O sigilo da identidade dos participantes foi preservado em todas as etapas do trabalho, uma vez que a técnica de análise prevê a apresentação de um discurso único, no qual as diversas opiniões são agrupadas em um DSC representativo das ideias constituídas.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 23 portadores de DM2 cadastrados e acompanhados em uma USF no município de Cachoeira, no Recôncavo Baiano, Brasil. A distribuição sociodemográfica deles mostrou que 74% eram do sexo feminino, e 26%, masculino. A maioria se situava nas faixas etárias entre 41 e 59 anos (39%) e 60 e 79 anos (39%), sendo que os demais tinham idade superior a 80 anos (13%). Houve predomínio da cor da pele parda (56%) e preta (35%), com escolaridade no ensino fundamental (39%) e ensino médio (39%).

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DAS ORIENTAÇÕES SOBRE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

Os discursos foram construídos e categorizados de acordo com as IC a partir das ECH identificadas nas respostas dos entrevistados. A análise do conteúdo discursivo buscou evidenciar as representações sociais, presentes nos depoimentos, sobre como têm se dado as orientações de profissionais e como as ações educativas poderiam ser mais efetivas para adoção de um estilo de vida mais saudável. A seguir, são apresentadas as duas perguntas, aplicadas na entrevista, com as IC correspondentes e respectivos DSCs.

Pergunta 1: Algum profissional de saúde já lhe falou sobre a influência dos hábitos saudáveis para controlar o diabetes? Como foi essa orientação para você?

O DSC construído a partir da IC A “Nunca falam sobre a influência do estilo de vida na saúde”, representando 48% dos participantes do estudo, nega a atuação dos profissionais de saúde no aconselhamento sobre a influência do estilo de vida saudável para o controle do DM2.

Não, daqui do posto não, eles não explicaram nada ainda. Nenhum médico chegou a me dizer sobre essas coisas. O que eu sei é porque eu já li, estudei um pouco ou ouvi só mesmo nas palestras, mas no posto eles nunca falaram.

A IC B, “Vários profissionais já falaram sobre alguns hábitos”, que compôs o DSC, representada por 40% dos indivíduos, identifica a ação de profissionais de saúde, orientando a respeito do estilo de vida adequado para evitar complicações decorrentes da doença.

Sim, já falaram! Os médicos, as enfermeiras já me informaram sim, já me indicaram direitinho o que eu posso fazer. A médica lá do posto onde eu faço os exames e a agente comunitária sempre me explicam como é. O doutor que estava lá, o que

foi embora, ele conversava muito comigo sobre estilo de vida saudável. Agora, sempre quando eu vou na consulta com a endocrinologista ela fala. Meu cardiologista também já me falou isso. Quando eu adquiri a doença, a nutricionista falou para mim os hábitos, o que eu deveria deixar de fazer, de comer, então ela me orientou bem.

A IC C, “Não se dá importância ao que é orientado”, representada no DSC por apenas um indivíduo do grupo pesquisado, traz em si a ancoragem de uma realidade, percebida de maneira geral, de que as pessoas, mesmo ouvindo acerca da influência da adoção de um estilo de vida saudável, podem não incorporar essas mudanças no seu cotidiano, talvez por não compreender a importância delas.

As pessoas, geralmente, não dão importância ao que é orientado. Eu fui uma vez num médico e aí ele me deu um papel escrito com tudo que eu podia comer e o que eu não podia comer, mas eu não sei nem onde eu coloquei esse negócio.

Na IC D, “Médico só receita comprimidos”, representada no DSC também por somente um indivíduo, identifica uma conduta rotineira de se prescreverem medicamentos, sem, contudo, se incluírem as orientações sobre a influência do estilo de vida saudável como um componente do tratamento.

Não, os médicos só me dão os comprimidos, nunca falaram nada disso. É só comprimido, comprimido, e olha, eu vou te falar uma coisa, eu acredito em remédio natural.

Pergunta 2: Em sua opinião, como os profissionais de saúde poderiam ajudar as pessoas a compreenderem os benefícios de um estilo de vida mais saudável?

A IC A, “Dificuldade para entender a linguagem médica”, apresentada no DSC a seguir, traz a representação de 26% dos participantes de

que a comunicação mais clara e eficaz seria a melhor maneira de auxiliar na orientação a respeito de um estilo de vida saudável e assim estimular a adesão do indivíduo.

Ah, é o jeito que eles falam, a gente tem assim... Uma dificuldade de entender o que os médicos falam, e se atrapalha. Eles falam muito rápido e, às vezes, aquela explicação muito ligeira, a gente não consegue pegar todas as explicações deles. Médico só vai escrevendo lá ligeiro, e explicando rápido, e não tem como a gente pegar o que eles estão falando. Se a gente pegar, pegou. Se não pegou, aí agora vai pedir informação à enfermeira, né? Eu não gravo todas as coisas que eles falam.

Eu acho que os profissionais do posto poderiam procurar conversar com as pessoas assim, na linguagem delas, explicar melhor como deve ser a vida do diabético, como deve ser a alimentação e também a questão do sono, pois as pessoas acham que é preciso gastar mais para poder ter uma saúde melhor, e não é nem isso aí.

A IC B, “Não tem nada para melhorar”, também foi representada por 26% dos indivíduos, os quais não acham necessário nenhum tipo de mudança na maneira de aconselhar por parte dos profissionais de saúde. Eles entendem que a conduta deve ser assim mesmo e que cabe ao paciente procurar entender, como apresentada no próximo DSC.

Acho que não, eu acho que eles falam bem, porque eles me explicam tudo certinho. Pra mim não precisa mudar nada, nem melhorar. Eles orientam na medida do possível, né? Eles usam o profissionalismo deles, aí depende de a gente ouvir, né? A gente tem que procurar entender e procurar seguir as orientações que eles dão. “Seguir as regras que o médico fala vai ajudar muito!”.

A IC C, “Sim, fazendo visitas para ensinar as coisas”, permitiu a construção de um DSC e mostra a opinião de 22% dos indivíduos sobre a importância das visitas domiciliares, um contato mais próximo com o profissional de saúde, dentro da realidade e do contexto vivenciados por eles.

Sim. Visitar mais vezes, ir lá em casa, sentar com a gente, passar as orientações e ensinar como é que toma o remédio, como é que faz a alimentação, para não comer nada de errado, ver se tá tudo certo. Eles têm que informar o que a gente tem que seguir e porque a gente tem que fazer isso, né? Porque às vezes a gente leva todos os papéis e não entende tudo.

A IC D, “Cada pessoa precisa fazer a sua parte”, permitiu a construção do DSC representado por 13% dos participantes.

Eu preciso me ajudar, pois eu não tenho dificuldade de compreender! A minha dificuldade é em executar, então eu preciso me amar mais e cumprir todos os requisitos certinhos. Porque eu vou ter uma vida boa e vou viver mais.

Esse discurso indica que, na percepção dos portadores de DM2, para resolver a questão da adesão a um estilo de vida saudável torna-se necessária a sensibilização e motivação das pessoas.

A IC E, “Explicar melhor o esquema terapêutico”, representada no DSC por apenas 4% dos indivíduos, indica as dificuldades que os pacientes enfrentam para administrar vários medicamentos necessários ao controle da doença, como normalmente é prescrito pelos médicos.

É tanto comprimido que a pessoa toma que às vezes faz até mal pra pessoa! Poderia ser um remédio só! A pessoa toma insulina, toma comprimido e às vezes nem sabe o que tá tomando... Não sabe nem por que, às vezes, a glicose aumenta ou diminui.

Por fim, a IC F, “Orientação não resolve nada”, apesar de ter sido apresentada por apenas um participante também, traz a representação daqueles que pensam na ineficiência de recomendações genéricas para incentivar a adoção de hábitos saudáveis.

É sempre bom ouvir pra gente aprender mais, mas acho que não tem orientação nenhuma que melhore. Eu tomo remédio e está sempre do mesmo jeito.

Percebe-se que existe grande expectativa quanto ao efeito da medicação, que deveria resolver os problemas relacionados ao DM2, assim como certa passividade e resignação em conviver com a falta de recursos para controlar a doença.

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, houve predomínio de participantes com idade superior a 60 anos (52%) e do sexo feminino (74%). Esses dados corroboram a tendência de aumento da prevalência de diabetes global em pessoas com mais de 65 anos (19,9%). Observa-se ainda, um crescimento significativo da prevalência em países de alta (10,4%), média (9,5%) e baixa renda (4,0%). Destaca-se também, que 67% dos portadores de diabetes vivem em áreas urbanas, e 50% deles nem sabem que têm a doença.¹⁴ Preconiza-se que a elevação da expectativa de vida da população global, o diagnóstico precoce de DM2 e o manejo mais assertivo da patologia têm contribuído para o aumento na prevalência. Por outro lado, há de se considerar que ela ocupa o sétimo lugar entre as principais causas de incapacidade e anos de vida perdidos.⁶

A IC A da primeira pergunta apresenta a opinião de 48% dos entrevistados, para os quais os profissionais de saúde não orientam quanto à influência do estilo de vida no controle do diabetes. No entanto, preconiza-se que a equipe multidisciplinar pode auxiliar para melhor qualidade de vida do paciente

diabético. Por isso, a atuação junto aos portadores de DM2 deve buscar soluções coletivas e abrir caminho para um exercício democrático na tomada de decisão, tanto na prevenção quanto no tratamento. Ações de promoção de saúde envolvendo intervenções precoces podem influir no controle da doença e na melhora na qualidade de vida dos pacientes.¹⁵ O autocuidado, quando apoiado pela equipe de saúde, pode se configurar como uma estratégia eficaz, desde que respeite o tempo, as condições de vida e as limitações de cada indivíduo, ou seja, que considere os determinantes sociais e sua influência no resultado de adoecimento das pessoas.¹⁶

Para 40% dos participantes, os profissionais de saúde orientam a respeito da importância de mudança no estilo de vida com o objetivo de alcançar resultados positivos. É necessário, porém, que eles estabeleçam um plano de trabalho interdisciplinar voltado à educação em saúde, com o compartilhamento de conhecimentos atualizados sobre a doença entre seus pares. Nesse sentido, requer-se dos profissionais o desenvolvimento de habilidades pedagógicas para uma comunicação efetiva, que valoriza a escuta e a compreensão, bem como a negociação com os pacientes e a utilização de estratégias dinâmicas.¹⁰

AIC C revela que, muitas vezes, o paciente não dá importância ao que é orientado. Frequentemente, os indivíduos com DM2 reconhecem a relevância das ações de autocuidado necessárias ao controle da doença, mas não aderem a elas de forma consistente e regular. São influenciados por condicionantes internos e externos, como decisão pessoal, organização dos serviços de saúde e questões familiares. Assim, devido às dificuldades no manejo de condições crônicas, torna-se imprescindível um planejamento da assistência com vistas a respeitar e considerar as perspectivas do indivíduo.¹⁵

Em estudo de “revisão integrativa”, que buscou identificar as intervenções educativas que apoiam o autogerenciamento do DM2, um dos focos destacados traz a questão da entrevista motivacional com vistas à adoção de um estilo de vida

saudável, levando em conta aspectos psicossociais, comportamentais e clínicos dos indivíduos. Na maioria dos estudos envolvidos, fica claro que o paciente não consegue autogestão plena, daí a necessidade de um processo de corresponsabilização entre ele e a equipe multidisciplinar que orientam o tratamento.¹⁷ É importante destacar que os profissionais de saúde precisam considerar a influência dos determinantes sociais na construção e organização de estratégias para o cuidado, o enfrentamento e o controle do DM2.¹¹

A representação dos participantes sobre a prescrição de medicamentos ser a única intervenção dos profissionais da saúde é contundente. Isso porque, mesmo que os benefícios da adoção de um estilo de vida saudável sejam largamente difundidos no meio científico, muitos médicos prescrevem apenas medicamentos e restrições alimentares, deixando de orientar adequadamente ou estimular comportamentos mais saudáveis. Ao mesmo tempo, para os diabéticos é mais fácil tomar a medicação do que praticar exercícios ou seguir uma dieta saudável.¹⁸ Embora as opções farmacológicas sejam cada vez mais extensas e ofereçam mais possibilidades terapêuticas, as intervenções relacionadas ao estilo de vida têm se tornado cada vez mais essenciais e necessárias para se alcançarem os objetivos terapêuticos, especialmente no caso do portador de DM2.^{10,19}

Sobre o modo pelo qual os profissionais de saúde poderiam ajudar as pessoas a compreenderem os benefícios de um estilo de vida mais saudável, 26% dos entrevistados mencionaram a comunicação, enfatizando a dificuldade em “entender o que o médico fala”. Em decorrência de uma abordagem fragmentada, na maioria das vezes, ela não atende às demandas do diabético e da assistência integral necessária aos pacientes acometidos por essa condição crônica, configurando em um grande desafio. Os recursos materiais, físicos e humanos disponíveis constituem-se como fatores limitantes que podem interferir na oferta adequada de ações de educação em saúde oferecidas a esse grupo.²⁰

Nesse sentido, é preciso que a forma de fazer e atuar dos profissionais da Atenção Primária à Saúde seja otimizada por meio de um programa de educação permanente focado na realidade do cotidiano de trabalho e em estratégias resolutivas e dinâmicas que considerem prioritariamente as necessidades dos pacientes em seu contexto de vida. Essa é uma condição fundamental para efetividade nas ações, para o sucesso da comunicação terapêutica e para uma interação que resulte em satisfação entre profissionais de saúde e o usuário.²¹

Para outros 26% dos entrevistados, não é necessária mudança na prática dos profissionais de saúde, já que se mostraram satisfeitos com suas experiências. A obtenção de informações adequadas sobre o diabetes deve estar associado a uma atitude mais positiva em relação ao tratamento. Um conhecimento inadequado, assim como práticas precárias, pode influenciar negativamente a adoção de um estilo de vida saudável e atividades de autogestão bem-sucedida da doença.²² Nessa perspectiva, para que haja melhor adesão ao autocuidado no DM2, é preciso orientar o indivíduo, promovendo o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades, atitudes e motivação. Assim, a educação em saúde deve envolver o apoio de familiares e profissionais de saúde como práticas fundamentais nesse processo.⁹

Os profissionais de saúde são considerados parceiros no processo educativo, ajudando no enfrentamento da doença ao realizarem suas práticas cotidianas. Nesse sentido, o vínculo de amizade e empatia com eles resulta em estímulos para a mudança do estilo de vida e promoção do autocuidado.²³ Reitera-se que o aconselhamento em saúde só poderá ser considerado efetivo para controlar o diabetes quando fundamentado na realidade de cada indivíduo e se desdobrar em conscientização e transformação de comportamento favoráveis a ele, caso contrário, haverá somente transmissão de informações.⁹

Corroborando a ideia de vínculo de amizade e empatia, 22% dos depoentes mencionaram a visita domiciliar como forma de auxiliar na adesão a hábitos

saudáveis. Tal iniciativa ganha espaço como estratégia educativa, pois envolve diálogo e escuta qualificada, além de configurar-se como modalidade para capacitar o usuário ao autocuidado, já que permite estar próximo da realidade de vida de cada um, além de ajudá-lo a tomar decisões mais acertadas. Em um estudo clínico com o objetivo de avaliar o efeito da visita domiciliar na adesão e empoderamento do usuário com DM2 para as práticas de autocuidado, os autores observaram alterações positivas no comportamento dos pacientes relacionadas à reeducação alimentar e atividade física.²⁴

A IC D traz uma representação de que cada pessoa precisa fazer sua parte. Entretanto, para uma adesão efetiva ao tratamento, é necessário despertar no indivíduo a motivação pessoal, promovendo o conhecimento e a aceitação da doença, o que envolve tempo, treinamento para o autocuidado, apoio social e desenvolvimento de políticas abrangentes voltadas ao gerenciamento de acesso aos medicamentos mais eficazes e com menor custo. O estresse psicológico provocado pelas limitações impostas pela doença e o alto custo dos remédios, bem como a preocupação com os efeitos colaterais e o esquecimento, são apontados como fatores para a não adesão medicamentosa.²⁵ Nesse sentido, a presença atuante dos profissionais de saúde, fornecendo continuamente informações e apoio individualizados, se torna essencial ao sucesso do plano terapêutico. O envolvimento de companheiros, familiar e amigo próximo também traz impacto positivo no tratamento.²²

Em uma pesquisa que teve o objetivo de investigar o que é ter qualidade de vida para uma pessoa com diabetes na percepção de profissionais de saúde, os autores concluíram que, para o portador de DM2 assegurar essa condição, é importante que ele se sinta bem em seu meio de convivência, incluindo ambiente familiar, vizinhos, pessoas de suas relações, serviços de saúde e comunidade. Nesse contexto, os familiares desempenham papel fundamental para incentivá-lo a compreender o próprio estado de saúde. Quando esse apoio ocorre, ele assimila de

maneira mais consistente o autocuidado requerido para o controle da doença.²⁶

A IC E expõe a dificuldade com o esquema terapêutico. Além da interação entre profissionais e pacientes e dos fatores econômicos, a complexidade do regime terapêutico tem significativa influência na adesão ao tratamento medicamentoso. Esse aspecto ainda pode ser agravado pelo avanço da patologia, desencorajando ainda mais o uso dos fármacos e, conseqüentemente, impactando negativamente o controle glicêmico.²⁷ Considerando os múltiplos fatores envolvidos, ao se avaliar a proposta terapêutica do paciente torna-se necessário levar em conta o contexto e as características sociodemográficas e individuais de cada um. O conhecimento desses aspectos poderá contribuir para a elaboração de estratégias voltadas a aumentar a adesão ao tratamento.²⁸

Percebe-se que a dieta não saudável e a inatividade física têm sido fatores de difícil adesão e fortemente associados ao sobrepeso e à obesidade, aspectos amplamente estudados e apontados quanto a sua influência no desenvolvimento do diabetes. Porém, eles não são os únicos desencadeadores e influenciadores da doença.⁶ Ademais, importa compreender que simplificar um regime terapêutico não consiste somente em diminuir o número de fármacos e suas doses diárias ou indicar apresentações mais adequadas. Envolve também um esforço conjunto dos usuários e dos profissionais que os assistem de forma a promover o empoderamento dos portadores de DM2, por meio do envolvimento dos participantes na gestão dos seus cuidados de saúde, incentivo a sua capacidade de tomada de decisões e de resolução de problemas com a implementação de estratégias adaptativas. Essas medidas são importantes para garantir o instrumento terapêutico com melhor efetividade, eficiência e segurança para cada indivíduo.²⁹

A IC F indica que não há orientação que resolva, e a fala “eu tomo o remédio e está tudo sempre do mesmo jeito” reflete a necessidade de

estímulo à superação de barreiras e implementação de intervenções educativas que busquem construir estratégias visando a promover a mudança comportamental possível em cada indivíduo, contribuindo para o alcance de resultados mais favoráveis¹⁶. Para tanto, torna-se importante que a gestão do autocuidado pelo profissional de saúde seja baseada na elaboração conjunta de planos e metas factíveis, aliados às políticas públicas de saúde.¹⁰

Os profissionais da área da saúde, ao atuarem como parceiros, passam a estimular a busca do conhecimento e propõem soluções práticas para transposição das barreiras encontradas, incentivando e promovendo a corresponsabilização do usuário quanto à prática do autocuidado, sem, contudo, atribuir-lhe culpa por condições que, muitas vezes, fogem ao controle dele. A adesão ao tratamento não depende apenas de seguir uma prescrição do profissional, mas de uma conscientização do usuário a respeito de sua condição de saúde e a relação com suas crenças e práticas cotidianas.³⁰

Apointa-se como limitação deste estudo o número de participantes que, embora tenha alcançado boa representatividade na unidade escolhida, não incluiu outros cenários regionais para maior abrangência. Ressalta-se que é importante o desenvolvimento de mais pesquisas sobre a adoção de hábitos saudáveis e controle do DM2, com o propósito de ampliar o diálogo e motivar os profissionais da Atenção Primária à Saúde quanto à implementação de ações coletivas, inter e multidisciplinares, que possam enfrentar esse grave problema de saúde pública com maior resolubilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve uma representação preponderante dos participantes que negaram ter recebido orientações dos profissionais de saúde sobre a importância de se adotar um estilo de vida mais saudável para um controle eficaz do DM2. No entanto, uma parcela do grupo mencionou ter ouvido a respeito da importância

desses aspectos. Tal divergência nos DSCs sugere que nem todos os profissionais fornecem orientações acerca do tema como parte da conduta terapêutica ou o fazem de forma não adequada à compreensão do doente, muitas vezes desconsiderando fatores e condições de vulnerabilidade dele.

Os DSCs conferiram uma representação predominante quanto à necessidade de uma reflexão crítica no que diz respeito à atuação dos profissionais de saúde e aos métodos costumeiramente utilizados para se obterem melhores resultados. Os participantes indicaram a necessidade de uma comunicação mais eficaz por parte dos profissionais para alcançar a compreensão dos pacientes no que se refere aos benefícios de um estilo de vida saudável. Algumas representações apontaram que é preciso considerar a realidade de vida do portador de DM2, reforçando a importância do papel dos determinantes sociais. Mencionaram também a dificuldade e insegurança em tomar vários medicamentos ao dia e ressaltaram que deveria haver um esquema terapêutico menos complexo. Essa representação sugere que a educação em saúde deve ser individualizada e contemplar as condições socioculturais do doente.

Vale destacar a relação entre os determinantes sociais e o estilo de vida dos portadores de diabetes. Com base nos discursos dos participantes desta pesquisa, percebe-se que é inegável a influência que as condições de vida exercem sobre as condições de saúde. Nesse contexto, cabe ao profissional de saúde não culpabilizar o indivíduo, e sim identificar tais determinantes e condicionantes, bem como as vulnerabilidades impostas pelas diferentes realidades. Assim, será possível adequar as estratégias e as formas de abordagens individualizadas com vistas a promover a autogestão do cuidado, favorecendo escolhas de comportamentos mais saudáveis.

Resumidamente, esta pesquisa possibilitou identificar aspectos que podem influenciar a compreensão dos profissionais e participantes acerca da importância da adoção dos hábitos saudáveis no controle do DM2, tais como comunicação eficaz,

tipo de abordagem e, principalmente, percepção da necessidade de que os profissionais de saúde considerem as limitações de cada indivíduo e do seu contexto de vida. Nesse sentido, torna-se imprescindível a realização de mais pesquisas para investigação de melhores estratégias de educação em saúde, visando a ampliar o envolvimento desses profissionais em ações mais efetivas para estimular a adoção de um estilo de vida saudável por parte dos portadores de DM2.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneve: WHO, 2016. Available in: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9. ed. Bruxelas, Bélgica: Federação Internacional de Diabetes; 2019. Available in: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil, 2019. Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>
4. World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: WHO; 2020. Available in: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331452/9789240002319-eng.pdf>
5. World Health Organization. Classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO; 2019. Licence: CCBY-NC-SA3.0IGO. Available in: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325182/9789241515702-eng.pdf>
6. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of Type

- 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *J Epidemiol Glob Health*. 2020;10(1):107-11. doi: <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191028.001>
7. Borges DB, Lacerda JT. Actions aimed at the Diabetes Mellitus control in Primary Health Care: a proposal of evaluative model. *Saúde debate* [online]. 2018; 42(116):162-78. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811613>
 8. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Clannad Ed científica; 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
 9. Oliveira GYM, Almeida AMO, Girão ALA, Freitas CHA. Nursing interventions for promoting self-care of persons with type 2 diabetes: an integrative review. *Rev Eletr Enferm*. 2016; 18:e1188. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.38691>
 10. The Berlin Declaration Steering Group. The Berlin Declaration. A collective ambition for policy change to drive early action in type 2 diabetes. 2016. Available in: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf
 11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
 12. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11. ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
 13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discourse of the collective subject: Social Representations and communication interventions. *Text Context Nursing*, Florianópolis. 2014; 23(2):502-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>
 14. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th ed. *Diabetes Res Clin Pract*. 2019; 157:107843. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
 15. Bernini LS, Barrile SR, Mangili AF, Arca EA, Correr R, Ximenes MA. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. *Cad Bras Ter Ocup*. 2017; 25(3):533-41. doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0899>
 16. Teston EF, Sales CA, Marcon SS. Perspectives of individuals with diabetes on selfcare: contributions for assistance. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(2):1-8. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170043>
 17. Carpenter R, DiChiacchio T, Barke K. Interventions for self-management of type 2 diabetes: An integrative review. *Int J Nurs Sci*. 2019; 6(2019):70-91. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.002>
 18. Rezaei M, Valiee S, Tahan M, Ebtekar F, Gheshlagh RG. Barriers of medication adherence in patients with type-2 diabetes: a pilot qualitative study. *Diabetes Metab Syndr Obes Targets Ther*. 2019; 12:589-99. doi: <https://doi.org/10.2147/DMSO.S197159>
 19. Peñalver JJM, Timón IM, Collantes CS, Gómez FJC. Update on the treatment of type 2 diabetes mellitus. *World J Diabetes*. 2016; 7(17):354-95. doi: <https://doi.org/10.4239/wjd.v7.i17.354>
 20. Teston EF, Spigolon DN, Maran E, Santos AL, Matsuda LM, Marcon SS. Nurses' perspective on health education in Diabetes Mellitus Care. *Rev Bras Enferm*. 2018; (71): 2735-42. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0396>
 21. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Educação permanente e qualificação profissional para Atenção Básica. *Rev Saúde Pesq*. 2017; 10(1):101-9. doi: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n1p101-109>
 22. Roux M, Walsh C, Reid M, Raubenheimer J. Diabetes-related knowledge, attitude and practices (KAP) of adult patients with type 2 diabetes mellitus in the Free State province, South Africa. *S Afr J Clin Nutr*. 2018; 0(0):1-8.

doi: <https://doi.org/10.1080/16070658.2018.1468536>

23. Cecilio SG, Brasil CLGB, Vilaça CP, Silva SMF, Vargas EC, Torres HC. Psychosocial aspects of living with diabetes mellitus in promoting self-care. *Rev Rene*. [Internet] 2016; 17(1):44-51. Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324044160007>
24. Souza DAS, Reis IA, Cortez DN, Afonso GS, Torres HC. Evaluation of home visits for the empowerment of diabetes self-care. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(4):350-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700052>
25. Islam SM, Biswas T, Bhuiyan FA, Mustafa K, Islam A. Patients' perspective of disease and medication adherence for type 2 diabetes in an urban area in Bangladesh: a qualitative study. *BMC Res Notes*. 2017; 10(1):131. doi: <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2454-7>
26. Rempel C, Moreschi C, Carreno I, Pombo CNF. Qualidade de vida para quem tem diabetes: percepções de profissionais de saúde e de pessoas com diabetes. *Atas Invest Qual Saúde* [Internet]. 2016; 2:184-9. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/751>
27. Nascimento MO, Nascimento DO, Dourado CSME. Impact of the complexity of pharmacotherapy on biochemical and pressure parameters in diabetes mellitus. *Sci Med*. 2019; 29(2):e33175. doi: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2019.2.33175>
28. Machado APMC, Santos ACG, Carvalho KKA, Gondim MPL, Bastos NP, Rocha JVS, et al. Adherence to the diabetes mellitus treatment evaluation and associated factors. *EJCH*. 2019 Mar 12;(19):e565. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e565.2019>
29. Almeida M, Sousa MRMGC, Loureiro HMAM. Effectiveness of an empowerment-based educational program in self-efficacy perception in patients with diabetes. *Rev Enf Ref*. 2019; 4(22):33-42. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV19037>