

As barreiras das práticas de autocuidado: desafios e oportunidades para o empoderamento em grupos de diabetes na atenção primária

Cristiane Alvarenga Chagas – Universidade Federal de Minas Gerais

Heloísa de Carvalho Torres – Universidade Federal de Minas Gerais

Sirlene Maria de Melo – Universidade Federal de Minas Gerais

Priscila de Faria Pereira – Universidade Federal de Minas Gerais

Juliana Barros Siman – Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

O objetivo do artigo é analisar as barreiras para a prática do autocuidado, associado à dieta e prática de atividade física, no processo de empoderamento nos grupos operativos em Diabetes Mellitus tipo 2. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório, realizado em quatro unidades básicas de saúde no município de Belo Horizonte – MG e envolveu a participação de 91 usuários em 2013. As falas dos usuários foram analisadas tematicamente, sendo identificadas as categorias: Sentimentos sobre DM2, Barreiras para as práticas de autocuidado, Estratégias para superação das barreiras, Metas para o autocuidado, Vínculo entre usuário e profissional. Percebeu-se melhora significativa na aceitação da doença, adesão ao tratamento, autonomia, e no autocuidado relacionado à dieta e a prática de atividade física. Os usuários identificaram como barreiras para o autocuidado: sentimentos em relação à doença, restrição de alimentos, falta de apoio da família, dores articulares. Os usuários reconheceram suas condições de saúde como algo que demanda cuidado e modificação significativa de comportamento frente à doença. Assim, a abordagem do empoderamento nos grupos operativos proporcionou a participação ativa e consciente do indivíduo no processo do autocuidado, identificação e desenvolvimento de metas específicas para superação das barreiras.

Palavras-chave: Diabetes; Autocuidado; Empoderamento; Barreiras.

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the barriers to practice self-care associated with diet and physical activity, the process of empowerment groups operating in Type 2 Diabetes Mellitus. This is a qualitative study was descriptive and exploratory, conducted in four basic health units in the city of Belo Horizonte - MG, and involved the participation of 91 members in 2013. The speeches of users were analyzed thematically, identifying the categories: feelings about DM2, barriers to self-care practices, strategies for overcoming barriers, goals for self-care, relationship between user and professional. Noticed a significant improvement in the acceptance of the disease, treatment adherence, autonomy, and self-care related to diet and physical activity. Users identified as barriers to self-care: feelings about the disease, restriction of food, lack of family support, joint pain. Users acknowledge their health as something that requires care and significant change in behavior towards the disease. Thus, the empowerment approach in operative groups provided the active and conscious participation of the individual in the process of self-care, identifying and developing specific goals for overcoming barriers.

Key words: Diabetes; Self Care; Empowerment; Barriers.

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* do tipo 2 (DM2) é considerado atualmente como um importante e crescente problema de saúde pública em função de sua elevada prevalência, aparecimento de complicações e mortalidade ⁽¹⁾. Por se tratar de uma doença crônica e progressiva, os indivíduos acometidos tendem a ter complicações (nefropatias, retinopatias, neuropatias, amputação de membros e doenças cardiovasculares) que estão associadas a um mau controle glicêmico, e a não adesão às práticas de autocuidado ⁽²⁻³⁾.

Tal fato demonstra a importância de iniciativas para a prevenção e controle dessa enfermidade. Estudos ⁽⁴⁻⁵⁾ demonstram que o controle e a prevenção de complicações são possíveis por meio de programas de educação e estratégias participativas, que orientam e incentivam mudanças comportamentais associadas ao autocuidado.

O sucesso de adesão a essas medidas dependem do autocuidado do indivíduo com DM, definido como o comportamento da pessoa referente ao uso de medicação, seguimento de dietas, prática regular de atividades físicas e adoção de hábitos de vida saudáveis ⁽⁶⁻⁷⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adesão ao autocuidado pode ser influenciada pelos fatores: características pessoais; condição socioeconômica e cultura; aspectos relacionados ao tratamento; à doença; ao sistema de saúde e à equipe profissional ⁽⁸⁾.

Nesse sentido, o indivíduo com DM2 pode enfrentar algumas barreiras para a gestão do cuidado com a saúde. Tais barreiras podem ser definidas como aspectos negativos para adesão ao autocuidado que impedem a adoção do comportamento recomendado ^(7,9).

Uma amostra de 16 estudos que buscou analisar as barreiras para o cuidado em diabetes, identificou os fatores psicossociais, socioeconômicos, físico, ambiental e fatores culturais. A utilização de metodologias inovadoras ajuda a revelar a verdade e o significado das barreiras para o autocuidado. Os pacientes e os profissionais devem compreender essas barreiras, a fim de trabalhar em equipe para superá-las de modo a alcançar resultados desejáveis ⁽⁹⁾.

Ações educativas planejadas que possibilitem o empoderamento do usuário e o desenvolvimento de habilidades para superação de barreiras e adesão ao autocuidado, podem ser consideradas essenciais para a promoção da saúde e autocontrole da doença ^(7,10). No contexto do grupo operativo, pode-se utilizar uma abordagem inovadora, como o empoderamento, que possui o intuito de estimular o indivíduo a refletir sobre seus interesses e necessidades, identificar e desenvolver um plano de metas para superação de barreiras do autocuidado ⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Essas metas estão associadas à dieta recomendada, a prática de atividade física, ao uso correto da medicação, com o propósito de melhorar o controle metabólico e prevenir complicações agudas e crônicas ⁽¹²⁾.

Entretanto, observou-se que a abordagem verticalizada e não sistematizada dos profissionais nos grupos operativos não é suficiente para promover o autocuidado e a autonomia do usuário com DM2. Para isso, é importante, portanto, explorar as barreiras para o autocuidado, pois a compreensão mútua entre profissional e usuário sobre as dificuldades percebidas é crucial para estabelecer a terapêutica e melhorar o autogerenciamento da doença.

Pressupomos que a identificação das barreiras que impedem a prática do autocuidado, assim como a elaboração de metas para superá-las, favorece de forma positiva o desenvolvimento da autonomia, a adoção de hábitos saudáveis de vida e o autocontrole da doença ⁽¹³⁾. Assim, o objetivo do estudo foi analisar as barreiras para a prática do autocuidado, associado à dieta e prática de atividade física, no processo de empoderamento nos grupos operativos em DM.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa realizado com 91 indivíduos com DM2, de ambos os sexos, com idade entre 30 e 70 anos. Os participantes do estudo fazem parte do programa educativo “Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Diabetes *Mellitus* tipo 2 na Atenção Primária”. A pesquisa foi desenvolvida em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - MG em parceria com a instituição de ensino superior Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no ano de 2013.

Os grupos operativos foram conduzidos sob a perspectiva dialógica, e abordaram as experiências e sentimentos em relação ao DM2, alimentação saudável, atividade física, facilidades e barreiras para o autocuidado. Além de motivá-los a aderirem ao regime terapêutico para o controle metabólico da doença, identificar e desenvolver metas juntamente com os usuários, para superação de barreiras no autocuidado. Foram utilizadas dinâmicas interativas e um roteiro semi-estruturado, que abordou o processo de empoderamento para o autocuidado, associado à alimentação e prática de atividade física.

Foram realizados dois grupos operativos em cada UBS, envolvendo a participação em média de 12 participantes, com duração aproximada de 90 minutos. Os usuários foram convidados a participar do grupo por meio de ligação telefônica e por convite entregue pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Os encontros foram conduzidos por profissionais de saúde capacitados, dentre eles enfermeiros, nutricionistas e acadêmicas de enfermagem. A abordagem do empoderamento nestas atividades visou incentivar o desenvolvimento de habilidades para a superação de barreiras no autocuidado, e na autonomia do usuário para a tomada de decisão e controle diário da doença. As atividades realizadas nos grupos operativos, seus objetivos e técnicas facilitadoras foram descritas no quadro abaixo:

QUADRO 1: Apresentação das atividades realizadas em grupo operativo para promoção do empoderamento do usuário.

Encontros	Objetivos	Técnicas facilitadoras
1º encontro	- Estimular os usuários a dialogarem sobre seus sentimentos, dificuldades e expectativas no cuidado com o DM tipo 2 - Identificar metas para o autocuidado e atitudes para superar as barreiras.	“Dinâmica dos Balões”: Algumas questões foram colocadas em balões para facilitar o diálogo entre os participantes. Dentre elas: “O que tenho no meu caminho que me dificulta a alcançar o melhor cuidado com minha saúde?”, “Como posso mudar o meu comportamento para melhorar o controle do DM?”. “Dinâmica da Árvore”: as frutas vermelhas simbolizavam as metas alcançadas, e as frutas amarelas às metas a serem

		alcançadas.
2º encontro	• Motivar os usuários para o autocuidado e autonomia. • Estimular planejamento de novas metas para o autocuidado em DM tipo 2. • Refletir sobre as atitudes necessárias para colocar as metas almejadas em prática • Apoiar o usuário na construção de seu autocuidado.	• Dinâmica das etiquetas: cada usuário abordou as metas desejadas para seu cuidado e as afixaram em etiquetas. Foram utilizadas as perguntas-chave: “Qual meta você pretende atingir?”, “Quando você pretende começar?” e “Por quanto você irá fazer?”. • Apresentação de um vídeo motivacional que apresenta uma série de relatos de pessoas famosas que possuem DM.

As falas dos usuários foram gravadas, transcritas na íntegra, analisadas tematicamente e categorizadas para compor um banco de dados. Em seguida, foi realizado o processamento e interpretação de dados, com base na análise de conteúdo ⁽¹⁴⁾ em sua versão adaptada por Bardin. Por meio do relato dos participantes, emergiram as seguintes categorias: Sentimentos em relação o DM2; Barreiras para as práticas de autocuidado; Estratégias para superação das barreiras; Metas para o autocuidado; Vínculo entre usuário e profissional.

Para fins de anonimato, utilizou-se nas entrevistas a enumeração (E1, E2, E3,..., E16), para distinção dos participantes. Todos os usuários assinaram o termo de consentimento e foram orientados quanto ao estudo-programa educativo em diabetes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) mediante o parecer nº 157/08.

RESULTADOS

Com base no estudo realizado, verificou-se que a maioria dos usuários com DM2 era do sexo feminino, com idade média de $\pm$ 60,5 anos, escolaridade até o nível fundamental e renda familiar de um a três salários mínimos.

De acordo com a análise de conteúdo, foram identificadas as categorias: Sentimentos em relação ao DM2; Barreiras para as práticas de autocuidado; Estratégias para superação das barreiras; Metas para o autocuidado; Vínculo entre usuário e profissional. Estas categorias são abordadas a seguir.

Sentimentos sobre DM2

As emoções e sentimentos relacionados ao tratamento devem ser considerados e melhor compreendidos pela equipe de saúde, uma vez que, essas manifestações interferem nas práticas de autogestão e autocuidado do indivíduo com DM2. Observa-se em alguns momentos que os sentimentos estão relacionados ao medo de complicações da doença,

ansiedade, insegurança para a tomada de decisões e que a mudança de hábitos torna-se um sacrifício. Isso é observado nas falas abaixo:

“minha maior dificuldade é ficar sem comer doce (...) mas o que me faz ficar sem ele é o medo de ficar cega ou sem perna (...) ai toda vez que dá vontade de comer doce eu penso nisso (...) não quero isso pra minha vida (...) tenho que fazer sacrifícios (...) por que o medo é muito”. (E1)

“O problema da diabetes, o que me chateia muito é que além dela me atrapalhar, ela atrapalha meu coração, atrapalha uma porção de coisas. Eu não consigo mais fazer uma caminhada boa, para ir a um lugar um pouco mais distante agora tem que ir de carro.” (E2)

É importante que os profissionais de saúde saibam escutar estas manifestações de sentimentos, para que, as estratégias educativas traçadas auxiliem e envolvam a participação dos indivíduos no enfrentamento de condições adversas e adaptação a possíveis fatores negativos, que possam influenciar o autocuidado e autocontrole da doença. É fundamental a construção de uma imagem positiva diante destes fatores, possibilitando um equilíbrio emocional em termos cognitivos e psicológicos, que reflitem na melhora da qualidade de vida, e na manutenção do bem-estar físico e mental. Observam-se esses fatores nos relatos.

“Tive que me adaptar e aprender (...) fui mudando meus hábitos de vida (...) hoje eu pratico atividade física (...) amo dançar, tenho uma alimentação saudável comendo de tudo, me divirto, sou uma pessoa muito feliz”. (E3)

“Eu penso que vou conseguir, se você tiver perseverança, força de vontade as coisas mudam (...) eu corro atrás (...) cabe a eu cuidar de mim mesma, eu sou diabética e acabou, tenho que cuidar (...) eu não tenho medo”. (E4)

Os usuários também relataram as dificuldades e barreiras para as práticas de autocuidado, como analisado na categoria a seguir.

Barreiras para as práticas de autocuidado

Os depoimentos apontaram que os usuários têm como barreiras para a prática do autocuidado em DM2, falta de disciplina e falta de apoio da família, restrição de alimentos, estresse, trabalho, segurança e geografia do local de moradia que inviabiliza a atividade física, dores articulares e doenças não associadas ao DM; além de relatarem a dificuldade da mudança de hábitos de vida em que estavam acostumados até descobrirem o diagnóstico da doença. Essas barreiras podem influenciar a adesão do indivíduo com DM2 ao tratamento prescrito.

“Barreiras são todas, elas deixam as coisas ficarem mais difíceis, às vezes a gente tenta e tenta e não consegue. Mas para todos os tratamentos existem barreiras. Mas pra mim a barreira é realmente a alimentação. Às vezes a gente chega em casa e sem querer alguém chama a gente em casa para comer alguma coisa diferente e a gente acaba indo. É uma ou duas vezes no mês, mas a gente acaba indo (...) quanto a caminhada é que eu estou desanimada”.(E5)

Pelo depoimento pode-se perceber que a alimentação e a atividade física regular é o maior desafio imposto para a adesão ao tratamento. A questão financeira é vista como empecilho para o autocuidado, relativo a este fato, esta a alimentação, muitas das vezes negligenciada pela impossibilidade de comprar os alimentos recomendados na dieta e a não participação do usuário na elaboração do plano alimentar. A subtração do prazer de comer o alimento desejado também foi relatada pelos participantes.

“Eu não gosto de comer doce (...) nunca gostei de comer doce, eu gosto de fruta (...) mas a situação me põe esta dificuldade porque o açúcar não é só o doce (...) é no macarrão”. (E6)

“Eu sei o que faz mal eu não posso comer (...) mas tenho vontade de comer doce, às vezes não como o diet porque não é toda vez que tem (...) mas já consigo me controlar”. (E7)

Quanto à prática de atividade física, constatou que as barreiras mais comuns entre os participantes do estudo estão relacionadas ao fato de possuírem lesões não associadas ao DM2 (dores articulares e problemas no joelho). Outra barreira mencionada foi a falta de tempo, o trabalho em período integral e a responsabilidade ao cuidar dos netos

“Eu estava fazendo academia da cidade (...) tava indo à semana toda, mas eu estava ficando muito cansada, é muito longe e muito morro (...) estou muito preguiçosa com atividade física não estou fazendo nada”. (E8)

“Eu olho meu neto o dia todo (...) não tenho com que deixar, a mãe dele chega tarde (...) isso me impede de fazer caminhada (...) eu gostaria de melhorar por que do jeito que ta não é bom (...) tenho que fazer caminhada por que só ficar tomando remédio não vai adiantar (...)”. (E9)

A prática educativa nos grupos operativos beneficiada pelo empoderamento favoreceu aos participantes, a identificação das barreiras que os impedem de realizar os cuidados recomendados. Para transpor esses dificultadores e alcançar resultados favoráveis, os profissionais de saúde devem planejar bem as ações educativas, atentando não apenas as questões medicalizadas da terapêutica, mas, que respeite os padrões econômicos, sociais e culturais dos indivíduos. As informações recebidas pelos usuários devem ser compatíveis com a possibilidade de segui-las, cabe ao profissional auxiliar os indivíduos no enfrentamento de fatores adversos que dificultam o bom controle do diabetes. Alguns usuários relataram estratégias para a superação das barreiras identificadas, como abordado na próxima categoria.

Estratégias para superação das barreiras

Durante as sessões grupais os usuários reconheceram a importância de uma alimentação saudável composta por frutas, legumes e verduras, assim como estabelecer horários para alimentar. Como comentado na categoria anterior, as dificuldades em relação à alimentação, como questões financeiras, não participação na elaboração do plano alimentar e

fracionamento da dieta; os usuários citaram como estratégias para solucionar tal problema à incorporação de novos hábitos, como levar o lanche quando for sair de casa e comprar alimentos da safra.

“Eu tenho que comer mais frutas agora já aprendi a substituir os alimentos, preciso melhorar os horários para me alimentar, por que às vezes passo muito tempo sem comer nada, eu não tenho costume levar lanche quando vou trabalhar e estudar preciso melhorar isso, não tenho hábito de comer a tarde, sei que isso não é bom. Vou me programar para levar lanche quando sair e não passar tanto tempo sem comer nada.”(E10)

Outro ponto dificultador foi relacionado à questão emocional, como o nervosismo e o estresse do cotidiano. Alguns usuários relatam que o estresse pode ser ocasionado por problemas familiares, dificuldades financeiras e a adesão ao autocuidado em DM2. Esses fatores podem refletir negativamente no controle glicêmico. Uma estratégia relatada para controlar o estresse é expressar a opinião, sem se preocupar com o que se será dito, tal fato proporcionaria felicidade e ajudaria a reduzir os índices glicêmicos. Isso pode ser observado na fala abaixo:

“O que me dificulta a alcançar minhas metas é o meu estresse, fico preocupada com os problemas lá de casa, isso deixa a minha glicose alta (...) o que eu posso fazer para tentar superar isso é tentar levar uma vida sem preocupar com o que o vai falar (...) acho que isso vai me deixar mais feliz e vai diminuir minha glicose”. (E11)

Compreender as barreiras para o autocuidado, assim como, seus mecanismos torna-se uma oportunidade para propor estratégias educativas que favoreçam a superação dos dificultadores que interferem a adesão do autocuidado em DM2. O programa de intervenção em grupo proposto neste estudo favoreceu o empoderamento dos indivíduos, ao identificar as barreiras e propor meios para superá-las.

O falar em grupo sobre diabetes permitiu a troca entre iguais quanto às inseguranças do tratamento, que implica na tomada de decisão de mudanças efetivas de comportamento do autocuidado. Os usuários se sentiram valorizados e apoiados ao dar sugestões aos outros membros em lidarem melhor com os obstáculos e como transpô-los.

“É bom saber que tem gente com o mesmo problema que eu (...) e que tem gente que se preocupa, igual o pessoal do grupo liga para saber como a gente ta isso é bacana (...) eu agora faço caminhada, quando não vou por que to com preguiça minhas amigas ligam aí eu ânimo e vou caminhar”. (E12)

Os usuários também foram incentivados a elaborar metas para o autocuidado de acordo com seus interesses e necessidades. Isso favorece a participação ativa do usuário no autocontrole do DM. A categoria abaixo aborda as metas para o autocuidado.

Metas para o autocuidado

O estabelecimento de metas nos encontros teve como objetivo, tornar os indivíduos capazes em tomar decisões diárias adequadas e eficazes em ajustar o controle da doença e assumir comportamentos saudáveis de autocuidado. As metas propostas para melhor controle e adesão ao tratamento do DM2 foi observada nos relatos dos participantes, as metas citadas foram: determinação em seguir o plano alimentar, aceitação da doença, equilíbrio emocional, realizar atividade física com menor impacto muscular e incorporação de hábitos saudáveis para o autocuidado. Como observado nas falas a seguir:

“Cortar o açúcar que coloco no café de manhã, ainda não adaptei ao adoçante no café (...) acho possível substituir o adoçante pelo açúcar no café”. (E13)

“Não posso caminhar por causa do meu joelho (...) mas vou fazer alongamento para eu não ficar parada (...)”. (E14)

As metas exercem efeitos positivos na mudança de comportamento e de atitudes dos indivíduos com DM2 para adesão ao autocuidado e autogestão da terapêutica. O profissional de saúde tem a responsabilidade de incentivar e auxiliar os usuários nas escolhas de suas metas que proporcionará o desenvolvimento da confiança e autonomia para o gerenciamento da doença, e melhora no quadro clínico e psicológico do indivíduo.

O empoderamento como estratégia de promoção do autocuidado, neste caso, realizado por meio de encontros em grupos, foi projetado para ajudar os participantes a escolher, pessoalmente, metas significativas e realistas, relacionadas principalmente a nutrição e atividade física, o relato dos participantes demonstra efeitos positivos desta estratégia. O relacionamento interpessoal e vínculo entre o usuário e o profissional favorecem a adesão ao autocuidado, como abordado na categoria a seguir.

Vínculo entre usuário e profissional

As dinâmicas propostas no grupo, de forma dialógica, facilitaram a interação entre o profissional e o usuário, favorecendo a comunicação, o apoio e o vínculo. Para o profissional de saúde, o empoderamento permitiu o fortalecimento de competências profissionais, como escuta, objetividade e a capacidade de negociação com os usuários, visando a redução das barreiras para o autocuidado, a tomada de decisões e a emissão a uma resposta positiva e empenhada no comportamento.

“Quando eu comecei estava sentindo, assim, com uma auto-estima muito baixa, e elas vão incentivando a gente, elas dão um incentivo danado elas brincam com a gente com muito respeito, muito carinho. São muito atenciosas, são ótimas! Tenho certeza que ninguém tem nada a queixar aqui”. (E15)

A parceria do serviço de saúde com a universidade proporcionou a implantação do processo de empoderamento, o qual apresentou benefícios aos usuários, aos profissionais de saúde e ao próprio serviço.

Devido à baixa escolaridade dos usuários, foi relatado dificuldade para compreender a linguagem formal de alguns profissionais que utilizam de termos técnicos que não condizem com a realidade e a experiência do usuário. Dessa maneira, os participantes do estudo relataram satisfação em relação à abordagem acolhedora e dialógica que valoriza os seus conhecimentos e saberes, utilizando uma linguagem simples e de fácil entendimento. Para isso, foram utilizadas dinâmicas interativas que tinham como propósito facilitar a compreensão e o diálogo entre os participantes. Os usuários também relataram que os profissionais apresentaram respeito e atenção, além de auxiliá-los e incentivá-los a aderirem às práticas de autocuidado. Isso pode ser observado nas falas abaixo:

“Assim, porque tem gente que não fala “aberto”, fala de um jeito que a gente não entende, aqueles termos que vai usar lá com o médico e eu não vou entender nada. E vocês falam as coisas, assim, de um jeito que dá para entender. Elas são muito atenciosas, a atenção que eu não tenho em casa eu tenho com elas.”(E16)

DISCUSSÃO

Percebe-se com o aumento da incidência e prevalência do DM2 a necessidade de investimentos e implantação de políticas públicas eficazes para a prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e o fortalecimento dos serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas ⁽¹⁾. Portanto, fazem-se necessárias iniciativas inovadoras para promoção da saúde e estratégias participativas, que possibilitem aos indivíduos diabéticos se tornar sujeitos ativos no cuidado da própria saúde. Essa nova abordagem esta baseada nas questões que envolvem o empoderamento, como controle diário da doença, autogestão, superação de barreiras e plano de metas ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A educação em saúde por meio de estratégias participativas possibilita a incorporação de novos hábitos, como a prática de atividade física, alimentação saudável e conscientização sobre a doença, proporcionando um controle glicêmico adequado e melhoria nas condições físicas e mentais dos indivíduos envolvidos neste processo ^(2,17).

Autores ^(9,19) têm investigado os fatores que interferem a aquisição e manutenção do comportamento saudável de usuários frente ao tratamento do diabetes. Estudos apontam que o sexo, nível de escolaridade, fatores socioeconômicos e sentimentais podem influenciar a adesão ao autocuidado em DM2 ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

No presente estudo, exploraram-se as principais barreiras que impedem os usuários a aderirem aos hábitos saudáveis de vida. Os resultados sugerem que as barreiras apontadas pelos usuários para aderência ao plano alimentar e atividade física incluem falta de disciplina, falta de apoio da família, restrição e/ou subtração da alimentação, estresse, trabalho e segurança. Esses resultados são consistentes com outro estudo ⁽¹⁸⁾ que propôs avaliar as barreiras para a busca de um estilo de vida saudável e os sentimentos associados, em um programa educativo sobre diabetes. Os autores identificaram como fatores dificultadores as questões familiares, socioeconômicas e que os sentimentos relacionados ao tratamento influenciavam o engajamento do indivíduo no regime terapêutico.

É importante, portanto, explorar os mecanismos dessas barreiras, bem como compreender como afetam as mudanças de hábitos dos usuários, é fator crucial para melhorar e favorecer o processo de adesão ao autocuidado em DM2, assim como programar estratégias educativas que fortaleçam o enfrentamento dos fatores adversos que influenciam o tratamento ^(9,13).

Estudo que investigou conhecer os fatores que interferem na adesão do autocuidado em um grupo de mulheres com DM2, os autores puderam identificar como fatores

relacionados às questões sociais, econômicas e ambientais e problemas existentes no Sistema Único de Saúde. O estudo mostrou ainda que alguns elementos que interferem o engajamento no autocuidado são de pouco ou nenhum controle por parte delas, como a questão da violência no local de moradia que causa sofrimento emocional e implica a falta de segurança para a prática de atividade física em locais abertos. A questão econômica também foi associada neste estudo como empecilho pelas depoentes como impossibilidade de comprar os alimentos indicados para seguimento da dieta ⁽²⁰⁾.

Esses achados corroboram com o resultado do presente estudo, em que a questão financeira e a não participação na elaboração do plano alimentar foi relatado como barreira para o engajamento nas práticas do autocuidado. Todos esses fatores prejudicam a autogestão e o compromisso no tratamento, o que resulta em mau controle do diabetes e aumento da probabilidade de complicações crônicas. Portanto, motivar a determinação dos usuários no comprometimento da superação de barreiras por meio do empoderamento, é um dos elementos para o sucesso de programas educativos que utilizam esta estratégia ⁽⁹⁾.

Os resultados apontaram que a maioria dos usuários deste estudo tem em média $\pm 60,5$ anos de idade, a característica deste grupo é reflexo da relação entre envelhecimento e carga de doença crônica, com destaque para o DM2, prevalente entre pessoas mais velhas ^(1,6,13). Os usuários associaram como barreira para a inatividade física o fato de cuidarem de netos e não ter com quem deixá-los.

Essas barreiras relatadas e identificadas neste estudo representam um desafio, quer para os usuários, quer para os profissionais envolvidos, por serem considerados fatores que inviabilizam e dificultam o manejo do autocuidado e em consequência a não adesão ao tratamento do diabetes.

Estudo ⁽²⁾ demonstra que a melhor forma de conscientizar a pessoa com diabetes a valorizar o autocuidado é através das práticas educativas, sendo um momento em que o indivíduo e os profissionais de saúde trocam informações sobre a doença e o tratamento.

Os resultados mostraram que a estratégia de educação em saúde por meio do empoderamento no grupo, proporcionou efeitos satisfatórios dos participantes na conscientização da adesão ao tratamento, mudança de comportamento e desenvolvimento de autonomia para o autocuidado. As dificuldades relatadas pelos participantes para adesão do autocuidado foram consideradas importantes para o planejamento das ações.

Em um estudo realizado com pessoas diagnosticadas com diabetes, utilizou como forma de avaliação questionários para analisar o grau de empoderamento dos indivíduos, os pesquisadores observaram que quanto maior a pontuação média do empoderamento menor é o nível de Hemoglobina Glicada (HbA1c) dos participantes. Neste estudo os autores verificaram que as melhorias quanto ao empoderamento dos pacientes diabéticos, promoveram um melhor controle da doença, quando estes são envolvidos ativamente nas decisões sobre o processo de cuidado com a saúde e as atividades estão concentradas em conhecimento e competências adequadas para o autocuidado ⁽²¹⁾.

As dinâmicas adotadas no grupo para o empoderamento proporcionaram incentivo para a educação em diabetes, por serem interativas e dialógicas, valorizando em todos os momentos o relato dos usuários, suas experiências, assim como as dificuldades para adesão ao tratamento. A necessidade do desenvolvimento de atividades e práticas educativas direcionadas a prevenção e automanejo do DM2 possibilitam o indivíduo conviver melhor com seu estado geral de saúde ⁽¹²⁾.

O empoderamento compreende a educação do indivíduo para aumentar a autonomia do cuidado com a saúde e de superar problemas, ou seja, a própria capacidade para tomar decisões adequadas para o dia-a-dia e habilidades em lidar com a doença. Em relação ao DM2, a abordagem de empoderamento é projetada para ajudar os indivíduos com diabetes a escolher, pessoalmente, metas significativas e realistas, principalmente metas relacionadas à

nutrição e atividade física ⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O estabelecimento de metas objetivou tornar os usuários capazes em tomar decisões diárias adequadas para o controle da doença. As metas da educação em diabetes consistem em melhorar a qualidade de vida que é reflexo do controle metabólico ⁽⁹⁾. O profissional de saúde tem a responsabilidade de incentivar e auxiliar os usuários nas escolhas de suas metas, que proporcionará o desenvolvimento da confiança e autonomia para o gerenciamento da doença, e como consequência melhora no quadro clínico e psicológico do indivíduo.

A aderência ao autocuidado está intimamente ligada à relação do indivíduo com o profissional de saúde, que deve ser baseada na confiança, no respeito aos anseios e necessidades dos usuários, no estabelecimento de vínculo e autonomia, o que possibilita a responsabilização, construção de estratégias para o autocuidado e consequentemente, melhores resultados de saúde. Além disso, a equipe de profissionais de saúde deve incentivar a pró-atividade e a responsabilidade do usuário, implicando na comunicação efetiva, parceria na priorização de práticas personalizadas e desenvolvimento de habilidades para a gestão do autocuidado ^(10,22).

Os profissionais de saúde devem atentar para a qualidade das ações, e estarem capacitados para o papel de educador em saúde, para ajudar os indivíduos na tomada de decisões informadas e superação de barreiras que impeçam a prática do autocuidado. O fortalecimento do vínculo entre profissional-usuário é elemento essencial para proporcionar habilidade para o manejo do diabetes, aquisição e manutenção de atitudes positivas, assim o indivíduo desenvolve a capacidade de reconhecer suas necessidades tornando-o mais consciente e colaborativo no cuidado de sua saúde ^(10,15).

CONCLUSÃO

Considerando que o usuário com DM conviverá com a doença por toda a vida, e que ao longo desse processo ele vivencia altos e baixos no tratamento. Assim, torna-se essencial o planejamento de programas educativos que utilize recursos motivacionais que facilitem o engajamento e adesão ao tratamento. A abordagem do empoderamento para o autocuidado nos grupos operativos proporcionou a participação ativa e consciente do indivíduo no processo do autocuidado como: identificação e desenvolvimento de metas específicas para superação das barreiras e alcance das práticas de autocuidado.

O profissional de saúde teve papel de facilitador no empoderamento do usuário, pois o incentivou a perceber a sua realidade e se responsabilizar para a tomada de decisão e elaboração de metas para o autocuidado e controle do DM. Faz-se necessário apoio e acompanhamento contínuo do processo de empoderamento do usuário, relacionado às etapas para alcance das metas propostas e a manutenção das mudanças de comportamento.

REFERÊNCIAS

1 Schimdt MI, et al. Non-communicable diseases in Brazil: loading and current challenges. The Lancet. 2011;9781 (377):1949-61.

2 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 = J Public Health. 2009;43(2):291-8.

- 3 Faria HT, Veras VS, Xavier TF, Teixeira CR, Zanetti ML, Santos MA. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):348-54.
- 4 Torres HC, Hortale VA, Schall VA. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(4):1039-47.
- 5 Almeida SP, Soares SM. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl.1):1123-32.
- 6 Tanqueiro MTOS. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência – III - nº. 9 – 2013*.
- 7 Timm M, Rodrigues MCS, Machado VB. Adherence to treatment of type 2 diabetes mellitus: a systematic review of randomized clinical essays. *Journal of Nursing – UFPE*. 2013;7(4):1204-15.
- 8 Villas-Boas LCG, Foss MC, Foss-Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão a dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2011;20(?):272-79.
- 9 Pun SPY, Coates V, Benzie IFF. Barriers to the self-care of type 2 diabetes from both patients' and providers' perspectives: literature review. *Journal of Nursing and Health of Chronic*. 2009;4(19):4-19.
- 10 Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. 2012;17(11):2923-30.
- 11 Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*. 2010;79(3):277-82.
- 12 Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(2):461-72.
- 13 Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti, ML. Diabetes mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em grupo de apoio psicológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011;64(2):301-07.
- 14 Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo*. Trd. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 222p.
- 15 Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*. 2004;22(3):123-27.
- 16 Tol A, Shojaezadeh D, Sharifirad G, Alhani F, Tehrani MM. Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. *J Pak Med Assoc*. 2012;62(1):16-20.

17 Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(3):2001-09.

18 Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1077-82.

19 Rodrigues FFL, Santos MA, 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.

20 Ataíde MBC, Damasceno MMC. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14(4):518-23.

21 Shiu AT, Wong RY, Thompson DR. Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. *Diabete Care*. 2003;26(10):2817-21.

22 Rodrigues FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Souza VD, Teixeira CRS. Knowledge and attitude: important components in diabetes education. *Rev Latino-am Enferm*. 2009;17(4):468-73.