

Programa educativo na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial

Educational program in prevention of non-transmissible chronic diseases: diabetes and arterial hypertension

Maria de Fátima Machado Reys Rocha¹; Flávia Accioly Canuto Wanderley²; Almira Alves dos Santos³

1 Mestre, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil – fatimamrr@gmail.com/
https://orcid.org/0000-0002-8786-2564

2 Doutora, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil – flavia.accioly@uncisal.edu.br
https://orcid.org/0000-0003-0775-9119

3 Pós-doutora em Educação, Universidade Lusófona de Educação e Tecnologia, Lisboa, Portugal-
almira.alves@uncisal.edu.br https://orcid.org/0000-0001-9489-7602

Palavras-chave:

Educação em saúde.
Diabetes Mellitus.
Hipertensão Arterial Sistêmica.
Autocuidado.
Prevenção Secundária de doenças.

RESUMO: Por meio da observação da importância da educação popular em saúde para a prevenção da saúde dos pacientes com doenças crônicas, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, ambas com alta prevalência na sociedade brasileira, o presente estudo busca avaliar os resultados de um Programa Educativo em Saúde, idealizado a partir da realidade de moradores diabéticos e/ou hipertensos da cidade de Maceió-AL, levando em consideração os aspectos: Conhecimento Geral sobre as doenças, Aspectos Psicológicos e Emocionais envolvidos e autogerenciamento no cuidado, utilizando instrumentos de avaliação que possibilitam avaliar programas educativos e possíveis efeitos do processo de ensino e aprendizagem. Trata-se de estudo clínico de amostra conveniente, com indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 40 a 70 anos, divididos em dois grupos cujas intervenções foram realizadas por meio de oficinas temáticas e educação tradicional, com metodologias desenvolvidas especificamente para determinada população. Para avaliação foram aplicados questionários antes e após a realização das intervenções educativas em cada grupo. Optou-se pela utilização de teste não paramétrico Wilcoxon para observar mudanças ($p \leq 0,05$). Após a realização das intervenções educativas foi possível identificar que houve melhora do conhecimento geral sobre a diabetes e hipertensão, e autocuidado nos participantes diabéticos. Com relação à percepção emocional, os pacientes com hipertensão isolada demonstraram um pior escore ao final da intervenção. Os resultados obtidos permitiram a elaboração de recursos educacionais que apresentam estratégias facilitadoras da educação popular em saúde para pacientes com DM e/ou HAS para aumentar conhecimento geral sobre as doenças e melhorar o autogerenciamento do autocuidado.

Keywords:

Health education.
Diabetes Mellitus.
Systemic Arterial Hypertension.
Self-Care.
Secondary Illness Prevention.

ABSTRACT: Through the observation of the importance of health education to improve the quality of life of patients with chronic diseases, especially hypertension and Diabetes Mellitus both with high prevalence in Brazilian Society. The present study seeks to evaluate the results of a health education program, conceived from the reality of hypertensive and/or diabetic residents of the city of Maceió-AL, taking into account aspects: General knowledge about Diabetes Mellitus and Hypertension, Psychological and emotional Aspects involved and self-managing care through assessment tools used widely to analysis of the quality of life of patients with

Diabetes Mellitus. It is convenient sample clinical study, with individuals of both sexes, aged between 40 and 70 years, divided into two groups whose interventions were made through thematic workshops and traditional education respectively, with methodologies developed specifically for a given population. To evaluation questionnaires were applied before and after the implementation of educational interventions in each group. We opted for the use of non-parametric Wilcoxon test to observe changes ($p \leq 0.05$). After educational intervention was possible to identify that there was improvement of the General knowledge about diabetes and hypertension, and self-care in diabetic participants. With regard to emotional perception, patients with isolated hypertension showed a worse score at the end of the intervention. The results obtained allowed the elaboration of educational resources that present strategies that facilitate popular health education for patients with DM and / or hypertension to increase general knowledge about the diseases and improve self-management of self-care.

INTRODUÇÃO

Educação em saúde refere-se a quaisquer combinações de experiências de aprendizagem que facilitam ações comportamentais saudáveis adotadas por um indivíduo, um grupo ou uma comunidade (BORTOLI et. al., 2003). Sua prática acontece desde o séc. XVIII, no continente europeu, porém atualmente esteja em evidência, por ser desenvolvida mediante as atividades sistematicamente planejadas e vivenciadas de forma voluntária e com plena compreensão dos objetivos das ações educativas. Devem ser centrada na problematização do cotidiano, valorização das necessidades coletivas e individuais, constituindo-se assim como um processo destinado a manter e elevar o nível de saúde da população, assim como, reforçar a manutenção de hábitos positivos de saúde (REIS et al., 2010; ALVES; AERTS, 2011).

A Educação em saúde está inclusa nas ações de promoção de saúde que visam proporcionar conhecimentos que permitam o acesso a qualidade de vida, propicia a adoção de hábitos saudáveis e aceitação de novos valores, pois torna-se um instrumento de transformação social (CARVALHO et al., 2006). Para isto prioriza à promoção de informações e a motivação de hábitos para o indivíduo e/ou grupos populacionais, que mantenham a saúde e previnam doenças, assumindo a responsabilidade sobre suas atitudes, potencializando o protagonismo de sua própria história pautada na conquista de sua autonomia (REIS et al., 2010).

A criação de vínculos entre a ação do profissional de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, torna a educação em saúde uma vertente capaz de assumir e melhorar as condições de vida de indivíduos e/ou grupos por meio de hábitos que o(s) permite(m) assimilar, construir e reconstruir suas experiências (REIS et al., 2010). Representa também uma prática educativa capacitada para assistência integral e contínua às famílias, por meio da identificação de circunstâncias de risco à saúde na comunidade adstrita e do enfrentamento dos determinantes no processo saúde-doença, amplificando as ações educativas que

antecedem as doenças e estimulem a produção espontânea de mudanças comportamentais voltadas ao autocuidado (ALVES, 2005; ALVES; AERTS, 2011).

Surge a partir destas reflexões um novo modelo de atuar em saúde em que prevalece a construção e planejamento de ações, orientado para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde da família. Este modelo foi proposto em 1994 enfatizando ações contínuas, de forma resolutiva e voltadas para os contextos individual e/ou coletivo com visão integral, conscientizadora e transformadora da realidade dos sujeitos (ANDRADE et al., 2013). Partindo desta premissa as ações de educação em saúde são planejadas de forma participativa e dialógica entre equipe de saúde e a população, refletindo sobre os problemas existentes e encontrando soluções flexíveis para as demandas com o intuito de favorecer a transformação da realidade (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001).

Nesse sentido entende-se que o aprendizado melhora a percepção do usuário sobre a sua realidade e o desperta para necessidade de assumir a responsabilidade dos seus problemas de saúde. Além disso, as ações educativas são motivadoras para o envolvimento nas mudanças de hábitos de vida, tais como consumo de refeições adequadas, adesão a programas de exercícios físicos estruturados e uso adequado de medicações controladas (MOTTA et al., 2014; ALVES; AERTS, 2011).

Essa conscientização dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é extremamente importante uma vez que, no Brasil as prevalências de HAS e DM são de 25,7% e 8,9%, respectivamente. Soma-se a estas altas prevalências o fato de pacientes diabéticos apresentarem maior prevalência de HAS (40%) que pacientes não diabéticos (BRASIL, 2014; 2016). Esta associação predispõe os indivíduos a maiores complicações tais como as doenças vasculares, cardiovasculares e renais que levam conseqüentemente a maiores custos com cuidados com a saúde e ao sofrimento humano (FREITAS; GARCIA, 2012; SOWERS; EPSTEIN, 1995).

METODOLOGIA

Para a realização da pesquisa optou-se pelo estudo clínico de amostra conveniente, com indivíduos portadores de DM tipo 2 e/ou HAS, de ambos os sexos, com idade entre 40 e 70 anos, cadastrados no programa HiperDia de duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Maceió, Alagoas. Para participar da pesquisa os pacientes deveriam ter grau de escolaridade acima do ensino fundamental e possibilidade de comparecer semanalmente às ações educativas. Não foram incluídos

pacientes com incapacidade de leitura ou com complicações crônicas (definidas como insuficiência renal, cegueira, amputação de membros, entre outras).

A coleta de dados aconteceu entre janeiro e fevereiro de 2019. Inicialmente, deu-se a identificação de possíveis participantes da pesquisa nos cadastros da UBS por meio de encontros diários com os agentes comunitários de saúde (ACS) e posterior visita agendada em domicílio conjuntamente com os agentes para os devidos esclarecimentos sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos os participantes da pesquisa foram orientados quanto ao estudo-programa educacional em diabetes e/ou hipertensão. O tipo de intervenção educativa realizada em cada grupo foi determinado por um sorteio agendado previamente com todos os profissionais da UBS. No dia do sorteio um agente de saúde de cada ESF se propôs a escolher, de forma aleatória, um pedaço de papel que continha um dos nomes das atividades educacionais em saúde propostas pela pesquisa (oficinas temáticas ou educação tradicional) a ser realizada em seu território.

Assim, o grupo submetido às intervenções educativas por meio de oficinas temáticas foi denominado Grupo de Oficinas Temáticas (GOT). Este tipo de intervenção é definido como um processo ativo, inter-relacionado e contextualizado de construção do conhecimento, as ações são estruturadas baseadas na problematização, organização e aplicação dos conhecimentos (SILVA et al., 2014). Inicialmente foram convidados, por meio de cartaz convite (TEIXEIRA, 2011) (Apêndice D), 30 pacientes cadastrados no HiperDia neste território. Destes, apenas quatorze (14) atenderam aos critérios de inclusão.

O submetido às intervenções educativas tradicionais, foi denominado Grupo de Educação Tradicional (GET). Neste tipo de intervenção a relação existente entre quem ensina e quem aprende é pelo modelo da transmissão dos conhecimentos, sendo executada por meio da exposição oral dos conteúdos e planejamento por uma sequência predeterminada e independentemente do contexto social existente. As intervenções educativas deste grupo seguiram o modelo jesuítico, onde quem ensina expõe o conteúdo, levanta dúvidas dos aprendizes e realiza exercícios de fixação enfatizados pela repetição garantindo a memorização dos conteúdos. Para modernizar esta estratégia de ensino escolheu-se a forma expositiva dialogada, que enfatiza o planejamento do objeto de estudo elaborado pelo facilitador e pesquisador, apresenta o estudo a fim de mobilizar estruturas mentais e expõe o tema promovendo um ambiente de respeito e diálogo (PEREIRA, 2003; LOPES, 2012). Da mesma forma foram convidados, por meio de cartaz convite (TEIXEIRA, 2011), 30 pacientes cadastrados no HiperDia no segundo território. Destes, nove (09) atenderam aos critérios de inclusão.

Ambas as intervenções incluíram encontros, em média, de uma hora de duração, um dia por semana. No GOT as atividades de educação em saúde foram realizadas por meio de oficinas temáticas e desenvolvidas da seguinte forma: primeiro, aquecimento dos participantes com a utilização de estratégias facilitadoras de expressão, segundo, a problematização das questões e processo de troca, por fim a análise da articulação do profissional a atenção integral ao indivíduo ou coletivo (RODRIGUES et al., 2009; ARAÚJO; SILVA, 2011) o que induziu a estruturação de dois produtos educativos singulares, tais como, um manual e um vídeo. As oficinas temáticas induzem os conhecimentos ao aprendiz de forma inter-relacionada e contextualizada e torna-o ativo na construção do seu conhecimento (SILVA et al.,2014)

Os participantes do GET participaram de atividades de educação tradicional em forma de aulas expositivas dialogadas com os mesmos temas abordados no GOT. Para as ações educativas nos grupos foram conduzidas inicialmente por dinâmica de aquecimento para facilitação da aprendizagem, denominada ação estratégica facilitadora da expressão (ARAÚJO; SILVA, 2011; RODRIGUES; VIEIRA E TORRES, 2010) e posteriormente foram aplicadas as intervenções educativas que, assim como no GOT, contaram com a participação de profissionais da saúde (Nutricionistas, Profissional de Educação Física, Enfermeiras, Psicólogas, Fisioterapeuta e Médica) ligados ou não a Unidade de Saúde local.

Os encontros em grupo foram planejados procurando incorporar temas presentes nos instrumentos de avaliação aplicados na pesquisa. No primeiro encontro de cada grupo, antes das intervenções educacionais, foram colhidas informações sociodemográficas dos participantes, bem como histórico ocupacional (trabalho, lazer e autocuidado), história da doença e o tratamento associado à dieta e atividade física foram investigados e registrados em formulário específico.

Os temas discutidos nos dois grupos obedeceram ao roteiro compartilhado sobre as temáticas que vertem para três pilares da educação em saúde para pessoas com doenças crônicas, no que concerne ao DM e HAS. A saber: Conhecimento geral sobre a doença e prevenção das complicações agudas e crônicas; Percepções psicológicas e emocionais sobre a doença, e a importância das atividades de autocuidado por meio de uma dieta adequada, da prática regular de atividades físicas.

Antes de iniciar o programa educativo e um dia após o término da 10ª. sessão de cada grupo, com o objetivo de avaliar o conhecimento geral, os aspectos emocionais e psicológicos sobre a doença, e o autogerenciamento dos cuidados dos participantes com DM foram aplicados, respectivamente, os seguintes instrumentos: *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire* (DKN-A), *Diabetes Attitudes Questionnaire* (ATT-19) e *Questionnaire Care*

in *Diabetes Self-Management* (ESM). Para avaliar as variáveis: conhecimento geral sobre hipertensão arterial, aspectos psicológicos e emocionais, e gerenciamento do autocuidado em hipertensos, utilizou-se instrumentos semelhantes aplicados nos indivíduos diabéticos, adaptando-os para a realidade desta doença.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando o programa *BioEstat* 5.0. Os dados foram avaliados para verificar se atendiam aos pressupostos de testes paramétricos através do teste de normalidade Shapiro-Wilk. Duas variáveis não apresentaram distribuição normal em algum dos momentos, somando-se a isso o fato de ter uma amostra reduzida, optou-se pela utilização de teste não paramétrico de Wilcoxon, para observar mudanças entre o pré e pós-tratamento. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

Os dados das variáveis quantitativas são apresentados por meio da mediana (Md), maior valor (Mv) e menor valor (mv), em alguns casos por média e desvio padrão ($M \pm DP$), e as variáveis categóricas por meio de frequências (absoluta e relativa).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes de cada grupo. Nove indivíduos diabéticos e/ou hipertensos participaram do GET, os quais tiveram dez encontros semanais, as quintas feiras, das 9h. às 10h. e quatorze indivíduos diabéticos e/ou hipertensos participaram dos encontros semanais do GOT, realizados as sextas feiras, das 9h às 10h.

Independente do grupo, a maioria dos componentes está aposentada e é do sexo feminino (65,27%). No geral, apresentam idades entre 41 e 81 anos ($68,06 \pm 8,32$ anos), o tipo mais comum de tratamento é a associação de dieta a medicamentos.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes incluídos nos Grupos de Educação Tradicional (GET), Oficina Temática (GOT) e da amostra total, independente do grupo (Geral).

Variáveis (N:23)	M \pm DP ou n (%)		
Grupo	GET	GOT	Geral
Participantes	9 (39,13%)	14 (60,87%)	23 (100%)
Idade (em anos)	62,83 \pm 8,95	71,43 \pm 6,06	68,06 \pm 8,32
Sexo			
Feminino	5 (55,55%)	10 (71,43%)	15 (65,22%)
Masculino	4 (44,45%)	4 (28,57%)	8 (34,78%)
Ocupação			
Ativo	3 (33,33%)	3 (21,43%)	6 (26,09%)
Inativo	6 (66,67%)	11 (78,57%)	17 (73,91%)
Doenças			
Hipertensão isolada	5 (55,55%)	5 (35,71%)	10 (43,48%)
Hipertensão + Diabetes	4 (44,45%)	9 (64,28%)	13 (56,52%)
Tratamento			
Dieta	0 (0%)	1 (7,14%)	1 (4,35%)

Dieta e medicamento oral	7 (77,78%)	13 (92,86%)	20 (86,95%)
Dieta, medicamento oral e insulina	1 (11,11%)	0 (0%)	1 (4,35%)
Não respondeu	1 (11,11%)	0 (0%)	1 (4,35%)
Adesão	54% ±29%	68%±28%	63%±28%

Fonte: próprio autor.

Legenda: GET (Grupo Educação Tradicional); GOT (Grupo Oficinas Temáticas).

As doenças mais prevalentes encontradas neste estudo refletem resultados semelhantes aos publicados em pesquisas sobre a população brasileira que possui diagnóstico de HAS (50,6%) (THEME FILHA et al., 2015) e DM associada a HAS (17, 9%) (BERGAMO FRANCISCO et al., 2018) acima dos 60 anos bem como em pessoas que residem em instituições em Maceió-AL, onde 66,7% apresentaram HAS e 41% DM associada a HAS (RIBEIRO et al., 2017).

Como reportado nos dados, as mulheres são maioria na participação das atividades de educação em saúde nos dois grupos, o que corrobora com estudos que relatam que esta população adere mais aos grupos de educação em saúde (65,2%) por se cuidarem mais (ALVES; CALIXTO, 2012). Siqueira et al. (2009) referem que as mulheres avaliam o seu estado de saúde de forma mais negativa e relatam possuir mais doenças crônicas que os homens. Porém a população feminina procura mais por serviços de saúde nas unidades locais e participam mais de grupos de educação em saúde (FOLETTTO, 2009; REGO, 1990), o que parece favorecer no aumento dos conhecimentos sobre a doença que possui com consequente melhora no autocuidado (BARROS et al., 2011; THEME FILHA et al., 2015).

Outro aspecto relevante evidenciado nesta pesquisa é a associação de morbidades, onde o número de pacientes que apresenta DM associada a HAS foi superior ao número de pacientes com HAS isolada. Foletto (2009) e Bassi et al. (2018) alertam para o fato de que esta associação (DM com HAS) aumenta o risco de morte cardíaca, por haver maior disfunção dinâmica da frequência cardíaca provocado por desequilíbrio autonômico do tônus vagal. Assim, ações que controlem essas condições reduzem significativamente a ocorrência de lesões cerebrais, cardíacas, vasculares e de óbitos (BRASIL, 2014; BERGAMO FRANCISCO et al., 2018).

Quanto ao tipo mais comum de tratamento, foi observado que a maioria dos participantes, independentemente de grupos, já realizava dieta e utilização de medicamentos antes das intervenções educativas. Provavelmente, isto se deve ao fato de que estes pacientes já são assistidos pela equipe de saúde local, para o cuidado no controle das doenças crônicas existentes, ou pelo fato, segundo Gomes-Villas Boas et al. (2011), de que a adesão se dá muitas vezes devido à presença de complicações agudas ou crônicas prejudiciais a capacidade de autocuidado.

Os resultados relativos ao conhecimento geral sobre as doenças, autogerenciamento em saúde e percepção emocional e psicológica, obtidos antes e após as intervenções se encontram presentes nas tabelas dois e três; separados por tipos de comorbidades.

A tabela 2 apresenta os resultados dos escores obtidos pelos pacientes diagnosticados com DM que responderam aos diferentes instrumentos, antes e após as intervenções.

Tabela 2. Valores de Mediana, maior valor e menor valor obtido pelos pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus, nos diferentes momentos e respectivos níveis de significância para o teste de Wilcoxon.

Variáveis	GET (n=4)			GOT (n=9)		P
	Md1 mV- MV	Md2 mV-MV		Md1 mV-MV	Md2 mV-MV	
AUTOUIDADO DM	5,5 1,5-6,3	4,87 3,5-6,0	0,44	4,75 2,3-6,5	5,5 4,8-7,5	0,02
PERCEPÇÃO DM	52 43-60	56 42-68	0,11	55,5 50-62	53,5 47-57	0,63
CONHECIMENTO G DM	7 4-14	9 8-14	0,07	6,5 5-10	11 10-13	0,03

Fonte: próprio autor.

Legendas: GET (Grupo Educação Tradicional); GOT (Grupo Oficinas Temáticas); Md – Mediana; MV – maior valor; mV – menor valor; DM – Diabetes Mellitus.

Para os pacientes diabéticos observou-se efeito apenas da intervenção de oficinas temáticas. Os pacientes do GOT apresentaram melhora no autocuidado ($p=0.02$) e maior conhecimento geral ($p=0.03$) após a intervenção.

No que se refere ao autocuidado o score mínimo desejado é de cinco pontos, apenas três (33,3%) pacientes do GOT e três (75%) pacientes do GET apresentavam essa pontuação antes das intervenções. Após as intervenções o número de pacientes com a pontuação sugerida passou para 8 no GOT (88,9%) e para dois no GET (50%).

Segundo Maia (2015), para a obtenção de nível satisfatório dos conhecimentos gerais sobre a sua doença, quando avaliados pelo DKN-A, o participante deve atingir o mínimo de oito pontos das 15 questões autopreenchíveis. Também para esta variável, os resultados apresentados pela maioria dos pacientes com DM antes das intervenções estavam abaixo do recomendado nos dois grupos (GOT=55,6%; GET=75%).

De maneira semelhante, em um estudo desenvolvido em 2015 por Obirikorang e colaboradores, de caráter exploratório e descritivo, o DKN-A foi aplicado para determinar o nível de conhecimento sobre as complicações do diabetes mellitus em 630 pacientes, com média de idade de 55 anos, atendidos no hospital da cidade de Sampa, localizada no país de Ghana. Observou-se que a maioria (60%) desses pacientes não apresentou conhecimento sobre as complicações mais comuns da doença. Cerca de 26,9% dos pacientes tinham conhecimento inadequado sobre pé diabético, hipertensão, neuropatia, excitação sexual

hipoativa, cardiopatia e nefropatia. Os autores associaram o conhecimento inadequado às complicações que os participantes apresentavam (OBIRIKORANG et al., 2016).

Para reforçar a ideia de que ações educativas podem aumentar o conhecimento geral sobre as doenças, assim como observado neste estudo, Maia (2015), em seu desenho longitudinal de base quantitativa realizou práticas educativas utilizando o formulário DNK-A para sua avaliação, com uma amostra de 151 participantes diabéticos, com idades entre 30 a 85 anos (M=63,1), moradores na região leste de Belo Horizonte, Minas Gerais. As intervenções foram realizadas mediante proposta dialógica que abordavam experiências, conhecimentos, saberes sobre a doença e o papel da alimentação saudável e da atividade física, semelhantes às realizadas no GOT. O estudo demonstrou que ao final de 24 meses de intervenção os participantes apresentaram maior conhecimento geral da doença, inicialmente de 7,4(DP=2,8) para 8,8 (DP=2,5) (MAIA, 2015).

É importante salientar que as ações educativas em grupo parecem ser mais efetivas neste aspecto que as ações individuais. Um estudo envolvendo 104 pacientes (60,6 ± 10,5 anos), com diabetes do tipo II atendidos em um ambulatório de um hospital em Belo Horizonte, comparou a efetividade de estratégias de um programa educativo em diabetes, em grupo e individual. Os pacientes foram aleatoriamente alocados nos dois grupos nos quais eram desenvolvidas ações simultâneas de educação em saúde de forma dinâmica, lúdica e interativa. O acompanhamento dos envolvidos na pesquisa ocorreu durante seis meses, sendo eles avaliados por questionários específicos sobre conhecimentos em diabetes, atitudes psicológicas, mudança de comportamento, qualidade de vida. Foi observado que educação em grupo apresentou resultados melhores no controle glicêmico do que o individual (TORRES et al., 2009).

A tabela 3 apresenta os resultados dos escores obtidos pelos pacientes diagnosticados com HAS, que responderam aos diferentes instrumentos, antes e após as intervenções.

Tabela 3. Valores de Mediana, maior valor e menor valor obtido pelos pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica, nos diferentes momentos e respectivos níveis de significância para o teste de Wilcoxon.

Variáveis	GET (n=9)			GOT (n=14)		
	Md1 mV- MV	Md2 mV-MV	<i>p</i>	Md1 mV- MV	Md2 mV-MV	<i>p</i>
AUTOUIDADO HAS	4,5 0,5-6,3	6 2,5-7,0	0,001	4,6 3,3-7,3	5,5 3,8-7,5	0,007
PERCEPÇÃO HAS	53 46-60	48 36-65	0,06	52 42-68	45 39-57	0,03
CONHECIMENTO G HAS	6,5 3-9	8 7-10	0,03	7 2-8	7 5-9	0,002

Fonte: próprio autor.

Legendas: GET (Grupo Educação Tradicional); GOT (Grupo Oficinas Temáticas); Md – Mediana; MV – maior valor; mV – menor valor; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

Para os pacientes hipertensos observou-se efeito de ambas as intervenções. Os pacientes do GOT, após a intervenção, apresentaram maior conhecimento geral ($p=0.002$) e maior autocuidado ($p=0.001$) por outro lado, apresentaram pior percepção ($p=0.03$). Os pacientes do GET, por sua vez, apresentaram maior conhecimento geral ($p=0,03$) e pior percepção.

Um estudo publicado por Touse et al. (2016), de caráter quantitativo, transversal, realizado em cinco ESF, localizadas em Itaú de Minas, Brasil, avaliou atitudes psicológicas e emocionais em 524 indivíduos doentes cadastrados e acompanhados pelo HIPERDIA, por meio do ATT-19. Conforme o estudo, os sujeitos criam um “cartão de apresentação” negativo de si mesmos, rotulando-se de “sou doente” e não de “estou doente”. Isto se cria uma ideia de uma vivência definitiva com a doença e vem acompanhada de uma postura de indignação com o fato. Há também um senso comum dos doentes ao reconhecer as comorbidades advindas da doença. Os autores relatam que os pacientes sentem receio que possam surgir estas complicações, entretanto acreditam que o tratamento medicamentoso e não medicamentos tornam-se uma obrigação e uma restrição respectivamente. Essa pode ser a explicação para uma pior percepção da doença após a intervenção, observada no GET.

Destaca-se ainda que nenhum dos pacientes, independente do grupo apresentou uma pontuação satisfatória referente à percepção (avaliada pelo ATT-19) antes ou após as intervenções educativas. Maia (2015) refere que para a atitude emocional sobre a doença ser considerada satisfatória deve-se alcançar escore total mínimo de 70 pontos.

No quesito autocuidado foi observado melhora significativa em ambos os grupos. O GET passou de 33,3% participantes com resultados satisfatórios (maior ou igual a 5 pontos) no pré-teste para 66,7% no pós-teste, enquanto a frequência de resultados satisfatórios no GOT foi de 35,7% no pré-teste para 85,7% no pós-teste.

Em ambos os grupos, para a variável conhecimentos gerais sobre HAS (avaliada pelo DNK-A), foi observado um maior percentual de pacientes, apresentando scores classificados como aceitáveis (igual ou maior a 8 pontos). O GOT iniciou a intervenção com 21,43% de pacientes hipertensos com conhecimento aceitável e terminou a intervenção com 71,43% enquanto o GET iniciou com 21,4% e terminou com 44,45% de pacientes hipertensos com conhecimento aceitável.

Torres, Hortale e Schall (2005) relatam que escores elevados de conhecimento geral e atitudes positivas em relação à doença demonstram maior compreensão dos pacientes sobre a importância da prevenção ou de fatores promotores da saúde. Isto eleva as possibilidades de controle das complicações da doença. Referem também que a utilização destes parâmetros

permite que os profissionais de saúde avaliem os efeitos das práticas educativas desenvolvidas e estabeleçam reorientações de ações mais efetivas.

A tabela 4 apresenta os resultados comparativos do efeito das intervenções para cada uma das variáveis deste estudo.

Tabela 4. Comparação intergrupos do efeito relativo entre as intervenções educativas por meio de valores de Mediana, maior valor e menor valor, obtidos pelos pacientes diagnosticados com HAS e DM, nos diferentes momentos e respectivos níveis de significância para o Teste de Mediana de amostras independentes.

Variáveis	GET	GOT	P
	Md MV-mV	Md MV-mV	
%Δ AUTOCUIDADO DM	0,55% 133,33% - (-27,30%)	12,00% 120% - (-4%)	0,559
%Δ PERCEPÇÃO DM	-5% 0,00% - (-11,30%)	8% 30% - (-22%)	0,559
%Δ CONHECIMENTO G DM	43,18% 54% - 9%	12,50% 71% - (-11%)	1
%Δ AUTOCUIDADO HAS	25% 400% - (-24%)	14% 87% - (-24%)	0,68
%Δ PERCEPÇÃO HAS	-11,29% 9,60% - (-30,00%)	-9,35% 25% - (-30%)	1
%Δ CONHECIMENTO G HAS	20,00% 150,00% - 12,50%	17% 133% - 0,00%	0,68

Fonte: próprio autor.

Legendas: %Δ (Efeito das intervenções sobre as variáveis; GET (Grupo Educação Tradicional); GOT (Grupo Oficinas Temáticas); Md – Mediana; MV – maior valor; mV – menor valor; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; mV – menor valor; MV– maior valor.

Não foram observadas diferenças significativas no efeito das intervenções para nenhuma das variáveis analisadas no estudo, sendo assim, pode-se dizer que os grupos tiveram efeitos semelhantes sobre autocuidado, percepção e conhecimento sobre as doenças, em consonância com o estudo publicado em 2013 por Grilo e colaboradores, ao avaliarem o efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado de pacientes com diabetes. Os autores (GRILO et al., 2013) relataram que as variadas intervenções educativas testadas, tais como: educação individual, educação coletiva, sessões adaptadas para diferenças culturais de minorias étnicas, intervenções com uso de tecnologia como ferramenta educativa, utilização de técnicas de *empowering* por diferentes profissionais de saúde, leigos ou por seus pares como vetores do processo educativo, podem resultar em desfechos favoráveis no controle das habilidades para o autocuidado. Além disso, essas intervenções foram consideradas custo-efetivas podendo ser adaptadas as características locais, uma vez que não existe “[...] até o momento, um modelo universal que possa ser padronizado e reconhecido como eficaz para todos os indivíduos portadores da doença.” (GRILO et al., 2013, p. 401).”

Por fim, Grilo et al. (2013) enfatizam que, 1) uma vez que, tanto as intervenções realizadas na forma individual como aquelas realizadas em grupos reduzem a HbA1c de forma semelhante, a última seria mais adequada para ser utilizada em saúde pública, por atingir um maior número de indivíduos; 2) o efeito das intervenções é proporcional ao tempo de exposição, portanto, maior tempo de contato com o educador devem ser inseridos no planejamento de um programa educativo; 3) a adaptação cultural e a utilização de tecnologia devem ser incorporadas ao processo; 4) o tipo de profissional responsável por fornecer a educação não parece influenciar nos resultados obtidos, e a utilização de agentes comunitários de saúde e outros pacientes deve ser encorajada; e 5) deve-se incluir técnicas de *empowering* as quais delega-se autoridade e responsabilidade em todos os níveis de autocuidado, por meio de incentivos contínuos, municiamento de informações sobre as novidades no tratamento, e promovendo liderança, avaliando-se o desempenho no alcance das metas e proporcionando feedback.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que oficinas temáticas e educação tradicional em saúde são capazes de aumentar o conhecimento geral sobre as doenças em pacientes com diabetes e/ou hipertensão arterial e que a educação tradicional e oficinas temáticas induziram uma pior percepção da doença pelos pacientes, provavelmente por uma maior conscientização da gravidade da doença, perceberam que sem a possibilidade de cura haverá limitações permanentes em seu cotidiano. O curto período das intervenções educativas pode ter sido insuficiente para uma mudança de percepção emocional positiva e para maiores mudanças no autogerenciamento do autocuidado. Assim, sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas e que estas incluam maior número de encontros, capacitação permanente da equipe de saúde para o controle das ações do autocuidado e de avaliação de indicadores objetivos para o controle das doenças tais como, medidas antropométricas, medidas de pressão arterial e controle glicêmico.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G., AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-25, 2011.

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. C. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst**. São Paulo, v. 30, n. 3, p. 255-60, 2012.

ANDRADE et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 04, p. 439-449, 2013..

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 626-32, 2012.

BARROS, M. B. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETTA, L. M.; CÉSAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-68, 2011.

BASSI, D. et al. Efeitos da Coexistência de Diabetes Tipo 2 e Hipertensão sobre a Variabilidade da Frequência Cardíaca e Capacidade Cardiorrespiratória. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 111, n. 1, p. 64-72, 2018.

BERGAMO FRANCISCO, P. M. S.; SEGRI, N. J.; BORIM, F. S. A.; MALTA, D. C. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3829-40, 2018.

BORTOLI, D.; LOCATELLI, F.A.; FADEL, C.B.; BALDANI, M.H. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. **Rev. Pública. UEPG, Ciência Biológica e Saúde:** Ponta Grossa, v. 9, n. ¾, p. 56-65. 2003.

BRASIL Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, 35, 2014.

CARVALHO, V. L. R.; MESAS, A.E.; ANDRADE, S.M. Aplicação e análise de uma atividade de educação em saúde bucal para idosos. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.2, 2006.

FREITAS, L. R. S, GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v. 21, n. 1, p.7-19, jan-mar, 2012.

FOLETTTO, K. C. **Perfil Epidemiológico, Estado Nutricional e Fatores Associados à Hipertensão e Diabetes Mellitus em Idosos cadastrados no HiperDia no município de Caxias do Sul (RS).** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009. Dissertação de Especialização em Saúde Pública.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al. ADESÃO À DIETA E AO EXERCÍCIOS DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 272-9, 2011.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Educação em Saúde: Planejando as ações educativas – teoria e prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS.** São Paulo, 2001.

GRILO et al. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, n. 59, v. 4, 2013. Disponível em:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0104423013000936?token=51176463628824492B8B44B5E28E41AC9F241982282560083AC6F475B755AAF28A395960DABF4F16E13B2472602623E7>.

LOPES, T. O. **Aula expositiva dialogada e aula simulada: comparação entre estratégias de ensino na graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo. Dissertação de Mestrado. 2012.

MAIA, M. A. **Associação entre o tempo de contato na prática educativa e seu impacto no conhecimento, atitude e autocuidado em Diabetes Mellitus**. Belo Horizonte, MG. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Enfermagem, 2015.

MOTTA, M.D.C.; PETERNELLA, F.M.N.; SANTOS, A.L.; TESTON, E.F.; MARCON, S.S. Educação em Saúde Junto a Idosos com Hipertensão e Diabetes: Estudo Descritivo. **Rev. Uningá Review**. Paraná, v. 18, n. 2, p. 48-53, abr-jun2014.

OBIRIKORANG, Y.; OBIRIKORANG, C.; ANTO, E. O.; ACHEAMPONG, E.; BATU, E. N.; STELLA, A. D.; CONSTANCE, O.; BRENYA, P. K. Knowledge of complications of diabetes mellitus among patients visiting the diabetes clinic at Sampa Government Hospital, Ghana: a descriptive study. **BMC Public Health**. v. 6, n.16. 2016.

PEREIRA, D. A. et al. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Latino Am. Enferm**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, 2003.

REGO, R. A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pub**. [online]. v. 24, n. 04, p. 277-85.1990.

REIS, D. M. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276. 2010.

RIBEIRO, R. L. S.; BAZÍLIO, D. V.; BATISTA, R. S. L.; CAVALCANTE, T. M.; OLIVEIRA, M. V. P. **HIPERTENSÃO E DIABETES: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM MACEIÓ/AL**. Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Ed. Realize, 2017.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-7, 2010.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. de T. P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional1. **Rev. Nutr.**, Campinas, n. 18, v. 1, p.119-128, jan./fev., 2005.

SILVA, G. S. et al. Oficina temática: uma proposta metodológica para o ensino do modelo atômico de Bohr. **Rev. Ciênc. Educ**. Bauru, SP, v. 20, n. 2, p. 481-495, 2014.

SIQUEIRA, F. V.; NAHAS, M. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI RX, TOMASI E. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 203-13, 2009.

SOWERS, J.R.; EPSTEIN, M. Diabetes mellitus and associated hypertension, vascular disease, and nephropathy. **An update Hypertension**. v. 26, n. 06, p. 869–879, 1995.

TEIXEIRA, G. M. **Programa educativo na prevenção de LER/DORT: uma avaliação com técnicos de enfermagem**. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, p. 80, 2011.

THEME FILHA et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 18, n. 2 (Suppl), p. 83-96, 2015.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Rev. Saúde Pública.** n. 39, v. 6, p. 906-11, 2005.

TORRES, E. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública,** v. 43, n. 2, p.291-8, 2009.

SOBRE OS AUTORES

AUTOR 1. MARIA DE FÁTIMA MACHADO REYS ROCHA

Fisioterapeuta, formada pela faculdade Estácio- FAL. Mestre em Ensino em Saúde e Tecnologia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e especialista em Residência em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde. Participou deste estudo nas etapas de: delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados e revisão do manuscrito.

AUTOR 2. FLÁVIA ACCIOLY CANUTO WANDERLEY

Profissional de Educação Física, formada pela Universidade Federal de Alagoas. Mestre em Atividade Física para a terceira idade e Doutora em Atividade Física e Saúde pela Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Coordenadora do Mestrado Profissional Ensino em Saúde e Tecnologia. Participou deste estudo nas etapas de: delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados e revisão do manuscrito.

AUTOR 3. ALMIRA ALVES DOS SANTOS

Cirurgiã-dentista, Mestre e Doutora em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP, Pós-Doutora em Educação pela ULTH-Lisboa-Portugal. Vice-Coordenadora do Mestrado Profissional Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Participou deste estudo nas etapas de: delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados e revisão do manuscrito.

Submetido em 22/08/2019

Aprovado em 20/12/2020

Publicado em 30/12/2020