

Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes

Home visit: an educational health strategy for self-care in diabetes

Heloisa de Carvalho Torres¹

Laura Maria dos Santos¹

Palloma Maciel Chaves de Souza Cordeiro¹

Descritores

Enfermagem em saúde pública;
Educação em enfermagem;
Enfermagem de atenção primária;
Diabetes *mellitus* tipo 2; Autocuidado

Keywords

Public health nursing; Nursing
education; Nursing primary care;
Diabetes mellitus type 2; Self care

Submetido

16 de Janeiro de 2014

Aceito

26 de Fevereiro de 2014

Resumo

Objetivo: Compreender a visita domiciliária como estratégia educativa em saúde para orientar as práticas do autocuidado aos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2.

Métodos: Pesquisa qualitativa utilizando 25 visitas domiciliárias a portadores de diabetes *mellitus* que não compareceram ao programa educativo em diabetes da unidade básica de saúde. Os dados foram organizados, categorizados mediante a análise de conteúdo.

Resultados: Emergiram quatro categorias temáticas: Sentimentos; Conhecimento sobre a doença; Seguimento do plano alimentar e atividade física; e Barreiras para o autocuidado

Conclusão: A visita domiciliária é uma importante estratégia para a educação em saúde para orientar as práticas do autocuidado aos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2.

Abstract

Objective: To understand the home visit as an educational health care strategy to orient the self-care practices of patients with type 2 diabetes *mellitus*.

Methods: A qualitative study using 25 home visits to patients with diabetes *mellitus*, who did not attend the diabetes education program offered by the basic health care unit. Data were organized and categorized by content analysis.

Results: Four thematic categories emerged: feelings; knowledge about the disease; adherence to meal plan and physical activity; and barriers to self-care.

Conclusion: Home visit is an important strategy for health care education to orient patients with type 2 diabetes on self-care practices.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400006>

Autor correspondente

Heloisa de Carvalho Torres
Avenida Alfredo Balena, 190, Santa
Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil.
CEP: 30100-100
heloisa.ufmg@gmail.com

¹Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O aumento da expectativa de vida da população associado à má alimentação e ao sedentarismo, estão contribuindo para a elevação das taxas da ocorrência de diabetes *mellitus* tipo 2 em todo o mundo.⁽¹⁾ O Brasil apresenta aproximadamente seis milhões de pessoas com diabetes e estima-se que em 2025 chegue a 10 milhões.⁽¹⁾ A assistência ao portador de diabetes envolve diferentes estratégias, como consulta multiprofissional, tratamento medicamentoso, adoção de hábitos saudáveis e participação em grupos educativos.

Assim, é necessário o desenvolvimento de programas educativos sobre a adoção de práticas do autocuidado. Constata-se que muitas vezes, por diversos motivos, entre eles a dificuldade de mobilidade, há baixa adesão a essas atividades e, nestes casos, a visita domiciliar surge como uma estratégia.^(2,3)

O atendimento domiciliar valoriza a troca de experiências e saberes, aumentando o vínculo entre o portador e o profissional de saúde, e a elaboração de orientações a partir da compreensão do contexto de vida.^(3,4) Essa abordagem assistencial, integral e humanizada busca melhorar o conhecimento sobre a patologia, aproximando o portador de seu tratamento tornando-o autônomo e responsável pela sua saúde.⁽⁵⁻⁹⁾

Durante a visita domiciliária pode-se facilitar o entendimento do paciente e o seu envolvimento com a utilização do Mapa de Conversação que é um instrumento lúdico, criado pela Federação Internacional de Diabetes para abordar temas referentes à patologia valorizando o diálogo e a troca de experiências e saberes.⁽¹⁰⁾

A estratégia da visita domiciliária permite levar educação em saúde para usuários com dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica. É uma ferramenta que deve ser estudada e trabalhada a fim de aumentar sua viabilidade para os serviços de saúde.

O objetivo deste trabalho é compreender a visita domiciliária como estratégia educativa em saúde a para orientar as práticas do autocuidado aos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em quatro Unidades Básicas de Saúde, da cidade de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, sudeste do Brasil que desenvolvem um programa educativo em diabetes. A população do estudo foi constituída pelos usuários que não compareceram ao programa. Foram realizadas 25 visitas domiciliárias, agendadas de acordo com a disponibilidade do usuário.

A coleta dos dados ocorreu durante a realização das visitas domiciliares. Foi utilizado o Mapa de Conversação para direcionar as ações educativas, que apresenta seções com imagens e ilustrações sobre diferentes assuntos. A primeira seção é sobre os sentimentos frente ao diabetes *mellitus*. A segunda refere-se à sua fisiopatologia, apresentando de forma lúdica, os mecanismos de ação da insulina. A terceira trata das complicações crônicas e agudas da diabetes *mellitus* não controlada; e a quarta seção apresenta uma ilustração da tríade do autocuidado: alimentação saudável, prática de exercícios físicos e uso correto da medicação. Assim os diferentes temas sobre a importância do autocuidado foram apresentados e as dúvidas foram esclarecidas.

Foi elaborado um roteiro semi-estruturado para a discussão do Mapa de Conversação, feito com perguntas norteadoras que exploravam os conhecimentos, os sentimentos e hábitos de vida em relação ao diabetes *mellitus* e ao autocuidado. Cada visita durou em média quarenta e cinco minutos. O decorrer das visitas foi registrado manualmente e por meio de gravações, sendo esse material sistematizado e categorizado para compor um banco de dados, considerando-se opiniões recorrentes, dissensos e consensos. Em seguida, foi realizado o processamento e a interpretação de dados com base no enfoque da análise de conteúdo em sua versão adaptada por *Bardin*.⁽¹¹⁾

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Foram visitados 25 usuários, sendo 18 mulheres e sete homens, com média de idade igual a 63,7 anos para ambos os sexos. Com relação aos dados socio-demográficos, 64% viviam com um companheiro, 68% eram profissionalmente inativos. A média de duração da doença foi de 15 anos para os homens e 7,7 para as mulheres. Cursaram o ensino fundamental completo ou menos, 52% dos usuários, e 28% eram analfabetos.

Emergiram quatro categorias temáticas: Sentimentos; Conhecimento sobre a doença; Seguimento do plano alimentar e atividade física; e Barreiras para o autocuidado (Figura 1).

Sentimentos

A primeira categoria discorre sobre os sentimentos que surgiram quando os usuários descobriram a doença e como foi sua reação diante desse primeiro contato. O primeiro tópico extraído dessa categoria foi o medo perante o diagnóstico, de ter que enfrentar uma doença crônica e tomar remédios para a vida toda. O segundo tópico foi o sentimento de raiva perante o diagnóstico e a necessidade de mudar hábitos de vida. O terceiro tópico traz o sentimento do reconhecimento da necessidade da mudança e toda a dificuldade que isso implica para o portador do DM e o quarto

tópico, traz a aceitação do diagnóstico e a vontade de se cuidar.

Nesse contexto fica claro a diversidade de sentimentos relacionados ao diagnóstico do DM. Aceitar a nova condição de saúde, as reações negativas como medo, raiva, a necessidade de mudanças, são sentimentos que devem ser escutados e trabalhados pelos profissionais de saúde intervindo sobre suas dúvidas e angústias a fim de tranquilizá-los a respeito de seus medos e temores.

Conhecimento sobre a fisiopatologia da diabetes mellitus

A partir das imagens presentes no Mapa de Conversação, alguns usuários demonstraram certo conhecimento sobre a doença, enquanto outros conseguiram fazer apenas poucas associações. O primeiro tópico extraído foi: a produção da insulina e o metabolismo da doença, explicitando o funcionamento do corpo humano e suas relações com o diabetes. O segundo tópico discorre sobre as complicações do diabetes, sendo que, em sua grande maioria, o seu conhecimento estava relacionado às vivências adquiridas com o passar dos anos, e os mais citados foram a hiper e hipoglicemias, as retinopatias, nefropatias e vasculopatias.

Isso mostrou que é importante que o profissional de saúde oriente e explique melhor sobre o funcionamento da doença, pois isso aumenta a in-

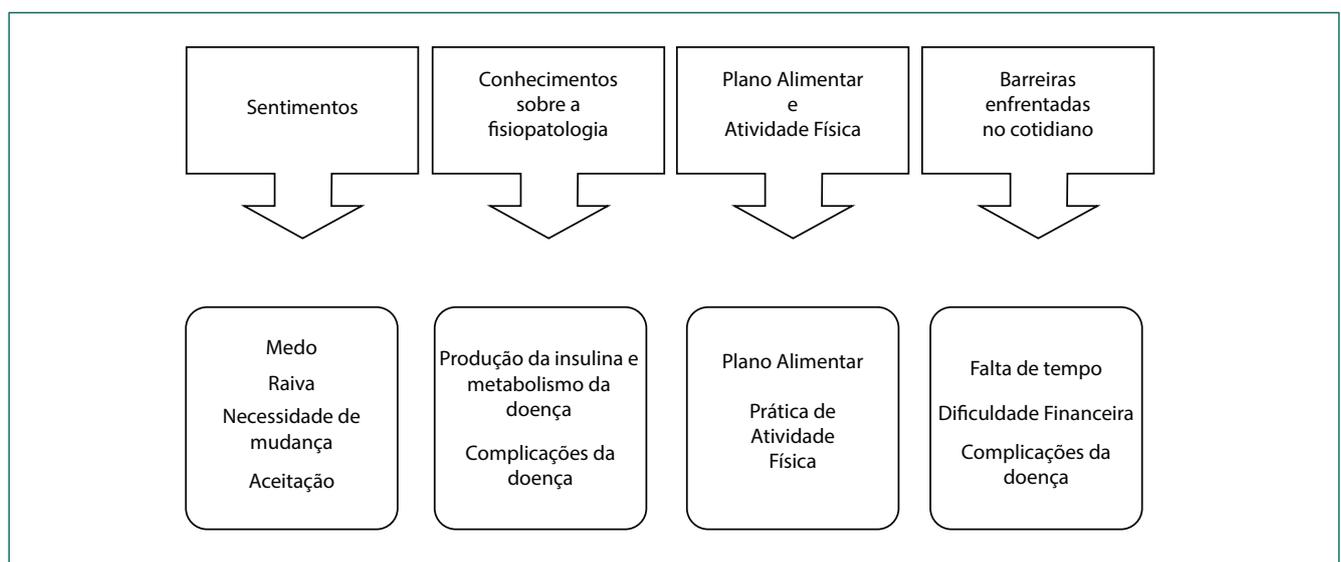


Figura 1. Categorias temáticas do estudo

teração do usuário com o seu tratamento a partir do momento que ele conhece o que está acontecendo no seu corpo.

Plano alimentar e prática de atividade física

O tópico plano alimentar demonstra o conhecimento que o usuário tem sobre a dieta, a necessidade de fracionamento das refeições e as dificuldades enfrentadas para mudar o hábito de vida. Já o tópico atividade física, traz o relato do entendimento da necessidade da atividade física no tratamento do diabetes, mas uma baixa adesão a esse estilo de vida, por diferentes motivos.

Barreiras para o autocuidado

O primeiro tópico destaca a falta de tempo para realizar atividades de autocuidado como as atividades físicas ou preparação dos alimentos. O segundo tópico traz as dificuldades financeiras como barreiras para aderir a uma dieta mais saudável ou práticas de atividades físicas e o terceiro tópico traz as complicações da doença ou patologias associadas como fatores dificultadores para a realização do autocuidado.

A criação de estratégias para a superação das barreiras encontradas deve ser uma atividade desenvolvida em conjunto, pelos usuários e profissionais, a partir de suas vivências e o contexto em que vivem.

Discussão

A estratégia da visita domiciliária permitiu orientações para a prática do autocuidado. O Mapa de Conversação foi um instrumento facilitador que permitiu integrar os conceitos e relações da diabetes *mellitus* de forma lúdica, valorizando a importância do conhecimento fisiopatológico para estes.^(12,13) Outro estudo realizado para avaliar o método do Mapa de Conversação apontou a facilidade do diálogo e interação dos sujeitos, a partir da construção de relacionamentos e partilhas de experiências, concluindo que contribuiu para o autocuidado.⁽¹⁰⁾

Dois dados se tornaram relevantes para o presente estudo: idade e escolaridade dos participan-

tes. A amostra se caracterizou por uma população idosa e com baixo nível de escolaridade. Foi perceptível durante as entrevistas uma dificuldade de compreensão das orientações por essa população. Estudos afirmam que idade avançada e baixo nível de instrução podem limitar o acesso às informações, uma vez que é menor a compreensão dos usuários frente às orientações passadas pelos profissionais de saúde. Dessa forma há uma maior dificuldade de adesão ao tratamento, prejudicando o autogerenciamento dos cuidados e conseqüentemente o controle da doença.⁽¹²⁾ Isso requer do profissional conhecimento da clientela e habilidades para adaptar a linguagem para que se torne compreensível a esse público e ainda atitudes inovadoras, como o uso do Mapa de Conversação.

O sentimento inicial frente ao diagnóstico de diabetes *mellitus* foi muito vezes negativo, e no domicílio os sentimentos emergiram, e a privacidade do lar permitiu aprofundar o diálogo, o que muitas vezes não ocorre durante as consultas individuais na unidade básica de saúde. Sentimentos de negação, tristeza e insatisfação foram os mais constantes e sempre relacionados à dificuldade de adaptação à nova rotina estabelecida pela doença.

Uma pesquisa que aborda as dificuldades relatadas por diabéticos em um grupo de apoio, discute sobre estes sentimentos e relata que as falas apontam diferentes reações frente ao diagnóstico.⁽¹⁴⁾ Dentre aqueles que apresentaram reações emocionais negativas, preponderaram os sentimentos como raiva e tristeza, levando às reações de impugnação e depressão. Percebeu-se que estes fatores emocionais estão ligados intimamente com o apoio familiar, conhecimento da doença e a presença de comorbidades psicológicas, como depressão e ansiedade.

Além disso, muitas vezes a necessidade de mudança no estilo de vida, gera insatisfação e resistência, levando à negação da doença.⁽¹⁵⁾ Outro estudo afirma que a maneira como os portadores reagem perante a diabetes *mellitus* interfere direta e indiretamente no desempenho da prática do autocuidado, cabendo ao enfermeiro mediar o conflito entre as emoções e ações de autocuidado.⁽¹⁶⁾ Assim, as atividades educativas devem ser

apoiadoras e construtoras do saber, não somente um repasse de informações.

Sobre a fisiopatologia do diabetes, os participantes possuíam alguma informação, mas não domínio de conceitos e das relações entre estes e o autocuidado. Uma pesquisa encontrou resultado semelhante ao estudo, afirmando que a maioria dos usuários relatava apenas que “diabetes é açúcar no sangue”.⁽²⁾

Sabe-se que a falta de conhecimento sobre a doença impede que se faça um controle adequado. Portanto é necessário que a educação em saúde aborde de forma clara e de acordo com a realidade do usuário, o que caracteriza a doença e quais seus desdobramentos. Estudo que avalia o conhecimento do paciente sobre a diabetes *mellitus* indica que, após a intervenção educativa, esse melhorou significativamente.⁽⁸⁾

O conhecimento sobre sua doença é a base para se conseguir a prática correta do autocuidado, assim como a participação mais efetiva no tratamento, porém a aquisição do conhecimento não induz necessariamente à mudança de comportamento.⁽¹⁷⁻²⁰⁾ Isso aponta a visita domiciliar não só como estratégia para a transmissão desse conhecimento, mas no desenvolvimento do processo de autocuidado e na reflexão da importância da adesão ao tratamento.

No que diz respeito às complicações, o medo foi um sentimento que apareceu associado à possibilidade do seu surgimento. Apesar do medo ser um sentimento negativo, pode estimular o autocuidado, como forma de evitar o aparecimento destas complicações.⁽¹⁸⁾ Discutindo esses aspectos, percebeu-se a necessidade dos usuários de aprender mais sobre a diabetes *mellitus*, e o reconhecimento por parte dos profissionais da deficiência das orientações dadas por meio do processo convencional da educação do autocuidado.

A abordagem sobre a alimentação gerou muita dúvida por parte dos usuários. Percebeu-se que o assunto é uma das principais preocupações do tratamento e os questionamentos eram inevitáveis.

Entre os diabéticos é comum dúvidas em itens importantes do tratamento dietético e a orientação alimentar realizada pelo nutricionista é muito importante.⁽¹²⁾

Diante das restrições que os usuários vivenciam em seu cotidiano durante o longo processo de adoecimento da diabetes, aparecem reações de raiva e inconformismo com o atual plano alimentar recomendado pelo profissional.⁽¹⁸⁾

Abordando a prática regular de atividade física, observou-se que há grande resistência por parte dos usuários em realizá-la. Muitos motivos são apontados como falta de tempo e de espaço para sua realização, dores advindas de comorbidades, falta de companhia, entre outras. Estudo encontra dado semelhante, no qual 62% dos portadores de diabetes relatam não praticar atividade física regularmente e as principais justificativas foram: “falta de tempo”, “desconforto” e “restrição médica”.⁽²⁰⁾

Nas visitas domiciliares nenhum dos portadores relatou a prática regular de exercícios físicos juntamente com a dieta recomendada, indicando que a adesão completa ao tratamento é ainda difícil. Estudo mostra que os tratamentos que requerem decisões ou julgamentos por parte de portadores estão associados à não adesão.⁽²⁰⁾ Além disso, as crenças pessoais sobre a alimentação, especialmente em relação à existência de alimentos nocivos ou proibidos, são difíceis de serem mudadas, e podem interferir na adesão ao autocuidado.

Considerando todos estes desafios, a atuação do profissional de saúde é muito importante.⁽¹⁸⁾ O profissional deve buscar a interação com o indivíduo a fim de favorecer o diálogo capaz de gerar um pensamento crítico a respeito da mudança de comportamento, de acordo com seu contexto sócio cultural. O atendimento individual proporcionado pela visita domiciliar, permite ao profissional fornecer orientações específicas para cada usuário, de acordo com suas necessidades, sempre respeitando e valorizando suas peculiaridades.⁽⁷⁾ E percebe-se que mais importante que transferir o conhecimento, é fornecer autonomia a esse indivíduo, abrindo espaço para que eles construam suas próprias perspectivas.^(11,15)

As dificuldades da realização das visitas domiciliares são: dificuldade de acesso devido à localização demográfica, ausência do usuário, afazeres domésticos das donas de casa e presença de muitos familiares no domicílio dificultando a interação usuário-profissional de saúde. Dificuldades relacionadas

aos indivíduos também pode ser citadas: baixo grau de cognição, baixa escolaridade, o estado emocional do indivíduo abalado por problemas pessoais e a não aceitação da doença.

Observou-se que a visita domiciliária estruturada, contempla as necessidades do indivíduo, estimulando a adesão ao tratamento a partir das práticas de autocuidado, trazendo autonomia. Além disso, promove a aproximação do profissional à realidade dos indivíduos.

Conclusão

A visita domiciliária é uma importante estratégia para a educação em saúde para orientar as práticas do autocuidado aos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio da Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), processo APQ-01056-10. Projeto apoiado pela BRIDGES (programa Internacional da Federação de Diabetes apoiado por uma bolsa educacional de Lilly Diabetes).

Colaborações

Torres HC contribuiu com a concepção do projeto, execução da pesquisa e redação do artigo. Santos LM colaborou com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Cordeiro PMCS participou da execução da pesquisa e redação do artigo.

Referências

1. Albuquerque AB, Bosi ML. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1103-12.
2. Torres HC, Souza ER, Lima MH, Bodstain RC. Intervenção visando os conhecimentos, atitudes e práticas educativas do autocuidado em diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(4):67-75.
3. Torres HC, Abreu CR, Nunes CS. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):89-93.
4. Teixeira CP. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Soc Debate*. 2009;15(1):165-78.
5. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2008;7(2):241-7.
6. 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 Latinoam Enferm*. 2008;16(2):231-7.
7. Medeiros PA, Pivetta HM, Mayer MS. Contribuições da visita domiciliar na formação em Fisioterapia. *Trabalho Educ Saúde*. 2013;10(3):407-26.
8. Peres EM, Dal Poz MR, Grande NR. Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. *Rev Enferm UERJ*. 2008;14(2):208-13.
9. Kebian LAV, Pena DA, Ferreira VA, Tavares MF, Acioli S. As práticas de saúde enfermeiros na visita domiciliar e a promoção da saúde. *Rev APS*. 2012;15(1):92-100.
10. Fernandes OD, Worley AV, Beaton SJ, Glasrud P. Educator experience with the U.S. Diabetes Conversation Map® Education Program in the Journey for Control of Diabetes: The IDEA Study. *Diabetes Spectrum*. 2010;23(3):194-8.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. 7a ed. São Paulo; 2011.
12. Torres HC, Pereira FR, Alexandre LR. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes *mellitus* tipo 2. *Rev Escola Enferm USP*. 2011;45(5):1077-82.
13. Fontinele RS, Peres LC, Nascimento MA, Boni MS. Avaliação do conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes tipo 2. *Commun Ciênc Saúde*. 2007;18(3):197-206.
14. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 24a ed. São Paulo; 2002.
15. Xavier AT, Bittar DB, Ataíde MB. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. *Texto & Contexto Enferm*. 2009;18(1):124-30.
16. Sakata KN, Almeida MC, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJ. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(6):659-64.
17. Trento M, Passera P, Tomalino M, Bajardi M, Pomero F, Allione A, et al. Group Visits Improve Metabolic Control in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2001;24(6):995-1000.
18. Oliveira NF, Souza MC, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes *mellitus*: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):301-37.
19. Filho CV, Rodrigues WH, Santos RB. Papéis de autocuidado - subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes *mellitus*. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(1):125-129.
20. Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes *mellitus*. *Texto & Contexto Enferm*. 2011;20(2):272-9.