

Grupos educativos para o controle de hipertensão e diabetes mellitus: revisão integrativa de literatura

Educational group for hypertension and diabetes mellitus control: integrative review

Danielli Teixeira Lima Favaro¹, Maria de Lourdes Sperli Geraldos Santos¹, Natália Sperli Geraldos Marin dos Santos Sasaki², Lúcia Helena Rack dos Santos¹, Silvia Helena Figueiredo Vendramini¹, Daniele Alcalá Pompeo¹

Resumo

Introdução: O *Diabetes Mellitus* e a Hipertensão Arterial Sistêmica estão entre os principais fatores de risco para a doença cardiovascular que podem ser diminuídos a partir de ações preventivas e tratamento. Neste sentido, programas de suporte educacional ao diabético e hipertenso podem ser uma forma efetiva de motivar o autocuidado e, assim, minimizar os fatores de risco modificáveis. **Objetivo:** Buscar evidências científicas sobre a efetividade da estratégia de grupos educativos, na prática clínica, para o controle da hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*. **Material e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados Lilacs e PubMed, entre 2008 a 2013. **Resultados:** Foram encontrados 12 artigos, todos no idioma inglês, dois realizados no Brasil, sendo 10 efetivos. **Conclusão:** Este estudo mostrou a importância da educação em saúde nos grupos educativos para o controle de doenças como *Diabetes Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica e que requerem planejamento, trabalho em equipe, atitudes focadas na criação e fortalecimento do vínculo usuário e profissional e na longitudinalidade da assistência.

Descritores: Promoção da Saúde; Diabetes Mellitus; Educação em saúde; Hipertensão; Enfermagem.

Abstract

Introduction: Diabetes Mellitus and Hypertension are among the main risk factors for cardiovascular disease. Both can be reduced taking preventive measures and delivering treatment. Educational support programs targeted to diabetic and hypertensive patients can be an effective way to motivate self-care. Thus, these programs minimize the modifiable risk factors. **Objective:** Seek scientific evidence on the effectiveness of the educational groups' strategy in clinical practice in order to control hypertension and diabetes mellitus. **Material and Methods:** We performed an integrative review of the literature on Lilacs and PubMed databases from 2008 to 2013. **Results:** We found 12-English written articles. Two studies were conducted in Brazil, and 10 of them were efficacious. **Conclusion:** This study showed the importance of health education in educational groups over the control of diseases such as diabetes and hypertension. These actions require planning, teamwork, and attitudes focused upon the development and strengthening of the link between users and professional, and the longitudinality of assistance.

Descriptors: Health Promotion; Diabetes Mellitus; Health Education; Hypertension; Nursing.

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)-São José do Rio Preto-SP-Brasil

² União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO)-São José do Rio Preto-SP-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores:

DTLF e LHRS tabulação, delineamento do estudo e redação do manuscrito. MLSGS orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. NSGMSS co-orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito, SHFVe DAP elaboração do manuscrito e correções finais.

Insira as iniciais de cada autor e sua contribuição

Contato para correspondência: Natália Sperli Geraldos Marin dos Santos Sasaki

E-mail: nsperli@gmail.com

Recebido: 31/10/2016; **Aprovado:** 02/01/2017

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm aumentando no Brasil, hoje alcançando 72% das causas do total de óbitos, o que representa um enorme desafio ao sistema de saúde. Esta situação foi mundialmente debatida em 2011 pela Organização das Nações Unidas, culminando na elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, que valoriza ações de promoção da saúde, já que estas podem reduzir a incidência dessas doenças e apresentar vantagens custo-efetivas. O plano tem por meta reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura causada por DCNT até 2022⁽¹⁾. Dentre as DCNT, a doença cardiovascular é responsável por 17,3 milhões de mortes por ano no mundo e a doença coronariana corresponde a 7,2 milhões dessas mortes, sendo a maioria em idosos. As doenças cardiovasculares, em grande parte, podem ser prevenidas por meio do combate aos fatores de risco, como o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade, a hipertensão arterial, a dieta inadequada e a dislipidemia⁽²⁾.

O *Diabetes Mellitus* (DM) está entre os principais fatores de risco para a doença cardiovascular e, quando associada à hipertensão arterial sistêmica (HAS), esse risco aumenta em 1,89 a 4,4 vezes quando comparado à hipertensão, isoladamente⁽³⁾. Esses riscos podem ser diminuídos, identificando-os e prevenindo a doença pelo acesso à saúde e adesão ao tratamento⁽⁴⁾. Neste sentido, programas de suporte educacional ao diabético podem ser uma forma efetiva de motivar o autocuidado e, assim, minimizar os fatores de risco modificáveis⁽⁵⁾.

Evidências científicas apontam para a importância desse suporte educacional para as mudanças de atitudes, que podem contribuir para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir os custos diretos e indiretos em saúde, com relação ao diabetes⁽⁶⁾. No entanto, os profissionais de saúde ainda encontram dificuldades para atuar na prevenção e controle das altas taxas de doenças como a HAS, o DM e o sobrepeso, principalmente no que se refere à integração e atuação da equipe multidisciplinar no processo educativo^(4,7). O objetivo deste estudo foi buscar evidências científicas sobre a efetividade da estratégia de grupos educativos, na prática clínica, para o controle da HAS e DM.

Material e Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual foram consideradas as seguintes etapas: identificação da questão da pesquisa, busca na literatura, categorização e avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento⁽⁸⁾. A questão norteadora da presente revisão foi: “A estratégia de grupo educativo é efetiva no controle da HAS e DM?”.

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se por duas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e PubMed.

Os critérios de inclusão estabelecidos para esta revisão foram: ensaios clínicos controlados randomizados que abordem a estratégia de grupo educativo para portadores de DM e HAS na prática clínica; estudos envolvendo seres humanos maiores de 18 anos, artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, entre os anos de 2008 a 2013. Foram excluídas teses, dissertações, documento, carta e livros.

A coleta de dados foi realizada no período de 20/12/2013 a 20/01/2014 por dois pesquisadores de forma independente (índice de concordância 100%).

Para a busca foram utilizados os descritores controlados da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e da National Library of Medicine (NLM), Medical Subjects Headings (MeSH).

Na base Lilacs foram utilizadas as seguintes combinações de descritores: promoção da saúde e diabetes mellitus; educação em saúde e diabetes mellitus; hipertensão e educação em saúde; hipertensão e promoção da saúde. Os estudos foram excluídos por não apresentarem delineamento experimental ou por não abordarem a temática dos grupos educativos na prática clínica. No PubMed, foram empregados os descritores: “*Health Promotion*” and “*Diabetes Mellitus*”; “*Health Education*” and “*Diabetes Mellitus*”; “*Health Promotion*” and “*Hypertension*”; “*Health Education*” and “*Hypertension*”.

Para extração dos dados dos artigos incluídos nesta revisão, foi utilizado um instrumento de coleta de dados validado previamente⁽⁹⁾ e organizado em cinco itens: Dados de identificação do estudo (título da publicação, título do periódico, base de dados indexada, autores, país, idioma, ano de publicação, instituição sede do estudo e tipo de publicação); Introdução e objetivo (descrição e avaliação crítica); Características metodológicas (análise do delineamento do estudo, amostra, técnica para coleta de dados e análise dos dados); Resultados (descrição e análise crítica dos resultados); Conclusões (descrição e análise crítica dos dados e nível de evidência em que o estudo se encontra).

Os níveis de evidência (NE) foram classificados de acordo com a literatura⁽¹⁰⁾. Para avaliação da qualidade metodológica dos artigos foi utilizado o Sistema de Jadad⁽¹¹⁾, que consta de três tópicos, diretamente relacionados com a redução de vieses. Um ponto é atribuído para cada resposta positiva, caso o estudo seja randomizado, duplo-cego e apresente descrição das exclusões e perdas da amostra estudada. Adicionalmente, atribui-se outro ponto aos itens randomização e cegamento, caso os procedimentos tenham sido adequadamente descritos.

Resultados

Na base Lilacs, foram encontrados 42 estudos a partir das combinações de descritores: DESC 1= promoção da saúde e diabetes mellitus (n=9); DESC 2= educação em saúde e diabetes mellitus (n=6); DESC 3 = hipertensão e educação em saúde (n=15); DESC 4 = hipertensão e promoção da saúde (n=12). Todos os 42 estudos foram excluídos por não apresentarem delineamento experimental ou por não abordarem a temática dos grupos educativos na prática clínica (Figura 1).

No PubMed foram encontrados 1.806 estudos a partir das combinações de descritores: DESC 5 = “*Health Promotion*” and “*Diabetes Mellitus*” (n=344; nenhum artigo foi incluído); DESC 6 = “*Health Education*” and “*Diabetes Mellitus*” (n=1.048 incluídos 11 estudos); DESC 7 = “*Health Promotion*” and “*Hypertension*” (n=137; nenhum artigo foi incluído); DESC 8 = “*Health Education*” and “*Hypertension*” (n=277; incluído 1 estudo), totalizando 12 estudos selecionados (Figura 1).

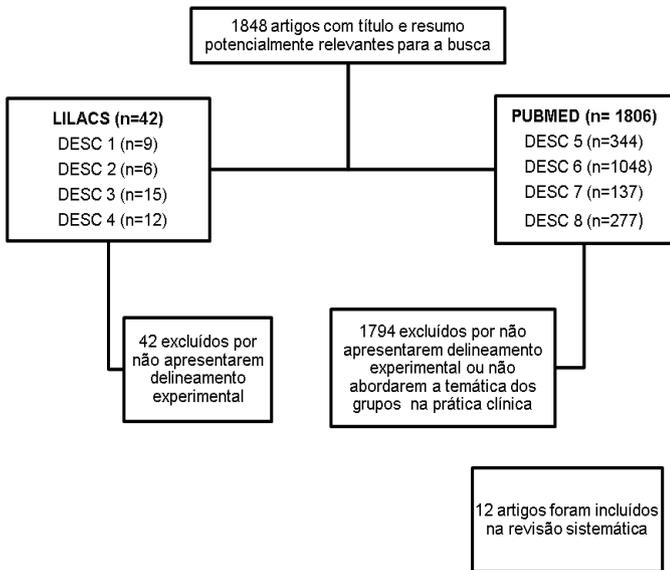


Figura 1. Resultado de busca e seleção de artigos para revisão integrativa segundo descritores (DESC), São José do Rio Preto/SP, 2014

Os 12 artigos analisados, foram selecionados da base de dados PubMed, publicados em periódicos internacionais, sendo dois em 2009 (*Vascular Health and Risk Management; Diabetes Educ.*), quatro em 2010 (*J Gen Intern Med.; Arch Intern Med; Diabetes Care e BMJ*), quatro em 2011 (*J Gen Intern Med; Patient Education and Counseling; J Pharm Pharmaceut Sci; e American Journal of Men's Health*) e dois em 2013 (*Diabetes Metab Res Rev. e Diabetic Medicine*).

Dez estudos (83,33%) mostraram que a estratégia de grupo é efetiva no controle da HAS e do DM tipo 2 (Quadro 1) e dois (16,66%) não foram efetivos (Quadro 2).

Quadro 1. Distribuição dos estudos analisados, com resultados efetivos, segundo Autor, Ano de publicação, objetivo, intervenção, estratégia pedagógica e resultados, São José do Rio Preto/SP, 2014

Objetivo	Intervenção/Estratégia pedagógica	Resultados
Scain (2009) ⁽¹²⁾ Avaliar a efetividade de um programa de grupo educativo para o controle metabólico de pacientes com diabetes tipo2	GC = consultas convencionais; GE = encontro semanal de duas horas, por um mês. Avaliação 0, 1º, 4º, 8º e 12º mês após intervenção. - Metodologia ativa (por enfermeira).	Melhora dos parâmetros no GE até o 4º mês, estabilizando até o 8º e elevando no 12º mês. GC: HbA1C aumenta progressivamente
Chen (2010) ⁽¹³⁾ Avaliar a implementação de modelo educativo, em serviço de atenção primária e seu impacto nos resultados clínicos e metabólicos em diabéticos e/ou hipertensos.	GC = consultas convencionais; GE = Um a dois encontros por mês (12 meses), enfoque em estilo de vida, fatores de risco cardiovascular e diabetes, acompanhamento e supervisão por agentes de saúde. - Avaliação da HbA1C, LDL colesterol, IMC, pressão arterial e tabagismo antes e após intervenção de 12 meses, - Metodologia ativa (por médicos).	Houve melhora dos parâmetros e cessação do tabagismo no grupo experimental.
Wing (2010) ⁽¹⁴⁾ Comparar modelo de intervenção educacional intensiva supervisionada com outro não intensivo, sem supervisão.	GC = Três sessões/ano, 48 meses, protocolo com enfoque em dieta, atividade física, suporte social, sem informação sobre estratégias de mudança comportamental e sem avaliação do peso. GE = Encontros em grupo e individual, protocolo com intervenção intensiva (48 meses), enfoque no estilo de vida, comportamento, dieta, atividade física supervisionada e automonitoramento. - Avaliação da HbA1C, controle glicêmico, HDL colesterol, triglicérides, peso e exercício físico até o final. - Metodologia ativa.	Melhora dos parâmetros clínicos, metabólicos e de mudança de hábito em relação ao GC. Melhora dos fatores de risco cardiovascular no 1º ano e piora nos subsequentes.
Trento (2010) ⁽¹⁵⁾ Estabelecer um modelo de grupo educativo para intervir no estilo de vida de diabéticos tipo 2 e se tal modelo pode ser inserido em outras clínicas	GC = consultas clínicas individuais a cada 3 meses; GE = Sete sessões em grupo a cada 3 meses (48 meses) e consulta anual, individual. - Avaliação da HbA1C, glicose de jejum, colesterol total, triglicérides, pressão arterial, IMC, mudança de hábito, qualidade de vida, conhecimento adquirido e custo-efetividade em 48 meses. - Metodologia ativa (por educadores treinados), simulações realísticas e dramatização.	Melhora dos parâmetros, mudança de hábito, qualidade de vida e de conhecimento adquirido em relação ao grupo controle.

continua...

Quadro 1. Continuação

Objetivo	Intervenção/Estratégia pedagógica	Resultados
Gillett (2010) ⁽¹⁶⁾ Avaliar custo-efetividade, parâmetros clínicos e laboratoriais de pacientes recém diagnosticados com diabetes tipo 2 e comparar o modelo de intervenção com o modelo usual da assistência primária à saúde.	GC= consulta clínica convencional GE= Encontros (3 meses), pacientes recém diagnosticados com diabetes, com enfoque no estilo de vida, alimentação saudável, atividade física e fatores de risco cardiovascular. - Avaliação da HbA1C, fatores de risco cardiovascular, mudança de hábito, IMC, HDL colesterol e custo-efetividade com 0 e 12 meses. - Seminários interativos.	Melhora dos parâmetros (exceto para HbA1C), mudança de hábito, qualidade de vida, custo – efetividade e conhecimento adquirido em relação ao grupo controle.
Obreli-Neto (2011) ⁽¹⁷⁾ Avaliar programa farmacêutico nos cuidados à saúde em um serviço público no Brasil para hipertensos e diabéticos com risco de doença coronariana e verificar mudanças em fatores de risco para desenvolver a doença.	GC = consulta clínica convencional a cada 3 meses e mensal com enfermeira. GE = consulta clínica convencional com assistência farmacêutica individual e em grupo a cada 6 meses com enfoque no uso correto dos medicamentos, armazenamento, adesão, dieta e atividade física. - Avaliação da HbA1C, IMC, glicose de jejum, HDL colesterol, LDL colesterol, colesterol total e pressão arterial no 0, 6º, 12º, 18º, 24º e 36º mês. - Seminários interativos,	Melhora dos parâmetros clínicos e metabólicos em relação ao grupo controle.
Bayazit (2011) ⁽¹⁸⁾ Avaliar um programa educacional para diabetes considerando HbA1C, níveis de pressão arterial, IMC e adesão ao tratamento.	GC= sem receber educação. GE= Uma sessão intra-hospitalar e duas pós alta com participação de familiares em suas residências, enfoque sobre diabetes, suas complicações, antidiabéticos orais, insulina, dieta e exercício físico. -Avaliação da HbA1C, pressão arterial, IMC e adesão ao tratamento no início (internação hospitalar), na 4ª e 8ª semana (pós alta). - Seminário interativo com enfermeira.	Melhora dos parâmetros clínicos (exceto IMC) e metabólicos em relação ao grupo controle.
Hill – Briggs (2011) ⁽⁵⁾ Testar a viabilidade, a acessibilidade e a efetividade para resolução de problemas relacionados ao diabetes e ao seu autocuidado para pessoas com baixo nível de escolaridade.	GC= Uma sessão sobre diabetes e doença cardiovascular e uma sobre resolução de problemas e autocuidado. GE= Uma sessão sobre diabetes e doença cardiovascular e oito sobre resolução de problemas e autocuidado com enfoque em prevenção dos fatores de risco cardiovascular, conhecimentos sobre as metas da HbA1C, pressão arterial, colesterol, uso adequado dos medicamentos, automonitorização, alimentação saudável e atividade física. - Avaliação da HbA1C, pressão arterial, LDL colesterol, HDL colesterol, conhecimento adquirido, resolução de problemas e autocuidado, no início, 3 meses e 9 meses após a intervenção. - Seminários interativos com manual para cada sessão e adaptados para o nível de escolaridade, por educadores treinados,	Melhora dos parâmetros clínicos, metabólicos, conhecimento adquirido, resolução de problemas e do autocuidado em relação ao grupo controle.
Gagliardino (2013) ⁽¹⁹⁾ Comparar resultados clínicos, metabólicos e psicológicos de pessoas com diabetes tipo 2 após programa educacional por profissionais educadores com o mesmo programa implementado por pessoas portadoras de diabetes.	GC = programa educacional em grupo ministrado por educadores treinados GE = mesmo programa educacional em grupo ministrado por pacientes diabéticos + suporte psicológico e comportamental pós-curso. - Avaliação de conhecimento, qualidade de vida, mudança de hábito, custo-efetividade inicial e final; avaliação dos parâmetros clínicos e metabólicos no 0, 1º, 6º e 12º mês. - Problematização.	Melhora dos parâmetros clínicos, metabólicos e mudança de hábito em relação ao grupo controle. Não foi observado diferença no conhecimento adquirido e no custo-efetividade, entre os grupos.
Gagliardino (2013) ⁽²⁰⁾ Implementar intervenção educacional em um sistema de saúde primário para avaliar o custo-efetividade, resultados clínicos, metabólicos, psicológicos e os benefícios de se combinar mudanças no sistema com intervenções educacionais.	GC= paciente e médico sem receber educação GE1 = paciente sem receber educação e médico recebendo educação; GE2 = paciente recebendo educação e médico sem receber educação; GE3 = paciente e médico recebendo educação. Quatro sessões semanais e um reforço a cada 6 meses por 42 meses, com enfoque no conceito do diabetes tipo2, hipoglicemia e hiperglicemia, automonitorização, obesidade, resistência à insulina, vantagens em reduzir o peso, alimentação saudável, importância dos cuidados com os pés, atividade física, situações especiais (infecções) e testes necessários para monitorar o diabetes. - Avaliação dos parâmetros clínicos e metabólicos no início e a cada seis meses, durante 42 meses. - Metodologia ativa.	Melhora dos parâmetros clínicos e metabólicos em relação ao grupo controle. Sem diferença entre os grupos para qualidade de vida e com aumento do custo-efetividade em relação ao grupo controle.

GC: grupo controle; GE: grupo experimental; HbA1C: hemoglobina glicada; LDL: *low density lipoprotein*; HDL: *high density lipoprotein*; IMC: índice de massa corporal.

Todos os estudos incluídos foram classificados com nível de evidência II e, na avaliação por meio da escala de Jadad⁽¹¹⁾, dez apresentaram pontuação três (5,12-15,17,19-22), já que eram randomizados, descreviam de forma adequada o processo de randomização e relatavam

as perdas amostrais. Dois estudos com resultados efetivos obtiveram pontuação dois, pois não expuseram as exclusões dos sujeitos participantes. Nenhum estudo foi duplo-cego.

Quadro 2. Distribuição dos estudos analisados, com resultados não efetivos, segundo Autor, ano de publicação, objetivo, intervenção, estratégia pedagógica e resultados, São José do Rio Preto/SP, 2014

Autor/Ano	Objetivo	Intervenção/Estratégia pedagógica	Resultados
De Jesus (2009) ⁽²⁾	Comparar três modelos de intervenção por enfermeira educadora em diabetes e avaliar os níveis de pressão arterial na meta em pacientes diabéticos.	GC= consulta clínica convencional. GE (A) = Enfoque em hipertensão no diabético. GE (B) = Enfoque em hipertensão no diabético e automonitorização de pressão arterial. Recebiam panfletos sobre o assunto. - GE A e B= Palestra pela enfermeira, avaliação da pressão arterial no 0 e 6 meses.	Não houve melhora no parâmetro clínico em relação ao grupo controle.
Vadstrup (2011) ⁽²²⁾	Comparar a efetividade de um programa de educação em grupo em um sistema primário de saúde com o aconselhamento individual ambulatorial.	GC = consulta individual por enfermeira, nutricionista e psicólogo. . GE = Educação em grupo por equipe multiprofissional (enfermeira, fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista) com enfoque em fisiologia do diabetes, automonitorização, dieta, atividade física supervisionada, perda de peso, cessação do tabagismo, neuropatia, exame dos pés, hipertensão, complicações e medicações. Seis sessões semanais (6 semanas). - Avaliação da HbA1C, glicose de jejum, HDL colesterol, LDL colesterol, colesterol total, triglicérides, peso, circunferência abdominal e pressão arterial na 0 e 6 semanas e 1 e 3 meses pós intervenção. - Metodologia ativa.	Não houve melhora no parâmetro clínico e metabólico em relação ao grupo controle.

GC: grupo controle; GE: grupo experimental; HbA1C: hemoglobina glicada; LDL: *low density lipoprotein*; HDL: *high density lipoprotein*.

Conteúdo da revisão

Os resultados do estudo apontam que são poucos os estudos de intervenção com grupos educativos na prática clínica, para avaliar programas de educação para controle da HAS e DM, apesar da importância e benefícios das intervenções educacionais para o controle dessas doenças⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Neste sentido, um modelo de educação em saúde específico e estruturado, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), voltado para a promoção da saúde das pessoas com DM e HAS, se faz necessário para estimular a adoção de atitudes saudáveis para o controle efetivo dessas doenças e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida^(12,16,20). Os estudos efetivos mostraram que um programa educacional sistemático pode induzir mudanças de comportamento e ajudar na melhoria do controle metabólico, porém, o efeito positivo da educação em saúde tem duração limitada, pois requer reintervenções periódicas e monitorização, considerando que dois estudos mostraram melhora dos parâmetros clínicos e metabólicos nos primeiros encontros, estabilizando-se ou elevando-se nos últimos^(12,14). Autores defendem que a educação em saúde para DM é “um processo permanente, que deve acontecer de forma gradativa, contínua, interativa e adequada”⁽²³⁾. Oito estudos com programa educacional sistemático e acompanhamento mostraram que é possível produzir mudanças de comportamento e melhorar o controle metabólico^(5,13,15-20).

Sobre este aspecto, ressalta-se a importância da monitoração,

da criação de vínculo, além da longitudinalidade da assistência aos doentes pelos profissionais de saúde, seja no serviço ou no domicílio, sendo esta uma dimensão importante da APS, diretamente relacionada com a integralidade da assistência. A longitudinalidade, característica central da APS, prevê a continuidade do cuidado e deve ser assegurada principalmente para grupos de doentes crônicos, idosos e população de baixa renda. Constitui-se no vínculo terapêutico duradouro entre os usuários e profissionais de saúde. Tal vínculo assegura a integralidade, com uma relação caracterizada por confiança e responsabilidade entre doente e equipe de saúde. Esse cuidado deve permear um acompanhamento pelo profissional além dos episódios de doença, por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde⁽²⁴⁾.

Esta dimensão da APS apresenta efeitos benéficos no sistema de saúde, como melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, diagnóstico mais preciso, redução de custos e de hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde, e maior satisfação dos usuários. Assim, ao longo do tempo, é estabelecida confiança entre profissional e usuário, deixando este mais confortável para expor seus problemas e acatar as recomendações. Do mesmo modo, quando o profissional possui um conhecimento acumulado sobre o usuário, chega-se mais rapidamente à avaliação e resolução de problemas⁽²⁴⁾. O modelo de assistência à saúde vigente não está preparado para promover cuidado integral ao portador de doença crônica

devido a estruturação do cenário epidemiológico atual, com permanência de doenças agudas, aumento dos agravos crônicos e as causas externas, necessitando de uma reorganização para implementação de ações mais efetivas aos riscos a saúde da população^(13,25). A equipe multidisciplinar tem responsabilidade no fornecimento e suporte para o autocuidado dessas pessoas, sendo necessário um alto grau de empatia, comunicação e habilidade para trabalhar com tempo focado para a educação em saúde e acompanhamento com esse grupo⁽¹³⁾. A alta prevalência e do DM e HAS, aliada à complexidade do tratamento (restrições dietéticas, uso de medicamentos e complicações crônicas associadas) reforçam a necessidade de programas educativos eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde⁽²⁶⁾. Viabilizar as atividades educativas em grupo exige mudanças nos focos dos processos de trabalho de uma atenção exclusivamente individualizada para a produção coletiva de saúde. A equipe de saúde deve reconhecer e ouvir os saberes dos indivíduos e não simplesmente impor normas e condutas de acordo com as evidências científicas. Ao conhecer a percepção, tanto do usuário quanto do profissional é possível criar subsídios para melhorias nos grupos educativos e sua implementação⁽⁶⁾.

Nos estudos analisados, observou-se que aqueles que tiveram acompanhamento pela equipe interdisciplinar, tiveram melhor efetividade. Este fato nos reporta a importância da atuação em equipe voltada para ações de promoção da saúde. Neste contexto, criar uma equipe com visão interdisciplinar tem se mostrado difícil, pois representa a necessidade de mudar o foco do "eu" para o "nós", onde todas as decisões deixam de permanecer apenas com o clínico e se tornam responsabilidade da equipe, tendo como alvo principal o doente⁽⁷⁾.

Assim, para alcançar os propósitos da atenção primária, os serviços não devem se limitar a marcação de consultas, pronto atendimento e referências para serviços mais complexos⁽⁶⁾. Além da importância da atuação multi e interdisciplinar, é importante que a equipe esteja preparada para desenvolver métodos ativos, na educação em grupo, investindo na aprendizagem significativa. Os grupos educativos se caracterizaram como uma ferramenta positiva na promoção da saúde. A educação em saúde concebida a partir de um objetivo inicial, com planejamento adequado e metodologia adequada e sistematizada, enseja a obtenção de bons resultados⁽²⁷⁾.

Programas educativos têm sido recomendados como estratégia que contribui para melhorar os indicadores relacionados à percepção dos aspectos físicos, sociais, emocionais e da saúde mental que afetam a qualidade de vida de pessoas com DM⁽²⁸⁾. Os resultados deste estudo evidenciam a importância dessa estratégia e a possibilidade dos profissionais de saúde a utilizarem de forma eficaz na promoção em saúde.

É recomendável que se fortaleçam as ações educativas, para que sejam efetivas e para que gerem mudanças no estilo de vida. Para tanto, o diálogo e o trabalho em grupo, devem ser priorizados, visto que apenas palestras e materiais educativos não têm se mostrado efetivos⁽²⁹⁾.

Conclusão

Este estudo permitiu vislumbrar a importância da educação em saúde, nos grupos educativos para o controle de doenças como DM e HAS e que estas ações requerem planejamento, trabalho em equipe e, principalmente, a adoção de atitudes focadas na criação e no fortalecimento do vínculo usuário e profissional, além de investimento na longitudinalidade da assistência.

No Brasil, apenas um estudo de intervenção foi encontrado, o que mostra a necessidade de novas investigações científicas neste aspecto.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
2. World Health Organization – WHO. Media Centre [homepage na Internet]. WHO; 2017 [acesso em 2014 Abr 2]. Car-diovascular diseases (CVDs); [aproximadamente 7 telas]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
3. Okada K, Miyamoto M, Kotani K, Yagyu H, Osuga J, Naga-saka S, et al. Urinary protein as a marker for systolic blood pressure reduction in patients with type 2 diabetes mellitus participating in an in-hospital diabetes education program. *Hosp Pract*. 2011;39(4):70-5. doi: 10.3810/hp.2011.10.924.
4. Gessler N, Labhard ND, Stolt P, Manga E, Balo JR, Bof-fole A, et al. The lesson of Monsieur Nouma: effects of a culturally sensitive communication tool to improve health-seeking behavior in rural Cameroon. *Patient Educ Couns*. 2012;87(3):343-50. doi: 10.1016/j.pec.2011.11.007.
5. Hill-Briggs F, Lazo M, Peyrot M, Doswell A, Chang YT, Hill MN, et al. Effect of problem-solving-based diabetes self-management training on diabetes control in low income patient sample. *J Gen Intern Med*. 2011;26(9):972-8. doi: 10.1007/s11606-011-1689-6.
6. Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Rojas-García A, Pastor G, Rodríguez-Barranco M, Gonçalves DC. Characteristics and effectiveness of diabetes self-management educational programs targeted to racial/ethnic minority groups: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMC Endocr Disord*. 2014;14:60. doi: 10.1186/1472-6823-14-60.
7. Ghorob A, Bodenheimer T. Share the care: building teams in primary care practices. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(2):143-5. doi: 10.3122/jabfm.2012.02.120007.
8. Whittlemore R, Chao A, Jang M, Minges KE, Park C. Methods for knowledge synthesis: an overview. *Heart Lung*. 2014;43(5):453-61. doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.05.014.
9. Pompeo DA, Rossi LA. A administração de anestésicos voláteis como fator relacionado às náuseas e vômitos no período pós-operatório. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008;29(1):121-8.

10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005; p. 3-24.
11. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996;17(1):1-12.
12. Scain SF, Friedman R, Gross JL. A structured educational program improves metabolic control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2009;35(4):603-11. doi: 10.1177/0145721709336299.
13. Chen EH, Thom DH, Hessler DM, Phengrasamy L, Hammer H, Saba G, et al. Using the teamlet model to improve chronic care in an academic primary care practice. *J Gen Intern Med*. 2010;25(Supl 4):S610-4.
14. Wing RR, Bahnson JL, Bray GA, Clark JM, Coday M, Egan C, et al. Long term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes: four year results of the look AHEAD Trial. *Arch Intern Med*. 2010;170(17):1566-75. doi: 10.1001/archinternmed.2010.334.
15. Trento M1, Gamba S, Gentile L, Grassi G, Miselli V, Morone G, et al. Rethink Organization to Improve Education and Outcomes (ROMEO) a multicenter randomized trial of life-style intervention by group care to manage type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(4):745-7. doi: 10.2337/dc09-2024.
16. Gillett M, Dallosso HM, Dixon S, Brennan A, Carey ME, Campbell MJ, et al. Delivering the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DES-MOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cost effectiveness analysis. *BMJ*. 2010;341:c4093. doi: 10.1136/bmj.c4093.
17. Neto PR, Marusic S, Lyra Júnior DP, Pilger D, Cruciol-Souza JM, Gaeti WP, et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on coronary heart disease risk in elderly diabetic and hypertensive patients. *J Pharm Pharmaceut Sci*. 2011;14(2):249-63.
18. Beyazit E, Mollaoglu M. Investigation of effect on glycosylated hemoglobin, blood pressure, and body mass index of diabetes intensive education program in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Mens Health*. 2011;5(4):351-7. doi: 10.1177/1557988310394340.
19. Gagliardino JJ, Arrechea V, Assad D, Gagliardino GG, González L, Lucero S, et al. Type 2 diabetes patients educated by other patients perform at least as well as patients trained by professionals. *Diabetes Metab Res Rev*. 2013;29(2):152-60. doi: 10.1002/dmrr.2368.
20. Gagliardino JJ, Lapertosa S, Pfirter G, Villagra M, Caporale JE, Gonzalez CD, et al. Clinical, metabolic and psychological outcomes and treatment costs of a prospective randomized trial based on different educational strategies to improve diabetes care (PRODIACOR). *Diabet Med*. 2013;30(9):1102-11. doi: 10.1111/dme.12230.
21. Dejesus RS, Chaudhry R, Leutink DJ, Hinton MA, Cha SS, Stroebel RJ. Effects of efforts to intensify management on blood pressure control among patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension: a pilot study. *Vasc Health Risk Manag*. 2009;5:705-11.
22. Vadstrup ES, Frolich A, Perrild H, Borg E, Roder M. Effect of a group-based rehabilitation programme on glycemic control and cardiovascular risk factors in type 2 diabetes patients: the Copenhagen type 2 diabetes rehabilitation project. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):185-90. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.031.
23. Chagas IA, Camilo J, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Teixeira CRS, et al. Patients' knowledge of diabetes five years after the end of an educational program. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1141-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000500018>.
24. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(Supl 1):1029-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.
25. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de vigilância em saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde Debate*. 2015;36(104):255-67. DOI: 10.1590/0103-110420151040385.
26. Torres HC, Amaral MA, Amorim MM, Cyrino AP, Bodstein R. Training of professionals, acting in primary health care, in Diabetes Mellitus education. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(6):751-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600006>.
27. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Effectiveness of education in health in the nonmedication treatment of arterial hypertension. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(2):179-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200012>.
28. Faria HT, Veras VS, Xavier AT, Teixeira CR, Zanetti ML, Santos MA. Quality of life in patients with diabetes mellitus before and after their participation in an educational program. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):348-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200011>.
29. Márquez-Hernández VV, Granados Gámez G, Roales-Nieto JG. Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Atención Primaria*. 2015;47(2):83-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.009>.

Danielli Teixeira Lima Favaro é médica, endocrinologista, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - mestrado da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: daniellifavaro@hotmail.com

Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos é enfermeira, doutora, professora adjunta do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional da Faculdade

de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: mlsperli@gmail.com

Natália Sperli Geraldine Marin dos Santos Sasaki é enfermeira, doutora, professora e coordenadora do curso de graduação em enfermagem da União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO). E-mail: nsperli@gmail.com

Lúcia Helena Rack dos Santos é fisioterapeuta, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - mestrado da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: luciarack@gmail.com

Silvia Helena Figueiredo Vendramini é enfermeira, doutora, professora adjunta do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: silviahve@gmail.com

Daniele Alcalá Pompeo é enfermeira, doutora, professora adjunta do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: daniele.pompeo@famerp.br