

## Efeito de intervenções educativas na autoeficácia de idosos da zona rural com doenças crônicas

*Effect of educational interventions on self-efficacy of rural older people with chronic diseases*

*Efecto de intervenciones educativas en la autoeficacia de personas mayores del medio rural con enfermedades crónicas*

**Huana Carolina Cândido  
Morais<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6435-1457

**Leyliane Brito Nascimento<sup>2</sup>**

ORCID: 0000-0002-8992-8651

**Sara do Nascimento  
Cavalcante<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3565-2151

**Liene Ribeiro de Lima<sup>3</sup>**

ORCID: 0000-0002-6729-4061

**Samia Jardelle Costa de  
Freitas Maniva<sup>4</sup>**

ORCID: 0000-0002-3350-3195

**Regina Kelly Guimarães  
Gomes Campos<sup>4</sup>**

ORCID: 0000-0002-2863-1002

**Igor Cordeiro Mendes<sup>5</sup>**

ORCID: 0000-0002-9414-8924

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a autoeficácia de idosos da zona rural com doenças crônicas antes e após intervenções educativas (interativa ou expositiva). **Métodos:** Estudo quase-experimental do tipo antes e depois, realizado em setembro de 2016. Aplicaram-se intervenções educativas (interativa ou expositiva) com idosos acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde da zona rural de Senador Pompeu, Ceará. Sorteou-se qual unidade recebeu cada intervenção. Utilizou-se a escala Diabetes Empowerment Scale-Short Form para verificar o efeito das intervenções. Os dados foram analisados por estatística descritiva e testes de diferença. **Resultados:** Compuseram os grupos 10 (intervenção interativa) e 15 (intervenção expositiva) idosos, com média de idade entre 66,6 e 68,2 anos. Predominaram mulheres, com nível primário e baixo rendimento mensal. A maioria tinha hipertensão arterial (92%) e 24% apresentavam outra doença crônica simultânea. Os escores de autoeficácia nos dois grupos aumentaram depois das intervenções aplicadas (intervenção interativa 0,9 pontos e intervenção expositiva 0,6 pontos), com diferença estatística significativa ( $p=0,008$  e  $p=0,001$ ). Dos itens avaliados, Necessidade de mudança do comportamento e Cuidar de si obtiveram menor e maior aumento das médias entre as avaliações (0,1 e 1,5, respectivamente). **Conclusão:** As intervenções educativas (interativa ou expositiva) aplicadas aumentaram a autoeficácia de idosos com doenças crônicas.

**Descritores:** Autoeficácia; Educação em Saúde; Idoso; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica.

<sup>1</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, Ceará, Brasil.

<sup>2</sup>Instituto Centro de Ensino Tecnológico. Senador Pompeu, Ceará, Brasil.

<sup>3</sup>Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá, Ceará, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Federal do Maranhão. Pinheiro, Maranhão, Brasil.

Autor correspondente:  
Huana Carolina Cândido Morais  
E-mail:  
[huana.carolina@unilab.edu.br](mailto:huana.carolina@unilab.edu.br)

### O que se sabe?

Autoeficácia elevada favorece a adesão ao tratamento, podendo prevenir o descontrole de doenças crônicas. Promover intervenções que aumentem a autoeficácia deve ser prioridade do enfermeiro da atenção primária à saúde.

### O que o estudo adiciona?

Intervenções educativas interativas ou expositivas aumentaram a autoeficácia de idosos da zona rural com doenças crônicas, destacando-se a abordagem interativa. Características do contexto rural não se associaram com a autoeficácia.



Como citar este artigo: Morais HCC, Nascimento LB, Cavalcante SN, Lima LR, Maniva SJCF, Campos RKGG, Mendes IC. Efeito de intervenções educativas na autoeficácia de idosos da zona rural com doenças crônicas. Rev. enferm. UFPI. [internet] 2023 [citado em: dia mês abreviado ano];12:e3974. DOI: 10.26694/reufpi.v12i1.3974

### Abstract

**Objective:** To evaluate the self-efficacy of rural older people with chronic diseases before and after educational interventions (interactive or expository). **Methods:** A quasi-experimental before and after study conducted in September 2016. Educational interventions (interactive or expository) were applied with older people accompanied in two Basic Health Units in the rural area of Senador Pompeu, Ceará. The assignment of intervention to each of the units was defined by lot. The Diabetes Empowerment Scale-Short Form scale was used to verify the effect of interventions. Data were analyzed by descriptive statistics and difference tests. **Results:** Groups 10 (interactive intervention) and 15 (expository intervention) were composed, with a mean age between 66.6 and 68.2 years. Women with primary level and low monthly income predominated. The majority had hypertension (92%) and 24% had another simultaneous chronic disease. Self-efficacy scores in both groups increased after the applied interventions (interactive intervention 0.9 points and expository intervention 0.6 points, respectively), with a statistically significant difference ( $p=0.008$  and  $p=0.001$ ). Of the items evaluated, Need for behavior change and Taking care of oneself obtained a lower and higher increase in the means between the evaluations (0.1 and 1.5, respectively). **Conclusion:** The educational interventions (interactive or expository) applied increased the self-efficacy of older people with chronic diseases.

**Descriptors:** Self efficacy; Health Education; Aged; Primary health care; Chronic disease.

### Resumen

**Objetivo:** Evaluar la autoeficacia de personas mayores con enfermedades crónicas del medio rural antes y después de intervenciones educativas (interactivas o expositivas). **Métodos:** Estudio cuasi-experimental de antes y después, realizado en septiembre de 2016. Se aplicaron intervenciones educativas (interactivas o expositivas) a personas mayores acompañados en dos Unidades Básicas de Salud del área rural de Senador Pompeu, Ceará. Se sorteó qué unidad recibiría cada intervención. Se utilizó la Diabetes Empowerment Scale-Short Form para verificar el efecto de las intervenciones. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva y pruebas de diferencia. **Resultados:** Los grupos 10 (intervención interactiva) y 15 (intervención expositiva) estaban formados por personas mayores, con una edad media entre 66,6 y 68,2 años. Predominaron las mujeres, con educación primaria y bajos ingresos mensuales. La mayoría tenía hipertensión arterial (92%) y el 24% tenía otra enfermedad crónica simultánea. Las puntuaciones de autoeficacia en ambos grupos aumentaron después de las intervenciones aplicadas (intervención interactiva 0,9 puntos e intervención expositiva 0,6 puntos), con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,008$  y  $p=0,001$ ). De los ítems evaluados, Necesidad de cambio de comportamiento y Cuidarse a sí mismo tuvieron el menor y mayor aumento de medias entre las evaluaciones (0,1 y 1,5, respectivamente). **Conclusión:** Las intervenciones educativas (interactivas o expositivas) aplicadas incrementaron la autoeficacia de las personas mayores con enfermedades crónicas.

**Descriptoros:** Autoeficacia; Educación en salud; Anciano; Atención primaria de salud; Enfermedad crónica.

## INTRODUÇÃO

Autoeficácia refere-se à capacidade para enfrentar adversidades e, no contexto da saúde, constitui indicador da qualidade do autogerenciamento da doença.<sup>(1)</sup> Promover intervenções que aumentem a autoeficácia de pessoas com doenças crônicas favorece o envolvimento em comportamentos de promoção da saúde e adesão ao tratamento<sup>(2)</sup> e devem ser uma prioridade para os profissionais de saúde. Como membro da equipe multiprofissional que acompanha idosos com doenças crônicas, o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde possui os recursos necessários para intervir nessa situação<sup>(1)</sup> e aplicar intervenções de promoção da saúde.

Maiores escores de autoeficácia estão associados com melhorias na saúde em geral, na qualidade de vida, na saúde mental e autoestima, no funcionamento social e na capacidade de autocuidado com tomada de decisão assertiva,<sup>(1,3,4)</sup> prevenindo o descontrole de doenças crônicas, que acarreta custos elevados e complicações com sequelas para os indivíduos.<sup>(4)</sup> A avaliação da autoeficácia pode ser feita por escalas validadas,<sup>(5-7)</sup> sendo influenciada por diversos aspectos, dentre eles estão os sociodemográficos, econômicos e culturais.<sup>(1,2,4,6,8,9)</sup>

Pessoas com elevada autoeficácia consideram as difíceis mudanças comportamentais para seguir o tratamento das doenças crônicas como desafios que as motivam, e não como ameaças.<sup>(8)</sup> Assim, os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, devem implementar intervenções educativas cujo foco seja a superação das barreiras para o aumento da autoeficácia,<sup>(4)</sup> por meio da promoção do letramento em saúde, da formação de vínculos com o paciente e seus familiares para apoio social e da garantia de acesso aos serviços de saúde.<sup>(4,9,10)</sup>

As intervenções educativas relacionadas à autoeficácia envolvem a aprendizagem experiencial, conservação de energia e tecnologias de saúde.<sup>(3)</sup> Para este estudo foram classificadas em dois tipos: interativas e expositivas. O uso de abordagens participativas ou interativas permite que os participantes compartilhem sentimentos, percepções e reflexões sobre as informações discutidas, possibilitando uma reatribuição de significados e valores, além de desenvolver o raciocínio crítico.<sup>(11)</sup> Já as abordagens tradicionais ou expositivas envolvem o repasse de informações sobre saúde e cuidado com vistas a ampliar o conhecimento e, conseqüentemente, a autoeficácia dos participantes.<sup>(12)</sup>

Nesse contexto, estudos comprovam que intervenções em saúde aumentam a autoeficácia de pessoas com doenças crônicas.<sup>(13-15)</sup> Porém, poucos apontam a diferença do efeito de intervenções interativas ou expositivas na autoeficácia ou a aplicação dessas estratégias em contextos rurais.

Investigação sobre autoeficácia e autogerenciamento da doença em população rural identificou que esses indivíduos tendem a apresentar mais doenças crônicas e agregar variáveis sociodemográficas desfavoráveis.<sup>(2)</sup> Ademais, no nordeste brasileiro, os idosos da zona rural parecem mais resistentes à mudança de comportamento do que aqueles que residem em áreas urbanas. Como um maior nível de autoeficácia favorece a adesão terapêutica ao tratamento,<sup>(2)</sup> a proposição de intervenções educativas para esse público e a avaliação do efeito dessas estratégias na autoeficácia são importantes, mas não foram identificadas em publicações, sugerindo uma lacuna na literatura.

Assim, torna-se necessário investigar como diferentes tipos de intervenção em saúde (interativa ou expositiva) alteram a autoeficácia de idosos com doenças crônicas residentes em áreas rurais. Desse modo, o objetivo do estudo é avaliar a autoeficácia de idosos da zona rural com doenças crônicas antes e após intervenções educativas (interativa ou expositiva).

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quase-experimental, do tipo antes e depois, com análise quantitativa, realizada em setembro de 2016, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona rural do município de Senador Pompeu, Ceará, Brasil. As UBS foram selecionadas por terem um quantitativo semelhante de idosos cadastrados, serem acessíveis geograficamente para a pesquisadora e permitirem a realização do estudo. Para direcionar a apresentação das informações, consideraram-se as diretrizes para estudos observacionais (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* - STROBE).<sup>(16)</sup>

A população consistiu em idosos com doenças crônicas cadastrados nas referidas unidades, os quais correspondiam a, aproximadamente, 100 idosos em cada unidade. Como critérios elencados para inclusão na pesquisa, o participante deveria ter idade igual ou superior a 60 anos e possuir diagnóstico médico de algum tipo de patologia crônica. Excluíram-se as pessoas que não conseguiam entender as informações transmitidas por *deficit* auditivo ou que tinham dificuldade na fala que impedisse a comunicação verbal adequada com a pesquisadora.

A amostra foi selecionada por conveniência de acordo com os idosos que frequentaram as UBS nos dias destinados à coleta de dados, os quais coincidiam com os dias de atendimento dos profissionais de saúde para o público de pessoas com doenças crônicas, a fim de favorecer a identificação desses indivíduos. Destaca-se que mesmo que o idoso tivesse comparecido à UBS para outra finalidade ele seria convidado para o estudo se atendesse aos critérios de elegibilidade. Optou-se por não realizar cálculo para definir o tamanho da amostra a fim de atingir o maior número possível de indivíduos no tempo destinado para a coleta dos dados. Ressalta-se que a identificação e o recrutamento dos participantes foram possíveis com a ajuda dos agentes comunitários de saúde e dos enfermeiros. Os idosos acompanhados em cada uma das UBS receberam diferentes estratégias educativas. Assim, as unidades foram identificadas como Grupo Intervenção Interativa (GII) e Grupo Intervenção Expositiva (GIE). A seleção da unidade que recebeu cada uma das abordagens foi definida de forma aleatória, por sorteio.

Não foi estabelecido um número mínimo de pessoas para iniciar as estratégias educativas, os grupos não foram pareados e não foram aplicados critérios de descontinuidade. Forneceram-se esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no primeiro dia de comparecimento do participante, após as autorizações éticas e legais necessárias. Assim, a participação foi voluntária por adesão, uma vez que todos os idosos cadastrados foram convidados para participar da pesquisa. Porém, somente 10% e 15% do quantitativo de pessoas cadastradas em cada uma das UBS, aproximadamente, aderiram à participação neste estudo.

Para realizar a intervenção interativa, a educação em saúde ocorreu em um encontro semanal, durante quatro semanas, mediante a formação de grupo focal, com duração de 60 minutos cada um. O primeiro encontro realizou-se após as consultas com profissionais de saúde (médico ou enfermeiro), para atendimento de pessoas com doenças crônicas, em espaço reservado. Os demais três encontros foram definidos com dia e horário marcados, de acordo com a disponibilidade da maioria dos participantes. Nos quatro encontros, aplicaram-se protocolos de educação em saúde voltados para a motivação, autocuidado, autogerenciamento da doença e autoconhecimento do idoso com o intuito de desenvolver raciocínio crítico e autoeficácia para o cuidado das condições crônicas. Cada um dos encontros foi conduzido por uma graduanda de Enfermagem do último semestre, com supervisão da enfermeira da atenção primária e da

professora orientadora. Os protocolos de educação em saúde aplicados e a descrição de como ocorreu a intervenção podem ser verificados em publicação anterior.<sup>(17)</sup>

Para realizar a intervenção expositiva, no primeiro encontro, os idosos foram convidados para participar de uma palestra, na qual foram abordadas práticas saudáveis em saúde (adesão medicamentosa, alimentação adequada, prática de atividades físicas e controle do estresse), voltadas para o autocuidado e autoeficácia dos participantes. Essa atividade era obrigatória para a continuidade do estudo. Após, entregou-se um *folder* com as mesmas informações já abordadas. Nas três semanas seguintes, a pesquisadora frequentou a unidade no dia da consulta desse grupo para tirar dúvidas sobre a temática, a partir de uma interação individual, porém não houve procura por parte dos idosos. A palestra inicial foi conduzida por uma graduanda em Enfermagem do último semestre, com supervisão da enfermeira da atenção primária e da professora orientadora.

No primeiro encontro de cada participante de ambos os grupos, antes das intervenções educativas, aplicaram-se, por meio de entrevista, um formulário com variáveis sociodemográficas (idade, sexo, religião, raça, estado civil, escolaridade, renda mensal individual, ocupação e contexto familiar) e clínicas (tipo de patologia crônica e tempo de diagnóstico da doença) e a escala *Diabetes Empowerment Scale-Short Form* (DES-SF).<sup>(5)</sup> Essa escala era reaplicada por meio de entrevista com fonte primária, um mês após a primeira aplicação, para ambos os grupos, independente de quantas interações ocorreram entre a pesquisadora e o participante.

Assim, avaliou-se o efeito das estratégias propostas pelas variações nos escores obtidos antes e um mês após as intervenções com aplicação da DES-SF. A escala foi traduzida e validada para o Brasil, com consistência interna aceitável (alfa de Cronbach= 0,634), sendo composta de oito itens, empregados para avaliar a autoeficácia de pessoas com Diabetes Mellitus, a saber: necessidade de mudança de comportamento; desenvolvimento de um plano de cuidados; superação de barreiras; cuidar de si; gerenciamento das emoções; solicitação de apoio; motivações pessoais; e tomada de decisões adequadas sobre o cuidado.<sup>(5)</sup> A literatura internacional aponta que a escala também foi validada para idosos portugueses (alfa de Cronbach= 0,803)<sup>(6)</sup> e turcos (alfa de Cronbach= 0,883)<sup>(7)</sup> com outras doenças crônicas, não se limitando ao Diabetes Mellitus. Tendo em vista que na versão turca se mantiveram os oito itens validados para o Brasil, optou-se por empregar a DES-SF com os participantes deste estudo.

Cada item/enunciado da DES-SF é respondido mediante uma escala do tipo Likert de cinco pontos, partindo de “discordo totalmente” (um ponto) até “concordo totalmente” (cinco pontos). Os valores numéricos para o conjunto de respostas são somados e divididos por oito, gerando uma média para avaliar a autoeficácia.<sup>(5,7)</sup>

Após a coleta, os dados foram processados no SPSS 20.0, organizados em tabelas e analisados pelas frequências absolutas, relativas, médias e desvios-padrão. Utilizou-se o teste U de Mann-Whitney (variáveis com até duas categorias) e Kruskal Wallis (variáveis com mais de duas categorias) para comparação do escore total de autoeficácia antes das intervenções educativas com as variáveis sociodemográficas, bem como o teste de Wilcoxon para comparar os escores totais e de cada domínio da DES-SF, antes e um mês após as intervenções, para cada grupo de forma independente. Consideraram-se significativos os achados com p-valor inferior a 0,05. Pela heterogeneidade dos participantes e ausência de pareamento, não se realizou análise estatística inferencial intergrupos. Todos os princípios éticos de pesquisa com seres humanos foram respeitados e o projeto foi submetido (CAAE: 58561916.3.0000.5040) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Parecer nº 1.698.155) da instituição de filiação dos pesquisadores.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 10 pessoas no GII e 15 idosos no GIE. Para o GII, predominaram mulheres (60%), com média de idade de 66,6 (DP ±5,35) anos, aposentadas (90%), com renda mensal individual de 930,00 (DP ±315,1) reais, pardas (80%), com nível primário (50%), divorciadas (40%), que professavam alguma religião (100%) e com composição familiar diversa. Para o GIE, a idade média foi de 68,2 (DP ±5,68) anos, com predomínio de mulheres (53,3%), aposentadas (100%), com renda mensal individual de 1083,66 (DP ±449,3) reais, pardas (66,7%), católicas (86,7%), com nível primário (60%), casadas e que moravam com companheiro (66,7%). Considerando os dois grupos, ou seja, todos os participantes da pesquisa, não se identificaram associações estatisticamente significativas entre a autoeficácia antes das intervenções educativas e as variáveis sociodemográficas, conforme dados apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição dos participantes dos grupos intervenção interativa (n=10), intervenção expositiva (n=15), do total (n=25) de participantes, e avaliação da Autoeficácia (Escore total DES-SF) antes das intervenções educativas para o total de participantes, segundo variáveis sociodemográficas. Senador Pompeu, Ceará, Brasil, 2016.

Variáveis sociodemográficas	Grupo Intervenção Interativa	Grupo Intervenção Expositiva	Total	Escore total DES-SF	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	média (DP)	
<b>Sexo</b>					0,783 <sup>1</sup>
Masculino	4 (40,0)	7 (46,6)	11 (44,0)	3,67 (0,6)	
Feminino	6 (60,0)	8 (53,3)	14 (56,0)	3,69 (0,6)	
<b>Cor da pele</b>					0,321 <sup>2</sup>
Branca	1 (10,0)	2 (13,3)	3 (12,0)	3,91 (0,2)	
Parda	8 (80,0)	10 (66,7)	18 (72,0)	3,75 (0,6)	
Negra	1 (10,0)	3 (20,0)	4 (16,0)	3,21 (0,7)	
<b>Religião</b>					0,315 <sup>1</sup>
Católica	5 (50,0)	13 (86,7)	18 (72,0)	3,73 (0,7)	
Evangélica	5 (50,0)	2 (13,3)	7 (28,0)	3,55 (0,4)	
<b>Escolaridade</b>					0,632 <sup>2</sup>
Analfabeto	4 (40,0)	6 (40,0)	10 (40,0)	3,57 (0,4)	
Nível Primário	5 (50,0)	9 (60,0)	14 (56,0)	3,75 (0,7)	
Nível Médio	1 (10,0)	-	1 (4,0)	3,87	
<b>Estado civil</b>					0,697 <sup>2</sup>
Casado (a)/ União estável	3 (30,0)	10 (66,7)	13 (52,0)	3,71 (0,6)	
Solteiro (a)	2 (20,0)	-	2 (8,0)	3,75 (0,1)	
Divorciado (a)	4 (40,0)	2 (13,3)	6 (24,0)	3,45 (0,7)	
Viúvo (a)	1 (10,0)	3 (20,0)	4 (16,0)	3,90 (0,6)	
<b>Ocupação</b>					0,676 <sup>1</sup>
Aposentado (a)	9 (90,0)	15 (100,0)	24 (96,0)	3,68 (0,6)	
Outras	1 (10,0)	-	1 (4,0)	3,62	
<b>Com quem mora</b>					0,138 <sup>2</sup>
Sozinho (a)	3 (30,0)	1 (6,7)	4 (16,0)	3,71 (0,5)	
Companheiro (a)	3 (30,0)	10 (66,7)	13 (52,0)	3,71 (0,6)	
Filhos	1 (10,0)	2 (13,3)	3 (12,0)	2,95 (0,6)	
Parentes	3 (30,0)	2 (13,3)	5 (20,0)	4,0 (0,3)	
Próximos					

DP: Desvio-padrão. <sup>1</sup>Teste U de Mann-Whitney. <sup>2</sup>Teste de Kruskal Wallis.

**Fonte:** autores (2023).

Sobre as doenças crônicas que acometiam os participantes, a Hipertensão Arterial foi a que obteve maior predomínio (100% no GII e 86,7% no GIE), seguida pelo Diabetes Mellitus (13,3% no GIE), enquanto que ao se verificar doenças crônicas concomitantes no mesmo indivíduo, no GII dois idosos e no GIE três participantes tinham simultaneamente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. E somente um idoso do GIE era acometido por Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral. No tocante ao tempo de evolução da doença, considerando o diagnóstico mais antigo para doenças crônicas simultâneas, o grupo intervenção interativa apresentou maior tempo de diagnóstico [13,7 (DP ±9,9) anos] do que o grupo intervenção expositiva [7,8 (DP ±5,4) anos].

A pontuação obtida em cada item da escala DES-SF e o escore total, com os respectivos valores de diferença estatística, para os momentos antes e depois das intervenções de ambos os grupos, são apresentados na Tabela 2. Houve aumento nos escores totais obtidos após as intervenções, com diferença estatisticamente significativa para os dois grupos (GII p=0,008; GIE p=0,001). Dos itens avaliados, Necessidade de mudança do comportamento e Cuidar de si obtiveram menor e maior aumento das médias entre as avaliações (0,1 e 1,5, respectivamente). Cinco itens para o grupo intervenção interativa e três itens

para o grupo intervenção expositiva apresentaram diferença estatisticamente significativa, conforme dados expostos na Tabela 2.

**Tabela 2.** Comparação das médias dos itens e do escore total da escala de autoeficácia antes e depois das estratégias educativas nos grupos intervenção interativa (n=10) e intervenção expositiva (n=15). Senador Pompeu, Ceará, Brasil, 2016.

ITENS	Grupo			Grupo		
	Intervenção Interativa			Intervenção Expositiva		
	n= 10			n=15		
	Antes	Depois	p-valor*	Antes	Depois	p-valor *
1. Necessidade de mudança de comportamento	4,9	5,0	0,317	4,4	4,6	0,317
2. Desenvolvimento de um plano de cuidados	3,9	4,5	0,083	3,7	4,4	0,026**
3. Superação de barreiras	3,3	4,2	0,014**	3,7	4,3	0,041**
4. Cuidar de si	3,0	4,5	0,007**	3,0	4,0	0,011**
5. Gerenciamento das emoções	3,4	4,7	0,027**	2,8	3,4	0,058
6. Solicitação de apoio	3,5	3,7	0,157	3,8	4,2	0,096
7. Motivações pessoais	3,4	4,6	0,039**	3,7	4,2	0,109
8. Tomada de decisões adequadas sobre o cuidado da doença crônica	4,5	4,8	0,038**	4,1	4,4	0,102
<b>MÉDIA GERAL DE AUTOEFICÁCIA</b>	<b>3,6</b>	<b>4,5</b>	<b>0,008**</b>	<b>3,6</b>	<b>4,2</b>	<b>0,001**</b>

\*Teste de Wilcoxon. \*\*p<0,05.

Fonte: autores (2023).

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo corroboram a literatura ao identificar que as intervenções educativas (interativa ou expositiva) em saúde aplicadas aumentam a autoeficácia de idosos,<sup>(18)</sup> especialmente naqueles com doenças crônicas.<sup>(13-15)</sup> Nesta pesquisa, os dois tipos de intervenções educativas aplicadas, interativa ou expositiva, aumentaram a autoeficácia dos participantes, quando comparados os escores totais antes e depois das intervenções.

Diante do envelhecimento populacional, da alta prevalência das doenças crônicas e dos altos custos associados ao seu tratamento para indivíduos, famílias e sistemas de saúde,<sup>(4,19)</sup> melhorar a educação em saúde, com o intuito de aumentar a autoeficácia, pode favorecer a adesão ao tratamento e diminuir os gastos envolvidos. Ressalta-se que pessoas com maior autoeficácia para a saúde assumem papel mais ativo em seus cuidados e são capazes de autogerenciar sua doença.<sup>(1,4)</sup>

Quanto aos tipos de intervenção aplicados, constataram-se melhores resultados para o grupo com intervenção interativa, tendo em vista o aumento nos escores totais da escala de avaliação (diferença de 0,9 ponto) e por cinco itens apresentarem diferença estatística na comparação antes e após a intervenção. Estudo controlado não randomizado realizado com idosos coreanos com Diabetes tipo 2<sup>(20)</sup> empregou uma abordagem interativa centrada na pessoa associada com exercícios físicos e identificou resultados mais positivos na autoeficácia desses indivíduos quando comparados a outro grupo submetido à educação tradicional expositiva. A referida abordagem de educação inclusiva propõe a interação de pequenos grupos (10 a 11 pessoas) a fim de favorecer que idosos entendam seu corpo, sua mente e sua motivação intrínseca, assim fortalecem o conhecimento e a competência para autogestão de condições clínicas crônicas.<sup>(20)</sup>

Outro estudo realizado com idosos residentes em instituições de longa permanência na Turquia mostrou eficácia na prevenção/retardo da fragilidade e no aumento da autoeficácia. A intervenção propôs exercícios físicos associados com 10 sessões de 30 minutos de capacitação sobre diversos tópicos para o

empoderamento em saúde, como autocuidado, resolução de problemas, tomada de decisão e automotivação.<sup>(18)</sup> Neste estudo, somente com a intervenção educacional interativa, observaram-se mudanças positivas nos itens Gerenciamento das emoções, Motivações pessoais e Tomada de decisões adequadas sobre o cuidado das doenças crônicas, permitindo inferir o benefício desse tipo de intervenção interativa na autoeficácia desses indivíduos.

Sobre as abordagens educativas tradicionais, que se fundamentam exclusivamente na transmissão de informações, tais como as palestras expositivas ou entrega de *folder*, observa-se que não ocorre o encorajamento dos participantes (ouvintes passivos) a estarem no centro do processo de construção do conhecimento sobre seu autocuidado. Apesar disso, esse tipo de estratégia educativa é bastante empregado pelos profissionais da atenção primária à saúde.<sup>(21)</sup>

Intervenções educativas, em que um grupo recebeu orientações verbais de enfermagem e o outro grupo teve a estratégia mediada por cartilha educativa, mostraram-se igualmente eficazes para promover melhora na qualidade do sono de idosos.<sup>(22)</sup> Nesta pesquisa, o desenvolvimento de um plano de cuidados modificou-se na avaliação pós-intervenção somente no grupo submetido a esse tipo de intervenção, o que pode indicar um aumento no nível de conhecimento sobre o acometimento crônico e a adesão ao tratamento, mas não necessariamente corresponder à maior autoeficácia e mudança de comportamento.<sup>(12)</sup>

Além do tipo de intervenção educativa aplicada, outras características sociodemográficas, econômicas e culturais podem influenciar a autoeficácia de idosos com doenças crônicas. E apesar de neste estudo não terem sido identificadas associações estatisticamente significantes entre essas variáveis, essas informações são relevantes para direcionar as ações de promoção da saúde para esses idosos residentes nas zonas rurais. Destaca-se que esse público específico agrega com mais frequência os fatores de risco de baixa escolaridade e menor rendimento mensal.<sup>(2)</sup>

A autoeficácia é favorecida por níveis de escolaridade mais altos, pois amplia a compreensão sobre a importância do tratamento e sua qualidade de execução,<sup>(1)</sup> enquanto menor rendimento mensal com moradia em áreas empobrecidas pode acarretar aos indivíduos estresse e menos oportunidades para adotarem ações favoráveis ao tratamento das condições crônicas, como consumo de alimentos saudáveis ou existência de áreas seguras para se exercitarem.<sup>(4)</sup> Estratégias centradas nas necessidades individuais dos pacientes<sup>(20)</sup> e as mídias sociais usadas como plataformas para compartilhar informações<sup>(4)</sup> podem ser alternativas para implementar intervenções educativas que ampliem a autoeficácia desses indivíduos mais vulneráveis.

Ademais, culturalmente, homens idosos nordestinos têm maior resistência para a mudança de comportamento em saúde e recorrem tardiamente aos cuidados preventivos, buscando assistência somente nas situações de agudização das doenças crônicas.<sup>(8)</sup> O enfermeiro da atenção primária à saúde precisa compreender esse contexto sociocultural e adotar medidas de autocuidado apoiado. Como estratégia para intervenção mais efetiva para o público masculino, recomendam-se abordagens em grupo, as quais apresentaram maior ajustamento psicológico e autocuidado para homens, quando comparadas àquelas de intervenção individual.<sup>(8)</sup>

Acerca dos itens que compõem a escala de autoeficácia empregada, a identificação de pontuações menores em qualquer um deles pode indicar a necessidade de uma intervenção específica, que refletirá na melhoria da pontuação total e em comportamentos de saúde mais favoráveis.<sup>(19)</sup> A partir dos escores obtidos em cada item, é evidente que, nos dois grupos analisados, os idosos reconhecem a necessidade de mudança de comportamento para o controle da saúde. No entanto, apresentam dificuldades nos itens Cuidar de si, Gerenciar as emoções e Superar barreiras. Além disso, os dois tipos de intervenção propostos não conseguiram modificar significativamente o item Solicitação de apoio pelo participante.

Reconhecer a necessidade de mudança de comportamento e em quais aspectos ela é necessária favorece o estabelecimento de planos de ação a serem desenvolvidos. O enfermeiro deve focar sua avaliação nas habilidades específicas do idoso com doença crônica para desenvolver metas que possam ser cumpridas com sucesso para controlar a doença.<sup>(13)</sup>

Resultados de uma revisão integrativa da literatura<sup>(4)</sup> indicaram três barreiras para a autoeficácia de pessoas com doenças crônicas, foram elas: ausência de alfabetização ou letramento em saúde, falta de acesso e de apoio social. Sobre o letramento em saúde, investigação realizada em pessoas com hipertensão arterial concluiu que uma melhor compreensão numérica e global do letramento em saúde esteve associada à maior adesão ao tratamento medicamentoso da doença,<sup>(10)</sup> indicando relação desses fenômenos com a autoeficácia para o autogerenciamento do tratamento e foco importante para intervenções de saúde.

O apoio social formal é fornecido pelo enfermeiro, que deve pautar suas ações na escuta qualificada, formação de vínculos com o paciente e seus familiares e na garantia de acesso aos serviços de saúde.<sup>(9)</sup> Resultados de estudo qualitativo, realizado com adultos com Diabetes tipo 1, indicam que pessoas sem forte apoio social, quando não atingiam o controle glicêmico, desenvolveram relações combativas com os profissionais e se desligaram dos cuidados de saúde,<sup>(23)</sup> prejudicando o cuidar de si, o gerenciamento das emoções e a superação das barreiras. Ademais, fazem-se necessários outros estudos que verifiquem a relação entre autoeficácia, adesão ao tratamento e apoio social em pessoas com doenças crônicas, propondo estratégias mais direcionadas para esse cuidado apoiado do enfermeiro.

Para transpor essas barreiras, preencher lacuna no alcance dos pacientes e favorecer a autogestão da doença, o acesso à internet, cada vez maior entre idosos, mostra-se como estratégia potencial.<sup>(4)</sup> Assim como o suporte telefônico centrado na pessoa,<sup>(13)</sup> especialmente para populações rurais com menos contato com locais de atendimento especializado; e programas de autogestão, pois o empoderamento do paciente se desenvolve de acordo com o aumento da autoeficácia e do autogerenciamento de sua doença.<sup>(3)</sup>

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, no desenvolvimento de intervenções efetivas para aumentar a autoeficácia dos idosos da zona rural com doenças crônicas. Neste estudo, os dois tipos de intervenções propostas (interativa ou expositiva, respectivamente) produziram resultados positivos nos itens superação de barreiras e cuidar de si, enquanto gerenciamento das emoções teve maior aumento de média entre as avaliações para os dois grupos, e solicitação de apoio apresentou um menor aumento de média nos dois grupos, indicando a necessidade de intervenções que aumentem o vínculo entre profissionais e participantes em curto, médio e longo prazo, com estímulo para a longitudinalidade do cuidado.

As limitações desta pesquisa relacionam-se com o pequeno tamanho e heterogeneidade amostral, resultante do tempo disponível para a coleta dos dados; viés de seleção e tipo de amostragem, pois participaram idosos voluntários que podem não compor uma amostra geográfica representativa; pelo uso de intervenções sem métricas; e pelo autorrelato acerca da autoeficácia, apesar do uso de formulário validado para investigar o fenômeno.

As contribuições deste estudo para a prática de enfermagem estão na sugestão de que estratégias educativas (interativa ou expositiva) podem ampliar a autoeficácia de idosos da zona rural com doenças crônicas. Espera-se que os dados obtidos possam fornecer subsídios teóricos e práticos a profissionais e gestores da saúde sobre a importância de ações educativas direcionadas à autoeficácia e autogestão do tratamento, principalmente na população idosa acometida por essas patologias.

## CONCLUSÃO

As intervenções educativas em saúde (interativa ou expositiva) aplicadas aumentaram a autoeficácia dos idosos da zona rural com doenças crônicas participantes do estudo, uma vez que os escores totais médios avaliados antes e depois das intervenções para os dois grupos aumentaram e apresentaram diferença estatisticamente significativa. Ressalta-se que a intervenção interativa modificou mais itens (cinco) que compõem a autoeficácia, quando comparados com a intervenção expositiva (três).

Para estudos futuros, sugere-se a aplicação das intervenções com amostras maiores, por período de acompanhamento mais prolongado, para verificar o efeito das intervenções educativas em longo prazo. Além do emprego de outras estratégias educativas que proponham o autogerenciamento individualizado das doenças crônicas e um acompanhamento multiprofissional, com mensuração de desfechos clínicos indicando o aumento da autoeficácia, mensurado a partir da mudança de comportamento.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Morais HCC, Nascimento LB. Coleta dos dados: Morais HCC, Nascimento LB. Análise e interpretação dos dados: Morais HCC, Nascimento LB, Mendes IC. Redação do artigo ou revisão crítica: Morais HCC, Nascimento LB, Cavalcante SN, Lima LR, Maniva SJCF, Campos RKG. Aprovação final da versão a ser publicada: Morais HCC, Nascimento LB, Cavalcante SN, Lima LR, Maniva SJCF, Campos RKG, Mendes IC.

## REFERÊNCIAS

1. Nass EMA, Marcon SS, Teston EF, Haddad MCFL, Reis P, Lino IGT. psychosocial self-efficacy in young people with diabetes mellitus and its influence on self-care. *Rev Rene* [Internet]. 2019; 20:e41412. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041412>

2. Roncoroni J, Tucker CM, Wall W, Wippold G, Ratchford J. Associations of health self-efficacy with engagement in health-promoting behaviors and treatment adherence in rural patients. *Fam Community Health*. [Internet]. 2019; 42(2):109-16. doi: <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000219>
3. Nursyafitri E, Wantiyah W, Sutawardana JH. Self empowerment in patient with chronic disease: a literature review. *NurseLine Journal*. [Internet]. 2021; 6(2):145-53. doi: <https://doi.org/10.19184/nlj.v6i2.25992>
4. Farley H. Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: a literature review. *Nurs Open* [Internet]. 2020; 7(1):30-41. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.382>
5. Chaves FF, Reis IA, Pagano AS, Torres HC. Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Diabetes Empowerment Scale – Short Form. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2017; 51:16. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006336>
6. Luz EL, Bastos FS, Vieira MM. Development and validation of the Individual Empowerment Scale in the context of chronic disease. *Rev. Enf. Ref*. [Internet]. 2020; 5(3):e20025. doi: <https://doi.org/10.12707/RV20025>
7. Jahanpeyma P, Karaman E, Yildirim Y, Sahin S, Aykar FS. Adaptation of Diabetic Empowerment Scale-Short Form to older individuals and to turkish language: validity and reliability study. *Eurasian J Med*. [Internet]. 2020; 52(2):120-5. doi: <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2020.19155>
8. Arruda GO, Marcon SS, Aveiro HEP, Haddad MCFL, Kalinke LP, Fonseca GS, et al. Effects of self-care supported by nurses in men with type 2 diabetes mellitus. *Rev. baiana enferm*. [Internet]. 2022; 36:e43380. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.43380>
9. Oliveira RES, Batista ALF, Camargos BSR, Oliveira ELF, Campos ICO, Monteiro IF et al. A influência do autocuidado e das fontes de apoio social no manejo do diabetes mellitus tipo 1. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. [Internet]. 2022; 15(11):1-7. doi: <https://doi.org/10.25248/REAS.e11043.2022>
10. Silva IC, Nogueira MRN, Cavalcante TF, Felipe GF, Morais HCC, Moreira RP et al. Health literacy and adherence to the pharmacological treatment by people with arterial hypertension. *Rev. bras. enferm*. [Internet]. 2022; 75(6):e20220008. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0008>
11. Souza C, Ferreira P, Santana C, Guimarães A, Bistene A, Teixeira ML et al. “Plataforma de saberes”: um relato de caso para repensar a produção de conhecimento, empoderamento comunitário e vulnerabilidade estrutural em iniciativas de promoção de saúde e educação. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* [Internet]. 2021; 20:26-33. doi: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.370>
12. Devan H, Hale L, Hempel D, Saipé B, Perry MA. What works and does not work in a self-management intervention for people with chronic pain? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Phys Ther* [Internet]. 2018; 98(5):381-97. doi: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy029>
13. Fors A, Blanck E, Ali L, Ekberg-Jansson A, Fu M, Kjellberg IL, et al. Effects of a person-centred telephone-support in patients with chronic obstructive pulmonary disease and/or chronic heart failure – A randomized controlled trial. *PLoS ONE*. [Internet]. 2018; 13(8):e0203031. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203031>
14. Almeida M, Sousa MRMGC, Loureiro HMAM. Effectiveness of an empowerment-based educational program in self-efficacy perception in patients with diabetes. *Rev. Enf. Ref*. [Internet]. 2019; IV(22):33-45. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV19037>

15. Ribeiro RJ, Seidl EMF. Resiliência, enfrentamento e autoeficácia: intervenção em grupo com pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Contextos Clín.* [Internet]. 2021; 14(1):145-69. doi: <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.141.07>
16. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The strengthening of reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2008; 61(8):344-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
17. Morais HCC, Nascimento LB, Mendes IC, Lima LR, Cavalcante SN. Empoderamento de idosos portadores de doenças crônicas na atenção primária: uma estratégia educativa. *Rev. Bras. Promoç. Saúde.* [Internet]. 2017; 30(Supl):524-7. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/issue/view/454> Acesso em: 18 de fevereiro de 2023.
18. Sahin S, Aykar FS, Yildirim Y, Jahanpeyma P. The impact of the Otago exercise program on frailty and empowerment in older nursing home residents: a randomized controlled trial. *Ann Geriatr Med Res.* [Internet]. 2022; 26(1):25-32. doi: <https://doi.org/10.4235/agmr.21.0095>
19. Caillouet KA, Cosio-Lima L. Association of health empowerment and handgrip strength with intention to participate on physical activity among Community-dwelling older adults. *Exp Gerontol* [Internet]. 2019; 121:99-105. doi: <https://doi.org/10.1016/j.exger.2019.04.001>
20. Park K, Song Y. Multimodal diabetes empowerment for older adults with diabetes. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022; 19(18):11299. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph191811299>
21. Maia JDS, Silva AB, Melo RHV, Rodrigues MP, Medeiros Júnior A. A educação em saúde para usuários hipertensos: percepções de profissionais da estratégia saúde da família. *Rev. Ciênc. Plur.* [Internet]. 2018; 4(1):81-97. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13634> Acesso em: 19 de fevereiro de 2023
22. Carvalho KM, Figueiredo MLF, Galindo Neto NM, Sá GGM, Silva CRDT, Mendes PN. Comparison of the effectiveness of two educational interventions on sleep quality in older adults: a randomized clinical trial. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2022; 56:e20220326. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0326en>
23. Hill K, Ward P, Gleadle J. "I kind of gave up on it after a while, became too hard, closed my eyes, didn't want to know about it" -adults with type 1 diabetes mellitus describe defeat in the contexto of low social support. *Health Expect* [Internet]. 2019; 22:254-61. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.12850>

Conflitos de interesse: Não  
Submissão: 2023/02/21  
Revisão: 2023/03/18  
Aceite: 2023/04/21  
Publicação: 2023/06/19

Editor Chefe ou Científico: José Wicto Pereira Borges  
Editor Associado: José Cláudio Garcia Lira Neto

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.