

**ELIANA MARQUES GOMES DA SILVA**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
(ESF) DO MUNICÍPIO DE MANAUS-AMAZONAS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

**São Paulo**

**2013**

**ELIANA MARQUES GOMES DA SILVA**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
(ESF) DO MUNICÍPIO DE MANAUS-AMAZONAS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof.Dr. Nildo Alves Batista.

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Alcídia de Araújo Moraes.

**São Paulo**

**2013**

Silva, Eliana Marques Gomes.

**Mestrado Profissional: Práticas Educativas na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Manaus-Amazonas./** Eliana Marques Gomes da Silva. – São Paulo, 2013.  
**(118 páginas)**

Tese (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

**Título em inglês: Educational Practices in Diabetes in the Strategy “Health of the Family-(SHF)” of the Municipality of Manaus-Amazonas**

Palavras-chave: 1.Educação em Saúde, 2.Diabetes, 3.Práticas Educativas, 4.Estratégia Saúde da Família, 5.Equipe de Saúde.

**ELIANA MARQUES GOMES DA SILVA**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
(ESF) DO MUNICÍPIO DE MANAUS-AMAZONAS**

Tese apresentada ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Carlos Humberto Alves Correa-UFAM

---

Prof. Dr. Cleinaldo Almeida Costa-UEA

---

Prof<sup>a</sup>.Dra. Lélia Cordamone Gouvea-CEDESS

São Paulo, 21 de Dezembro de 2013.

## **DEDICATÓRIA**

A Deus por iluminar meus pensamentos e fazer cumprir suas promessas em minha vida, que mesmo com os meus erros nunca deixou de me amar.

## AGRADECIMENTOS

Este estudo percorreu minha trajetória profissional, pessoal e reflexões no ensinamento do mestrado. No desafio de realizá-lo, foi necessária ajuda e colaborações afetivas e profissionais. Assim agradeço:

A minha mãe Tereza, guerreira que através de sua trajetória, sempre foi repleta de coragem e confiança e incentivadora na minha vida pessoal e profissional;

Ao meu esposo Flávio, que me incentivou e cuidou do nosso filho nos momentos que precisei estar ausente;

A minha amiga Amélia Sicsú por compartilhar seus conhecimentos e iluminar minhas ideias através das suas atitudes e ética;

Ao meu orientador Prof.Dr.Nildo Alves Batista e minha co-orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Alcídia Moraes, pelo acolhimento, compreensão de todas as dificuldades que vivenciei no decorrer do processo da dissertação. Vocês são exemplos de alegria, sabedoria e gentileza;

Aos professores e amigos de mestrados, que compartilhamos momentos de aprendizado, experiências vividas e desafios de estarmos cada mês em um estado, proporcionando crescimento pessoal e profissional;

Aos meus amigos de trabalho: Fabíola, Manuel, Anete e Selma que concordaram com o afastamento das minhas atividades de docente no período da coleta de dados;

Ao meu amigo Israel Brito, por compartilhar saberes e dificuldades que encontramos nessa trajetória;

Ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), por contribuir para o meu crescimento profissional;

À Sueli Pedroso do CEDESS, pela sua gentileza e atenção dada no decorrer do mestrado;

À Universidade do Estado do Amazonas (UEA) pela contribuição na minha formação de docente;

À Secretária Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) e aos enfermeiros sujeitos deste estudo que estiveram dispostos a participar desta pesquisa.

Aos meus amigos que contribuíram me incentivando e torcendo por mais esse desafio em minha vida.

*“Todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus.”*

*(Romanos 8:28)*

## RESUMO

A educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção em saúde, sendo essencial o trabalho interdisciplinar da equipe de saúde. As práticas educativas em diabetes é uma ferramenta que deve se concentrar em ações inovadoras, com a intenção da formação da consciência crítica sobre a saúde e não somente em trocas ou repasse de informações, que pouco contribui para melhoria da qualidade de vida da população. Esta pesquisa teve como objetivo geral: verificar se as práticas educativas em diabetes desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Manaus no distrito oeste estão baseadas nos princípios de promoção de saúde, e objetivos específicos: verificar como ocorrem as práticas educativas em diabetes; verificar como são desenvolvidas e planejadas as ações educativas em diabetes; identificar quais os conteúdos e tipos de estratégias utilizadas nessas práticas educativas; averiguar as facilidades e dificuldades de realização das práticas educativas. Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório nas abordagens qualitativa e quantitativa. Os sujeitos foram 34 enfermeiros das Unidades de Saúde da Estratégia Saúde da Família, da zona oeste. Para coleta de dados optamos por técnica de entrevistas com questionário semiestruturado. A análise permitiu-nos selecionar quatro focos temáticos e 16 subtemas: A prática educativa na unidade de saúde (planejamento das atividades, o envolvimento profissional, a capacitação profissional, o cenário das atividades, o tema abordado; atividades realizadas); Estratégias e recursos educativos (a importância da estratégia de ensino, recursos didáticos); os objetivos da prática educativa (conhecimento da doença, prevenção das complicações, mudanças de hábitos, autocuidado, paciente e equipe profissional, qualidade de vida); facilidades e dificuldades na prática educativa. Os resultados nos permitiram identificar aspectos predominantes nas práticas educativas em saúde desenvolvidas no Brasil, uma forte tendência de práticas ainda tradicional, e predominante de características curativas, preventivas e assistencialista mais do que promocionais. Foram observadas também, práticas educativas desenvolvidas com metodologias e recursos didáticos não inovadores. Diante desses resultados encontrados, é necessário reflexões sobre o saber sistematizado nas práticas educativas em diabetes. Práticas que incluam a pessoa diabética no processo social, reflexivo e comprometido com seu saber sobre a doença, para assim contribuir no processo de mudança social e qualidade de vida dessas pessoas.

**Palavras-Chave:** 1.Educação em Saúde 2.Diabetes, 3.Práticas Educativas, 4.Estratégia Saúde da Família.,5.Equipe de Saúde.

## ABSTRACT

The education in health consists in one of the main elements of the promotion in health, being essential the interdisciplinary work of the health team. The educational practices in diabetes are a tool that must concentrate itself in innovative actions, with the intention of formation of the critical conscience about the health and not only in changes or repasses of information, that contributes just a little to the improvement of the quality of life of the population. This research had as general objective: to verify the educational practices in diabetes developed in the Strategy "Health of the Family-(SHF)" in the city of Manaus in the west district are based on the principles of promotion of health, and specific objectives: to verify how the educational practices in diabetes happen; to verify how educational actions in diabetes are developed and planned; to identify which the contents and types of strategies used in those educational practices; to discover the easiness and difficulties of accomplishment of the educational practices. It is a study of descriptive-exploratory character in the qualitative and quantitative approaches. The subjects were 34 nurses of the Units of Health of the Strategy "Health of the Family", of the west zone. For collecting data we opted for interviews with semi-structured questionnaire technique. The analysis allowed us to select four thematic focuses and 16 sub-themes: The educational practice in the unit of health (planning of the activities, the professional involvement, the professional training, the scenery of the activities, the approached theme; accomplished activities); Strategies and educational resources (the importance of the teaching strategy, didactic resources); The nurse's glance to the objectives of the educational practice (knowledge of the disease, prevention of the complications, changes of habits, self-care, patient and professional team, life quality); easiness and difficulties in educational practice. The results allowed us to identify predominant aspects in the educational practices in health developed in Brazil, a strong tendency of practices still traditional, and predominant of healing characteristics, preventive and more welfare assistance than promotional. Educational practices were also observed developed with methodologies and no innovative didactic resources. In face of those results found, reflections are necessary on the knowledge systematized in the educational practices in diabetes. Practices that include the diabetic person in the social process, reflexive and committed with their knowledge about the disease, and so, contribute in the process of social change and quality of those people's life.

Key words: 1.Education in health; 2.Diabetes; 3.Educational practices; 4. Strategy Health of the Family,5.Health team.

## LISTA DE QUADROS

Quadro I- Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos .....	27
Quadro II- Tema abordado nas práticas educativas em diabetes .....	57
Quadro III- Características das estratégias em práticas educativas em saúde .....	63

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Plano de Análise dos Dados .....	39
Figura 2- Focos Temáticos .....	42
Figura 3- Tema I.....	46
Figura 4- Tema II.....	60
Figura 5- Tema III.....	64
Figura 6- Tema IV .....	69

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Números de Unidades, segundo distrito, das Estratégias Saúde da Família, em 2012 .....	35
Tabela 2- Números de pacientes com diabetes cadastrados, segundo distrito, da Estratégia Saúde da Família, em novembro de 2011 .....	35
Tabela 3- Total de entrevistados, segundo o sexo.....	44
Tabela 4- Cursos de especialização realizados pelos enfermeiros entrevistados.....	45
Tabela 5- Profissionais que realizam as práticas educativas em diabetes.....	49
Tabela 6- Treinamento específico sobre atendimento ao diabético .....	50
Tabela 7-Atividades de capacitação realizada para o desenvolvimento de atividade em grupo, promovidas pela equipe .....	51
Tabela 8- Local onde são realizadas as práticas educativas em diabetes.....	52
Tabela 9- Frequência que são realizadas as práticas educativas .....	54
Tabela 10- Número médio de participantes nas práticas .....	55
Tabela 11- Atividade mais realizada pela equipe de saúde .....	56
Tabela 12- Recursos didáticos utilizados nas práticas educativas.....	62

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Faixa etária dos entrevistados .....	43
Gráfico 2- Tempo de formação, em anos, dos entrevistados .....	44
Gráfico 3- Curso de especialização dos entrevistados .....	45
Gráfico 4- Treinamento de capacitação da equipe para atividades em grupo .....	50
Gráfico 5- Tipos de práticas educativas na unidade de saúde .....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ABS** - Atenção Básica de Saúde

**APS** - Atenção Primária de Saúde

**CEDESS** - Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde

**CEP** - Comitê de Ética e Pesquisa

**DISA**- Distrito de Saúde

**DM** - Diabetes Melitus

**EAD** - Educação a Distância

**EP** - Educação Permanente

**EPS** - Educação Permanente em Saúde

**ESA** - Escola Superior em Ciências da Saúde

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**HIPERDIA** - Programa de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

**MS** - Ministério da Saúde

**PSF** - Programa Saúde da Família

**SEMSA**- Secretária Municipal de Saúde do Amazonas

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**QV**- Qualidade de Vida

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UEA** - Universidade do Estado do Amazonas

**UNIFESP** - Universidade Federal de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO AO OBJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
1.1.1 Geral.....	17
1.1.2 Específicos.....	17
<b>2. REVISITANDO A LITERATURA SOBRE A TEMÁTICA DO ESTUDO.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1.1 Conceitos.....	19
2.1.2 Objetivos.....	20
<b>2.2 MARCOS E FATOS IMPORTANTES NA EVOLUÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3 TRAJETÓRIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>24</b>
<b>2.4 ASPECTOS CONCEITUAIS E COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS...26</b>	<b>26</b>
<b>2.5 ARTICULANDO AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS.....</b>	<b>29</b>
<b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>33</b>
3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	34
3.2 CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DO ESTUDO.....	34
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	36
3.4 MÉTODOS E TÉCNICAS.....	37
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	40
<b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS TEMAS.....</b>	<b>41</b>
4.1. CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	43
4.2 A PRÁTICA EDUCATIVA NA UNIDADE DE SAÚDE.....	46
4.2.1 Planejamento das Atividades.....	47
4.2.2 O Envolvimento Profissional.....	48
4.2.3 Capacitação Profissional.....	49
4.2.4 O Cenário das Ações.....	51
4.2.4.1 O Local da Prática Educativa.....	51
4.2.4.2 Prática Individual e Coletiva.....	53
4.2.4.3 Frequência das Práticas Educativas.....	51
4.2.4.4 Número Médio de Participantes.....	55

4.2.4.5 Atividade mais Realizada pela Equipe .....	56
4.2.4.6 O Tema Abordado nas Práticas .....	57
4.3 ESTRATÉGIAS E RECURSOS EDUCATIVOS .....	60
4.3.1 A Importância das Estratégias de Ensino .....	61
4.4 OS OBJETIVOS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS .....	64
4.4.1 Conhecimento da Doença .....	65
4.4.2 Mudanças de Hábitos.....	66
4.4.3 Autocuidado .....	66
4.4.4 Paciente e Equipe de Saúde .....	67
4.4.5 Qualidade de Vida.....	67
4.5 FACILIDADES E DIFICULDADES NA PRÁTICA EDUCATIVA .....	69
4.5.1 Facilidades Encontradas .....	69
4.5.2 Dificuldades Vivenciadas.....	72
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>75</b>
<b>PRODUTOS DE INTERVENÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>
<b>OBRAS CONSULTADAS .....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>96</b>



O interesse pelo desenvolvimento do estudo na área de práticas educativas em diabetes decorreu de preocupações oriundas do início da minha prática como docente na Escola Superior de Ciências da Saúde - ESA da Universidade Estadual do Amazonas - UEA. Especificamente, a busca pela especialização em enfermagem em Estomatoterapia, que tem como finalidade assistir pessoas com feridas, estomias e incontinências, proporcionou-me um olhar para pessoas com diabetes, a priori o aspecto da prevenção de úlcera diabética conhecida popularmente como “Pé Diabético”.

Já a afinidade com o processo educativo especificamente voltado para pessoa diabética surgiu pelo fato do Diabetes ter se tornado uma patologia de importância mundial, com repercussões graves que passam do nível individual a toda uma sociedade.

O interesse pela temática foi ao encontro do mestrado profissional do Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde (CEDESS), reforçando a importância de realizar estudo voltado para a educação em saúde, no aspecto da prevenção de complicações de pessoas com diabetes.

Vale ressaltar que o Diabetes Mellitus (DM) é considerado um dos problemas de saúde mais importante da atualidade, por ser uma doença de elevada morbidade e mortalidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde a estimativa dos números de pessoas com diabetes para 2030 será de 90 milhões acima de 65 anos e 130 milhões para pessoas de 45 a 65 anos (WHO, 2005).

As pessoas com diabetes podem apresentar várias complicações que são de grande impacto social, o que constitui um problema de saúde pública, em razão da frequência com que ocorre e do alto custo do tratamento (GAMBA, 1998).

Nos últimos anos o número de pessoas diagnosticadas diabéticas teve um aumento importante de acordo com o Programa de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos- HIPERDIA, mais um motivo pelo qual o desenvolvimento dessa pesquisa mostrou-se relevante.

A partir do olhar sobre a temática do objeto de pesquisa, surgiram alguns questionamentos com vistas ao seu melhor entendimento:

- Como são desenvolvidas e planejadas as ações educativas em diabetes na Estratégia Saúde da Família (ESF)?
- Quais os conteúdos e tipos de estratégias utilizadas nessas práticas?

- Quais as facilidades e dificuldades encontradas para desenvolver estas práticas?
- As práticas educativas desenvolvidas estão baseadas nos princípios de promoção de saúde em diabetes?

Essas questões nortearam o estudo instigando reflexões e discussões sobre a prática educativa em diabetes desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família no cenário do Município de Manaus - AM, com o intuito de ampliar o olhar sobre a promoção em saúde.

Além disso, conhecer o cenário dessas ações educativas em diabetes possibilitou o desenvolvimento para o alcance de reflexões, saberes e bases teóricas, acerca do processo de contextualização histórica, do objetivo da educação em saúde desenvolvida na Estratégia Saúde da Família.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Geral

- Verificar se as práticas educativas em diabetes desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família na cidade de Manaus do Distrito Oeste estão baseadas nos princípios de promoção de saúde.

- 

### 1.1.2 Específicos

- Caracterizar como ocorrem as práticas educativas em diabetes desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família no distrito Oeste do Município de Manaus-Amazonas
- Verificar como são desenvolvidas e planejadas as ações educativas em diabetes;
  - Identificar quais os conteúdos e tipos de estratégias utilizadas nessas práticas educativas;
  - Averiguar as facilidades e dificuldades de realização das práticas educativas;

**CAPÍTULO I**

---

**REVISITANDO A LITERATURA SOBRE A TEMÁTICA DO ESTUDO**

## 2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E OBJETIVOS

### 2.1.1 Conceitos

Para Alves (2005) a educação em saúde é uma ferramenta essencial na área da saúde, sendo intermediado pelos profissionais com o intuito de chegar à vida cotidiana das pessoas, e compreender os condicionantes do processo saúde-doença. Sendo que essa compreensão pode oferecer subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Carvalho (2009) afirma que a educação em saúde é um dos eixos principais da promoção em saúde. E para alcançar os resultados desse processo, faz-se necessário que as práticas educativas sejam desenvolvidas e centradas em ações voltadas à formação da consciência crítica, no conhecimento sobre a saúde, e não somente em repassar informações que não contribuirão para melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

Já Grazzinelli et al (2013) relatam que a educação em saúde consiste no conjunto de teorias e práticas que se relaciona entre o conhecimento e os processos de saúde e doença das pessoas e da coletividade. Essa construção de conhecimento é interligada no diálogo entre o saber estabelecido, elaborado por uma equipe científica, resultante da experiência cotidiana e baseado em relações perceptivas e afetivas, de significados próprios.

No processo da educação em saúde, observa-se que o conceito de educação em saúde passou a abranger a participação da comunidade no contexto da sua vida cotidiana, e não apenas prevenção de doenças. A participação da população nas ações educativas garante a pessoa e à comunidade a possibilidade de decidirem sobre seus próprios destinos, e capacitarem-se para atuarem na melhoria de sua condição de vida (SANTOS; LIMA, 2008).

Nesse processo, os sujeitos também acabam compondo uma interface entre o individual e o coletivo, que proporciona conhecimentos que são adquiridos e compartilhados, nos quais a ação, o fazer tem grande influência.

### 2.1.2 Objetivos

A educação em saúde objetiva a promoção na sociedade, à inclusão social e a formação da autonomia das populações na participação em saúde (PINAFO et al., 2011).

Segundo Borba et al. (2012) a educação em saúde tem como objetivo a melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas, para alcançar isto, é importante que esteja voltada para a realidade da população, e contemple o espaço onde são vivenciados os principais problemas de saúde.

Nesse sentido a educação em saúde é um instrumento básico das atividades de saúde que envolve o processo educativo, que deve ser uma ferramenta primordial na área da saúde, podendo ocorrer mudanças de informação, atitude e de comportamento (AMARAL et al., 2002).

Os objetivos da educação em saúde estão interligados com os modelos educativos que sofreram mudanças no decorrer do tempo, passando de um modelo pedagógico tradicional baseado na exposição de conteúdos e prescrição comportamental – sem levar em conta os saberes existentes da população, crenças culturais e suas necessidades, as motivações individuais que podem apresentar resultados insatisfatórios do ponto de vista sanitário (CORIOLANO et al., 2012).

Os pressupostos da horizontalidade do cuidado, da humanização e da articulação entre os saberes populacionais e científicos são baseados na interação entre o educador e educando. Sabe-se que o modelo tradicional de ensino-aprendizagem por muito tempo foi criticado por Paulo Freire, no qual descreve como sendo uma educação bancária. Neste método o educador apenas informa conhecimentos aos educandos, e estes apenas os recebem, e não desenvolvem o senso crítico. Na educação em saúde, isto significa que o profissional atua como detentor de conhecimentos absolutos no processo de ensino-aprendizagem, sem levar em consideração os saberes das pessoas participantes. Vale ressaltar que a população também possui conhecimentos que são essenciais no processo de trocas de saberes (MIRANDA; BARROSO, 2004).

## 2.2 MARCOS E FATOS IMPORTANTES NA EVOLUÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

O marcos e fatos da educação em saúde no Brasil são importantes de serem lembrados. Neste sentido, vamos relatar um breve resumo dessa trajetória que foi e tem sido desenvolvida ao longo dos anos no Brasil, e a sua estreita relação com as conotações impositivas e prescritivas, estimulada no início do século XX.

No Brasil a educação em saúde foi oriunda também de influências das experiências europeias dos séculos XVIII e XIX. Podemos perceber que estas experiências admitiam uma necessidade de compreender o meio das condições de vida das pessoas na saúde, e de alguma forma intervir nessas condições. Smeke e Oliveira (2001) descrevem que a educação em saúde teve sua origem marcada por discursos e práticas político-normativo, que emergiram condutas de forma racional frente à doença.

Já no final do século XIX o Brasil teve suas políticas de saúde voltada para os modelos assistenciais, tendo como destaque a hegemonia, que era denominada modelo médico assistencial sanitarista (PAIM, 2002).

Observamos que “desde o século XIX, o modo de vida dos homens era apropriado pela medicina que interferia na construção de conceitos, regras de higiene, costumes e normas morais e de comportamentos, sendo isso conceituado como” medicalização da vida social”, sendo vinculado a um controle do Estado sobre os indivíduos, no sentido de manter e ampliar a hegemonia da classe dominante, e foi reforçada pelas descobertas bacteriológicas que reduziu as doenças a uma relação de causa e efeito de ordem estritamente biológica (SILVA et al.2005).

Neste período, a educação em saúde era vista como educação sanitária, centrada nas questões sanitárias e no objetivo de induzir a população a adquirira hábitos que promoviam higiene, principalmente nas áreas portuárias e no controle das epidemias, que foi marcada por uma educação autoritária e prescritiva (SILVA, L. 2009).

A população não participava de forma social nas questões sanitárias, eram obrigadas a tomar as vacinas contra várias epidemias que na época devastavam acometiam a população. A população não compreendia a imposição de ações sanitárias, e isso desenvolvia pensamentos negativos sobre a intervenção do estado na saúde da população e a população reagia com movimentos de resistência. Esse

momento da educação em saúde no Brasil foi marcado historicamente pela Revolta da Vacina, ocorrida no início do século XX (MOHR ; SCHALL, 1992).

Esses fatos trouxeram reflexões e poder de decisão, as pessoas se sentiram manipuladas e passaram não aceitar a aplicação de vacinas. A população reagiu com indignação, sentindo-se sem valores, de bens e de autonomia, valorizados apenas pela óptica do consumo. Isso fez com que florescesse o conceito amplo do “processo saúde-doença”, tendo isto como consequência a redefinição do papel da educação em saúde (ROSSO; COLLET, 2006).

O olhar do setor de saúde assistencial “sanitarista” era muito concentrado nas ciências biológicas e no mecanismo pelo qual as doenças eram transmitidas, sendo seu objetivo principal promover o tratamento das doenças (CONVERSANI, 2004).

As principais preocupações eram a profilaxia das doenças infecciosas e parasitárias, e principalmente, o controle de epidemias, época em que foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública centralizados. À frente desses serviços de saúde pública, nesse momento, esteve Osvaldo Cruz, que adotou o modelo de campanhas sanitárias de estilo repressivo, centralizado, de intervenção médica nos campos individual e social (GAZZINELLI et al. 2006, p. 11)

A crise do modelo de saúde vigente no país no final dos anos 70 trouxe o desejo de mudança da população que culminou a Reforma Sanitária, sendo caracterizada como um movimento que surgiu quando foi percebido que as ações de saúde eram desenvolvidas de forma preconceituosa, favorecendo pequenos grupos populacionais, isto fez a população lutar pela melhoria nas ações de saúde ( PAIM 2002).

O desejo de mudança culminou com a reforma sanitária, devido às crises no modelo de saúde, advindas dos anseios de movimentos populares, os quais despertaram alterações no sistema de saúde da época, objetivando provocar mudanças na atenção à saúde do Brasil. Assim, a reforma se configurou como um movimento oriundo do desejo popular pela melhoria nas ações de saúde que estavam sendo desenvolvidas de forma preconceituosa, e o favorecimento de pequenos grupos e com ações não contempladas na prevenção e promoção da saúde (PAIM, 2002).

A reforma sanitária foi um marco histórico importante que impulsionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), proposto em 1986 e consolidado pela constituição Federal em 1988. O SUS foi fundamentado na reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país. O modelo foi resultante de uma combinação complementar e ao mesmo tempo antagônica do modelo médico-assistencial privatista e do modelo assistencial “sanitarista” (ALVES, 2005; PAIM, 2003; BRASIL, 1998).

O processo de reforma sanitária foi desenvolvido por profissionais do movimento sanitário e intelectuais. Em decorrência desse processo, em 1986 o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional da Saúde. Ao contrário das Conferências de Saúde que haviam sido convocadas, nesta conferência, foram discutidas questões de caráter essencialmente técnico, que trouxe reflexões na temática Direito à Saúde, Sistema de Saúde e Financiamento - participação da sociedade civil e o processo preparatório dos intelectuais, profissionais da saúde, membros de partidos políticos, sindicatos e usuários onde também foi definido um programa para a reforma sanitária (BRASIL, 1998).

Nesta Conferência foi proposta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, dando ênfase aos direitos dos cidadãos como um dever do Estado.

Com a criação do SUS, o país passou a vivenciar disputa de modelos de saúde, tendo destaque à hegemonia do modelo médico assistencial privatista, que era considerado pouco resolutivo e o modelo assistencial sanitaria, que foi oriundo das lutas populares e contradições com o modelo privatista vigente na época (FERUWERKER, 2005).

O SUS na sua concepção apresenta uma modificação substancial nas relações entre setores da sociedade e inclui entre os seus princípios a participação popular, a autonomia e o desenvolvimento da cidadania, com o objetivo de oferecer um sistema de saúde democrático.

Para Vasconcelos (2004), o marcos e fatos da educação em Saúde no Brasil, fez surgir às propostas de uma educação transformadora, não opressora, onde eram valorizadas como forma de resistência e bem como forma de estabelecer a relação entre o saber popular e o saber acadêmico, construído através do diálogo.

### 2.3 TRAJETÓRIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família - PSF foi criado em 1994, baseado nos princípios do SUS. Esse programa foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, e corresponde a um campo de práticas e produção de novos modos de cuidado, focando o cuidados de saúde fora do ambiente hospitalar . Considerando os cuidados que o profissional de saúde deve desenvolver de forma interdisciplinar, levando consideração a integralidade e a territorialidade (SPECTOR, 1999).

Carneiro (2010) corrobora quando descreve também que o PSF, deu-se devido à necessidade de efetivação e a construção de um novo paradigma sanitário que visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial com vistas à promoção da saúde.

O Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como proposta de reorganização da Atenção primária em Saúde (APS) no SUS. O programa evolui rapidamente, e a partir de 1997, passou a ser interpretado como estratégia e atividade assistencial integrada à rede que deveria funcionar como porta de entrada para o sistema de saúde (HENRIQUE; CALVO, 2008).

O PSF constituiu uma estratégia de reforma crescente do sistema de saúde brasileiro, devido às mudanças importantes que surgiram na forma das ações de saúde, e organização dos serviços nas práticas assistenciais e no processo de descentralização (VIANA; POZ, 2005).

O Ministério da saúde percebeu que o PSF estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, e a partir de 1996 começou a romper com o conceito de programa, passando a utilizar a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF) (CORBO; MOROSINI, 2005).

A Estratégia Saúde da Família foi reconhecida pela Política Nacional da Atenção Básica como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica. E equipes multiprofissionais foram implantadas em unidades básicas de saúde, tendo como papel o acompanhamento de uma área geográfica delimitada com um número definido de famílias, com o objetivo de promover ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade. O papel das equipes de saúde da ESF

classifica-se em ultrapassar os limites definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2000).

O modelo assistencial da ESF constitui um desafio para equipe de saúde, e deve ser levado em consideração que o processo histórico da educação em saúde antes visto como estratégia para controle social passando a ser compreendido como uma transformação social, reorientando as práticas de saúde e as relações estabelecidas entre o cotidiano e o saber da saúde.

As políticas de saúde vigentes atualmente no Brasil, ainda preservem traços do modelo privatista, porém buscam desenvolver ações diferenciadas na prevenção das doenças e na promoção da saúde, tendo o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas de forma integrativa entre os profissionais de saúde e comunidade.

Sendo assim, as práticas educativas estão relacionadas no processo de educação em saúde que tem como objetivo o processo dialógico, formativo e transformativo, ou seja, o contato, a transmissão e aquisição de conhecimentos que traz o desenvolvimento de competências, hábitos, chamados de "conteúdos da educação" (CARVALHO, 2009).

Na trajetória da ESF podemos perceber que a educação em saúde tem seu foco voltado para a população por meio de ações educativas. De modo geral, procuram incentivar a população a adotar e manter padrões de vida saudável, no intuito de melhorar as condições de saúde e também do meio ambiente.

Essas ações de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), no cotidiano dos profissionais de saúde, podem produzir um espaço de reflexão-ação que envolve saberes populares, técnico-científicos e culturais que promove o exercício democrático, e são capazes de provocar mudanças nas pessoas e seus familiares, e contribuir para a transformação social" (MACHADO et al. ,2007).

Considerando as atribuições da equipe de saúde no contexto da ESF, destaca-se a educação em saúde, sendo este, o principal objetivo de todos os profissionais inseridos no programa. Nessa direção muitas são as ações que podem ser desenvolvidas, objetivando a promoção em saúde. Entretanto, sabemos que os profissionais de saúde não são formados nas universidades para exercerem esse tipo de atividade.

## 2.4 ASPECTOS CONCEITUAIS E COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS

O diabetes é definido como sendo uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina, que fisiologicamente não exerce adequadamente seus efeitos, condição conhecida como resistência à insulina (BRASILEIRO, 2011).

Esta síndrome apresenta hiperglicemia permanente, na maioria das vezes é caracterizada por obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia e disfunção endotelial. Sua evolução é considerada lenta e progressiva, que pode levar a complicações graves, (COTRAN; KUMAT; COLLINS, 2010; GROSSI, PASCALI, 2011).

Em relação à prevalência do diabetes de acordo com a International Diabetes Federation (2012) nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030.

Já no Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, publicados no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2013), mostram que a prevalência de diabetes na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Também é estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030.

Por causar incapacidades funcionais e aposentadorias precoces, representa significativa perda econômica para o país. No Brasil, 12,4 milhões de pessoas foram acometidas por DM no ano de 2011, tendo uma estimativa de previsão para 19,6 milhões de pessoas até 2030 (SCHMIDT, 2011).

Percebe-se, conforme esses dados epidemiológicos, principalmente economicamente e social que há necessidade de implantação de políticas públicas de saúde a fim de minimizar as dificuldades vivenciadas pela pessoa diabética e seus familiares, no intuito de melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Para o diagnóstico do diabetes existem quatro tipos de exames: glicemia causal, glicemia de jejum, teste de tolerância com sobrecarga de 75g em duas horas (TTG) e em alguns casos hemoglobina glicada (HbA1C) (BRASIL, 2013)

Quando há necessidade de diagnóstico imediato, um teste com glicosímetro e tiras reagentes podem ser realizados na própria consulta, nesse caso o ponto de corte indicativo é maior ou igual 200 mg/dl. Não havendo urgência a glicemia de jejum medida no plasma e preferencialmente indicada, sendo o seu resultado maior ou igual a 110 a 125 mg/dl podem requerer TTG-25 g, o paciente recebe uma carga de 75 g em jejum e a glicemia é medida antes de 120 minutos após a

ingestão, depois de duas horas de pós-sobrecarga a glicemia maior ou igual a 200mg/dl, indica tolerância a glicose diminuída (BRASIL, 2013 apud AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013)

Quadro I. Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos

<b>Categoria</b>	<b>Glicemia de</b>	<b>jejum*</b>	<b>TTG: duas horas</b>	<b>após 75 g de</b>
Glicemia normal	<110	<140	<200	Glicemia alte
Glicemia alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140 e <200		
Diabetes mellitus	<126	≥ 200	200 (com sintomas clássicos***)	>6,5%

Fonte: BRASIL (2013) adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009; World Health Organization (2006) .

O diabetes é considerado uma doença cujos sinais e sintomas evoluem lentamente, dificultando a descoberta e o estabelecimento de diagnóstico precoce. Assim, muitas pessoas comumente recebem o diagnóstico após a manifestação de complicações da doença (SBD; 2008).

No DM do tipo I 5 a 10% não produzem insulina. Já estado de resistência periférica à ação da insulina associada à secreção de insulina deficiente é classificada na DM do tipo II, sendo esse tipo uma das dez principais causas de morte no mundo. Sua incidência vem aumentando a cada dia , especialmente nos países em desenvolvimento. Essas pessoas apresentam alguma insulina endógena, mas os seus níveis são insuficientes para manter a normoglicemia em função da resistência à sua ação (SILVA, F. 2005).

A causa do diabetes pode estar relacionada com os fatores genéticos (herdados) e ambientais, ou seja, a pessoa quando nasce traz consigo a possibilidade de ficar diabética. Esses fatores genéticos estão associados a

obesidade, infecções bacterianas e viróticas, traumas emocionais, gravidez etc., Além destes, outros fatores de risco não convencionais têm sido descritos: disfunção endotelial, estado pré-trombótico e inflamação (ZAGURY; ZAGURY; GUIDACCI, 2002).

As complicações do diabetes são consideradas crônicas, e se manifestam anos após o surgimento da hiperglicemia, entre elas estão a aceleração da aterosclerose, e as complicações decorrentes da micro angiopatia como, retinopatia, neuropatia e doença arterial coronariana, que juntas são responsáveis por considerável morbimortalidade em indivíduos diabéticos (BRASILEIRO, 2011).

Essas complicações também podem ser classificadas em microvascular e macro vascular. Essas alterações na sensibilidade das extremidades, especialmente nos pés, podem levar as lesões e evoluir para amputação do membro afetado (WAJCHENBERG *et al.*, 2008).

O Acometimento de lesões nos pés tem um grande impacto social e constitui um problema de saúde pública, por causa da frequência com que ocorre e do alto custo do tratamento (GAMBA, 1998).

Vale ressaltar que as complicações do diabetes representam também, um importante problema de saúde pública, tendo em vista que para o tratamento das mesmas há necessidade de incorporação de tecnologias de alto custo, onerando excessivamente o sistema de saúde, e deixando os serviços de saúde superlotados. (GROSSI; PASCALI, 2011).

Já as complicações crônicas são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos. As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte (52%) em pacientes diabéticos do tipo 2 (WANG *et al.*, 1999).

Sendo assim, enfatizamos da importância do diagnóstico precoce e a necessidade da implantação do tratamento adequado, e mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida o mais precocemente possível para prevenir as complicações (GROSSI E PASCALI, 2011).

Sabe-se que as complicações de pessoas diabéticas ocasionam um impacto social, por este motivo o profissional de saúde, na função de educador é fundamental no processo de práticas educativas e prevenção dessas complicações. Sendo que a interação entre o educador e educando não é apenas de informar, mas

principalmente de trocar experiências e conhecimentos que favoreçam a promoção à saúde.

O desempenho na prevenção e no tratamento das complicações do diabetes, deve ser uma prática essencial dos profissionais de saúde, tanto na implementação de ações educativas como no incentivo ao autocuidado.

## 2.5 ARTICULANDO AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS

A prática educativa em saúde é uma ferramenta essencial na saúde pública, pois possui também um objetivo de envolver uma unidade de saúde e a comunidade. Esse processo é sempre intencional, ou seja, pode transformar o conhecimento errôneo da população sobre uma doença em um “conhecimento idealizado”, com vistas a atender uma finalidade de prevenção, manutenção e melhoria na qualidade de vida social dessas pessoas. Esses objetivos consistem no conjunto de instrumentos e qualidades humanas naturais (potencialidades) que podem ser ativadas pela força de uma equipe interdisciplinar para realizar transformações na sociedade (MENDES, 1992).

Quando uma equipe se depara com um diagnóstico comunitário realizado a partir de suas vivências cotidianas, isso possibilita uma aproximação com o usuário e proporciona um trabalho de forma sistematizada e contínua. Fazendo assim, muito além do caráter curativista e flexeneriano, sob a visão de prevenção, manutenção e tratamento de doenças, preconizando um compromisso com a promoção da saúde e a qualidade de vida dessas pessoas (FERNANDES; BACKERS, 2010).

Sendo assim, partilhar saberes no intuito de prevenir, promover e recuperar a saúde através de ações educativas traz reflexões construídas junto com a comunidade, instruindo-a e motivando a percepção dos motivos e soluções para os problemas de saúde de maneira crítica (ACIOLI, 2008).

Para Acioli (2010) a prática educativa é parte integrante da própria ação de saúde e, como tal, deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema, em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde.

Para atender as reais necessidades da população e da equipe de saúde que vivenciam dificuldades, é necessário na construção do processo educativo comunitário, buscar uma educação popular em saúde, na qual o diálogo, o envolvimento político, a reflexão crítica e a autonomia cidadã são ferramentas essenciais (FERNANDES; BACKES, 2010).

O Ministério da Saúde (2006, p.10 e 11) preconiza ações e condutas que devem fazer parte do trabalho de toda a equipe a fim de garantir o fortalecimento do vínculo, a garantia da efetividade do cuidado, a adesão aos protocolos e a autonomia do paciente:

- Oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa.
- Encorajar relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta; criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado.
- Assegurar-se de que conteúdos-chave para seu autocuidado tenham sido abordados.
- Avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, respeitando as crenças e atitudes dos pacientes. Explicitar os objetivos e abordar as implicações de um tratamento longo e continuado.
- Negociar com o paciente um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do paciente.
- Discutir e explicar o plano de cuidado do paciente com os seus familiares, com a concordância prévia do paciente.
- Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu autocuidado. Lembrar que educar não é só informar.
- Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como por exemplo, grupo de caminhada troca de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.
- Envolver os pacientes nas discussões sobre planejamento de ações dirigidas ao diabetes na unidade, aumentando a autonomia e o poder dos pacientes sobre suas próprias condições. Não esquecer que o “especialista” em diabetes para cada paciente é o próprio paciente.
- Promover a educação profissional permanente sobre diabetes na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado.
- Definir dentro da equipe de saúde formas de assegurar a continuidade do cuidado e orientar os pacientes sobre a forma de prestação desse cuidado continuado.
- Agendar as revisões necessárias e fazer a busca ativa dos faltosos. Providenciar, se possível, contato telefônico ou visitas domiciliares por membros da equipe entre as consultas agendadas.
- Possibilitar pronto acesso ao serviço no caso de intercorrências.
- Cadastrar todos os pacientes a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos.

- Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde (p.ex., proporção de pacientes diabéticos que realizam hemoglobina glicada (A1C) pelo menos 2 vezes/ano.
- Divulgar o conteúdo deste manual entre os outros membros da equipe e entre os pacientes com diabetes que manifestarem interesse.

Percebe-se que através destas ações preconizadas pelo ministério da saúde que a Educação é uma ferramenta importante no tratamento de pacientes com Diabetes e de acordo com a American Diabetes Association – ADA (2011), todos os pacientes com Diabetes deveriam receber educação para autocuidado.

A pessoa diabética deve ter uma avaliação minuciosa e abrangente de suas necessidades, sendo que na educação em saúde a compreensão de saúde sobre diabetes, de atitudes e crenças do paciente e cuidados de saúde em geral não devem ser esquecidos no plano de assistência (VALENTINE, 2012).

Grossi; Pascali (2011) afirmam: “além de participarem das práticas educativas os portadores de diabetes tem que incorporá-las de maneira adequada na vida diária, dando continuidade ao tratamento”. Por essas razões, o maior desafio para os profissionais de saúde é conseguir ensinar as pessoas como viver e manejar a doença diante das situações que se apresentam no dia a dia. Isso significa educar para que as mudanças comportamentais aconteçam ao longo da maior parte da trajetória da doença e da vida.

Nesse sentido, a prática educativa torna-se a melhor maneira de motivar e sensibilizar a pessoa com diabetes sobre a importância do autocuidado. Essa prática é um momento no qual a pessoa e profissionais de saúde discutem todas as informações, dúvidas acerca da doença e do tratamento (TORRES; PERREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Não podemos esquecer que no processo educativo a comunicação é um instrumento que facilita o diálogo entre o educando e o educador. A troca de saberes entre o científico e o senso comum através do diálogo participativo contribui na formação do saber, no aprender ensinando. Além disso, apresenta-se como uma estratégia para reflexão e discussão das situações de saúde existentes no desenvolvimento das atividades educativas, que leva à tomada de consciência, o que conduz a um melhor enfrentamento das situações vivenciadas (BORBA et al., 2012).

Desta forma, fica claro que as práticas educativas eficazes na atenção básica, de ações voltadas para prevenção e autocuidado poderão minimizar os problemas ocasionados pelo diabetes, e levar tais pessoas a reflexões do processo saúde-doença, com o intuito de ser modificado o cenário epidemiológico que envolve as complicações em diabetes, com altas taxas de hospitalizações, absenteísmo no trabalho e mortes prematuras na população (BORBA et al., 2012).

É importante salientar que a formação inicial do profissional de saúde tem um papel essencial no desenvolvimento de competências para ação educativa. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em vigor desde 2001, reafirmam a necessidade e o dever das Instituições de Ensino Superior de formar profissionais de saúde para o SUS, com a finalidade de adequar a formação em saúde às necessidades de saúde da população brasileira (OLIVEIRA, 2004).

No cenário científico atual, podemos encontrar vários estudos relevantes sobre a temática educação em saúde que enfatizam principalmente os aspectos epistemológicos e suas possibilidades de atuação na prática de um profissional, principalmente a do enfermeiro. Porém o papel da educação em saúde ou das práticas educativas não se restringe a este profissional, e sim da equipe no contexto multiprofissional e interdisciplinar.

**CAPÍTULO II**

---

***PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS***

### 3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

O caminho metodológico para alcançar os objetivos estabelecidos deu-se através de estudo descritivo e exploratório cujo percurso transita na abordagem qualitativa e quantitativa.

Na abordagem qualitativa, esta pesquisa se aprofundou na complexidade dos fenômenos, dos fatos e dos processos particulares dos sujeitos. Para chegar a isto foram consideradas atitudes e opiniões (MINAYO; SANCHES, 1993).

Segundo Dowbor (2008), a utilização conjunta de métodos qualitativos e quantitativos já foi bastante criticada por diferentes autores, pelo fato de acreditarem que os paradigmas positivistas e fenomenológicos, compõem as formas diferentes de entender o mundo. Porém, estudos com métodos mistos ganharam legitimidade nos últimos anos, uma vez que diversos autores defendem que esta estrutura aumenta o poder interpretativo do estudo.

### 3.2 CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DO ESTUDO

Para contextualizar o local da pesquisa e os sujeitos, faz-se necessário uma brevíssima incursão na geografia e na história do Município de Manaus-Amazonas, onde se construiu o percurso do estudo na Estratégia Saúde da Família, na Zona Oeste.

Segundo Moraes (1999), a cidade de Manaus foi fundada em 1669, fazendo parte do Norte do Brasil. Ligada ao rio Amazonas como grande tronco fluvial, onde se contam em média 1.100 “ramos” que merecem o nome de “Rio”, cujas cores formam uma verdadeira aquarela. Manaus conserva ainda hoje algumas reminiscências de um passado de beleza e riqueza, oriundos do marco histórico da borracha.

A saúde pública no Município de Manaus tem evoluído a cada dia, e dentro desse marco histórico podemos citar o campo da saúde pública. A trajetória percorrida pelo PSF (Programa Saúde da Família) configurou-se no ano de 1998 com reuniões extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, a implantação só ocorreu em 1999. Nessa ocasião, deu-se uma mudança de rumos no

processo de gestão do programa, que à revelia do Conselho Municipal de Saúde, foi implementado como Programa Médico da Família (PMF).

A exemplo das demais cidades, Manaus seguiu a tendência de instalar equipes de saúde da família em áreas onde não existiam serviços de saúde, ou cujo acesso era precário, com alto risco sanitário, em processo de expansão demográfica e com populações de baixo poder aquisitivo. (ESCOREL, et al., 2002).

Atualmente o programa é inserido no contexto da Estratégia Saúde da Família. Possuindo 158 centros de saúde ou unidades básicas de saúde. Estas unidades estão distribuídas em Distritos Sanitários, classificados por Distrito, Leste, Norte, Oeste e Sul.

**Tabela 1:** Número de unidades, segundo distrito, da Estratégia Saúde da Família, em 2011.

<b>Distrito</b>	<b>Unidades</b>
Distrito Oeste	44
Distrito Sul	40
Distrito Leste	37
Distrito Norte	48
<b>Total</b>	<b>158</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação/GERIS (SIAB).

O critério de escolha do Distrito Oeste como cenário desta pesquisa, deu-se por ser a zona de referência em relação ao maior número de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes no período da elaboração do projeto de pesquisa (Tabela 1).

**Tabela 2** Número de pacientes com diabetes cadastrados, segundo distrito, da Estratégia Saúde da Família, em Novembro de 2011.

<b>Distrito</b>	<b>Diabéticos cadastrados</b>
Distrito Oeste	4067 (33,63%)
Distrito Sul	3818 (31,57%)
Distrito Leste	2143 (17,72%)
Distrito Norte	2067 (17,09%)
<b>Total</b>	<b>12095 (100,00%)</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação/GERIS (SIAB).

O Distrito de Saúde Oeste tem uma população de 401.922 habitantes ( IBGE 2010). É composto pelas zonas administrativas Oeste e Centro-oeste. São ao todo 17 bairros, de acordo com a última divisão territorial do município, estabelecida pela Lei 1.401, de 14.01.2010, distribuídos numa área total de 14.628,7 hectares.

Dos 17 bairros, temos dois de grande concentração populacional, Compensa (75.832) e Alvorada (64.621), respectivamente nas zonas oeste e centro-oeste. Juntos somam 35% da população do Distrito de Saúde Oeste. A maioria dos bairros é antiga e está com seu território consolidado não tendo mais área de expansão horizontal. Destes bairros estão localizados à margem do Rio Negro e Igarapés de São Raimundo, Glória e São Jorge. Estes Bairros estão passando por processo de retirada de população em decorrência das obras do Programa Social e Ambiental dos Igarapés de Manaus (PROSAMIM).

A área de franca expansão demográfica do distrito oeste são os bairros Tarumã e Tarumã-açú, que estão recebendo grande pressão imobiliária causada pela construção de conjuntos habitacionais e que em menos de 5 anos poderão ter sua população triplicada. O distrito oeste tem uma boa rede de serviços de saúde, à exceção do bairro Tarumã e Tarumã-açú (DISTRITO DE SAÚDE OESTE/TERRITORIZAÇÃO, 2013).

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Na zona oeste são 44 unidades de saúde ativas. Em cada uma das equipes há 01 (um) enfermeiro. Neste estudo o levantamento foi por meio de recenseamento, isto é, todos os enfermeiros das unidades ativas que se propuseram a participar da pesquisa foram entrevistados. No decorrer do processo de entrevistas houve saturação das informações, mesmo assim foram realizadas todas. Sendo um total de 34(trinta e quatro) enfermeiros que aceitaram participar do estudo.

Devido o tempo da pesquisa não foi possível entrevistar toda a equipe. Por isso foi selecionado os enfermeiros, e por saber que este profissional tem um maior envolvimento na coordenação nas ações de práticas educativas.

### 3.4 MÉTODOS E TÉCNICAS

Para o desenvolvimento da coleta de dados empíricos dessa investigação, optamos pela **entrevista semiestruturada**, que combina perguntas fechadas (estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem condições prefixadas pelo pesquisador. Este tipo de entrevista permite maximizar a apreensão da realidade.

A entrevista semiestruturada é definida por Mazzotti e Gewandsznajder (2001) como um combinado de questões estruturadas com perguntas abertas, onde o entrevistado responde em seus próprios termos.

Após a aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa (COEP), da Secretaria Municipal de Saúde do Amazonas (SEMSA) e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a pesquisadora apresentou-se na Coordenação do Distrito Oeste informando os objetivos da pesquisa. Na oportunidade a coordenação forneceu a listagem com nomes, contatos e endereços das unidades de saúde da ESF, e foi informado pela coordenação, via e-mail que aconteceriam à visita da pesquisadora nas respectivas unidades.

As entrevistas seguiram um roteiro pré-estabelecido. Conforme descrito no Apêndice A. Constituído por três partes: Caracterização dos entrevistados, planejamento e desenvolvimento das práticas educativas em diabetes; conteúdos abordados nas práticas; e facilidades e dificuldades na realização dessas práticas.

Optou-se pela entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados, por entender que, por meio dela, poderia haver maior conhecimento das práticas educativas em diabetes do Distrito Oeste, bem como facilitaria descrever essas práticas ocorridas na ESF. Esta etapa foi realizada durante os meses de Maio a Agosto de 2013.

A fim de adequar o instrumento e eventuais ajustes no roteiro da entrevista, foi realizado um estudo piloto com os 2 (dois) primeiros entrevistados da lista fornecida. Após essa experiência de pré-teste do questionário, os objetivos propostos na pesquisa indicaram necessidade de modificações no roteiro, sendo acrescentada a questão de nº 8 a seguinte pergunta: como é realizado o planejamento das práticas educativas em diabetes? As demais questões não precisaram de modificações substanciais.

Na realização das entrevistas foi utilizado um gravador, o qual possibilitou ampliar as possibilidades de registrar pontos importantes das falas, como manifestações dos entrevistados, pausa de reflexão, ocorrência de dúvidas, oscilação de entonação de voz; possibilitando compreensão da narrativa.

As entrevistas foram realizadas no consultório da Unidade de saúde da ESF, uma única vez, de forma individualizada. Algumas previamente agendadas com a pesquisadora e outras no momento da visita da pesquisadora.

Além das entrevistas, pretendia-se realizar uma observação estruturada das práticas educativas em grupo de pessoas diabéticas. Para a observação da prática educativa, seriam levantadas informações sobre a data, o local e o horário em que a prática seria realizada. Porém dos enfermeiros entrevistados que realizam práticas em grupos, no período da coleta de dados de Maio a Agosto de 2013, não houve realização dessas práticas.

Com isso, foi necessário fazer registros no momento das entrevistas por meio de um diário. Foi registrado e analisado se as estratégias, as metodologias e recursos de ensino utilizados pelos profissionais de saúde na condução das práticas educativas atendem os princípios de promoção de saúde em diabetes.

### 3.5 ANÁLISES DOS DADOS

A partir dos dados coletados, foram feitas análises descritivas das informações para obtenção dos parâmetros populacionais. Segundo Bolfarine *et all.* (2005), parâmetro de uma população é uma função do conjunto de valores dessa população, ou seja, uma característica dessa população.

Para melhor compreender os dados, responder as questões e possibilitar a compreensão da temática da pesquisa foi utilizado às transcrições dos discursos dos sujeitos do estudo, releitura do material e organização dos relatos, essa é uma recomendação de Minayo (2010).

Foram feitas várias leituras dos depoimentos dos entrevistados, a fim de proceder à ordenação dos dados empíricos. Foi elaborado um quadro analítico para elaboração dos temas. Esta fase foi desenvolvida com a expectativa de obtermos subsídios para a interpretação a partir das falas dos sujeitos da pesquisa.

Os dados foram desenvolvidos segundo o método de análise de conteúdo do tipo temática(BARDIN,2002).

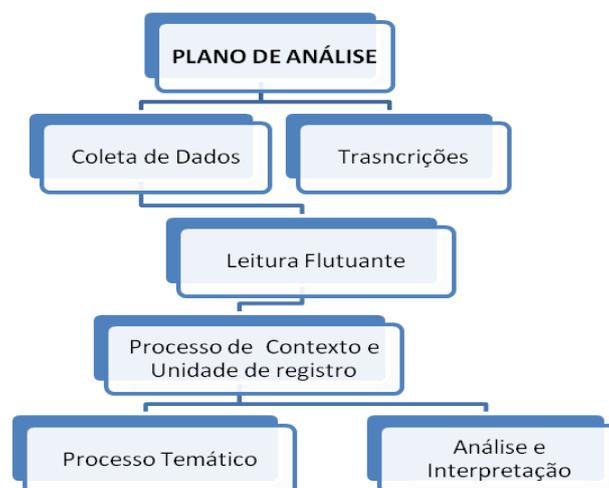
Segundo Franco (2008), a fase da pré-análise tem como objetivo a organização para exploração sistemática dos documentos e das mensagens, correspondendo a um conjunto de buscas iniciais, instituições, de primeiros contatos com o material.

Na pré-análise do material emergiram falas dos sujeitos significativas, que foram classificadas como unidade de (FRANCO, 2008).

A partir da pré-análise do material foram formulados focos temáticos oriundas do processo de Unidade de contexto e de registro, das quais emergiram os núcleos de significados e temáticas (Apêndice B). Esse processo analítico resultou dos núcleos direcionadores: Caracterização das práticas educativas em diabetes; estratégias e recursos utilizados nas práticas educativas; objetivos das práticas e sua relação com os princípios de promoção em saúde em diabetes;facilidades e dificuldades encontradas para realizações das práticas educativas .

Por se tratar de uma pesquisa descritiva e exploratória de dados, foi realizada também, uma análise estatística dos dados, com o objetivo de conhecer o comportamento das variáveis abordadas. Foi realizada inicialmente a construção de uma planilha eletrônica com os dados obtidos por meio da realização das entrevistas, no qual foram elaborados tabelas e gráficos das variáveis quantitativas envolvidas no estudo.

**Fig.1 Plano de Análise dos Dados**



### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta pesquisa está em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisa foi autorizada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Amazonas e obteve aprovação favorável s do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade federal de São Paulo, com o CAAE nº 03755312.5.0000.5505, datada dia 06 de Julho de 2012.

**CAPÍTULO III**

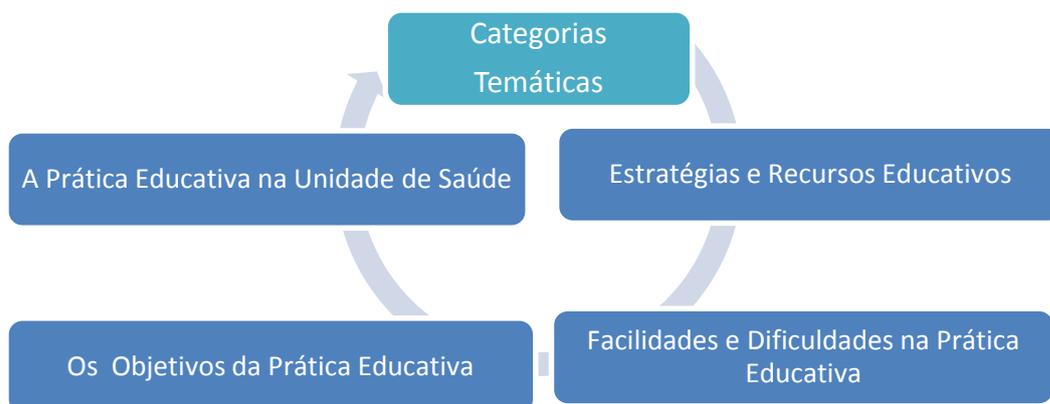
---

***ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS TEMAS***

Serão descritos neste capítulo o perfil dos entrevistados e os temas da análise de conteúdo extraídas das falas dos sujeitos deste estudo. Os mesmos foram construídos a partir dos temas que tiveram maior frequência. Esses foram agrupados e interligados contextualmente. Além disso, foram quantificados os questionamentos com respostas fechadas que são apresentados através de tabelas e gráficos.

Foram detectadas 612 unidades de contexto, 587 compostas por unidades de registro das quais se originou quatro Focos temáticos e 16 subfocos, conforme se explica: **1. Tema - A Prática Educativa na Unidade de Saúde**, subtemas (planejamento das atividades, o envolvimento profissional, a capacitação profissional, o cenário das atividades, o tema abordado; atividades realizadas); **2. Tema-Estratégias e Recursos Educativos**, subtemas (a importância da estratégia de ensino, recursos didáticos); **3. Tema - Os Objetivos das Práticas Educativas**, subtemas (conhecimento da doença, prevenção das complicações, mudanças de hábitos, autocuidado, paciente e equipe profissional, qualidade de vida); **4. Tema - Facilidades e Dificuldades na Prática Educativa**, subtemas (facilidades e dificuldades encontradas). A seguir a figura demonstrativa dos temas construídos.

**Fig.2 Focos Temáticos**



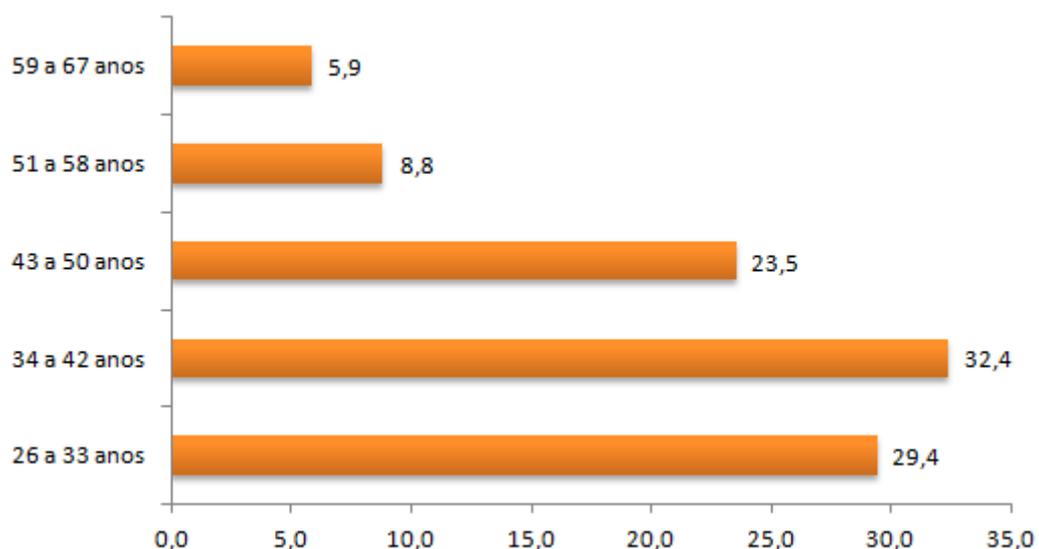
#### 4.1. CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

As características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área da saúde são importantes de se considerar para obter informações mais amplas sobre os profissionais de saúde (BEINNER, 2004). Faz-se necessário, portanto, um conhecimento do perfil desses profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços de saúde. A elaboração e a adoção de medidas – quando necessárias – de reforço dessa qualificação possibilitam conseqüentemente, melhor desempenho nas atividades sanitárias e atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população (COTTA et al., 2002).

Neste estudo foram realizadas 34 entrevistas, com os enfermeiros das unidades de Saúde da Estratégia Saúde da Família, no Distrito Oeste do Município de Manaus.

Observe no **Gráfico 1** que, desse total de entrevistados, a maioria (32,4%) tem idade entre 34 e 42 anos, seguida de 29,4% com idades entre 26 e 33 anos. E ainda, a idade média dos enfermeiros entrevistados é 41 anos aproximadamente.

**Gráfico 1:** Faixa etária dos entrevistados.



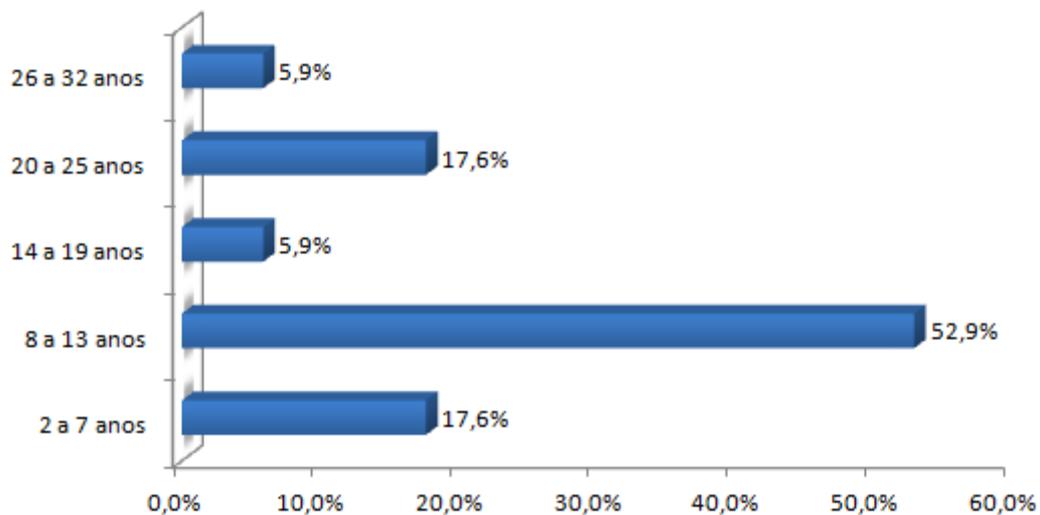
Na **Tabela 3** apresenta-se a proporção de enfermeiros entrevistados, segundo o sexo. Note que 80,2% foram do sexo feminino e apenas 11,8% do sexo masculino (correspondente a 4 enfermeiros).

**Tabela 3-** Total de entrevistados, segundo o sexo.

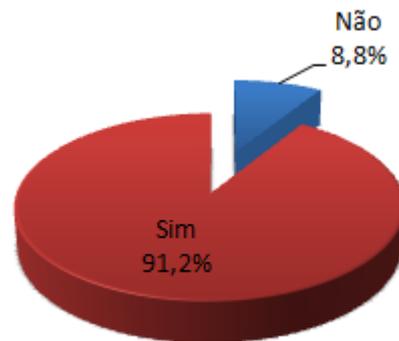
<b>Sexo</b>	<b>Frequência (%)</b>
Feminino	30 (88,2)
Masculino	4 (11,8)
<b>Total</b>	<b>34 (100,0)</b>

Em relação ao tempo de formação, a maioria dos enfermeiros entrevistados, 52,9%, tem de 8 a 13 anos. Seguidos de 17,6%, a porcentagem apresentada pelos profissionais com 20 a 25 anos de formados e, com a mesma porcentagem, os profissionais com 2 a 7 anos de formados.

Apenas 5,9% (correspondente a dois profissionais) têm de 26 a 32 anos de formados, e apresentando a mesma porcentagem de 5,9%, os profissionais que têm entre 14 e 19 anos de formados.

**Gráfico 2-** Tempo de formação, em anos, dos entrevistados.

Quando questionados se tinham feito algum curso de especialização, 91,2% afirmaram que sim, outros 8,8% (apenas 3 enfermeiros) não têm especialização, conforme podemos visualizar no Gráfico 3.

**Gráfico 3-** Curso de especialização

Dos 31 enfermeiros com especialização, a maioria (32,2%) se especializou em Terapia intensiva. Entre os cursos de especialização realizados por esses profissionais se destacam: Saúde da Família (29,0%), Saúde Pública (16,1%) e Obstetrícia (12,9%).

**Tabela 4-** Cursos de especialização realizados pelos enfermeiros entrevistados.

<b>Cursos de especialização (n=31)</b>	<b>Frequência</b>
Gerontologia	1 (3,2)
Obstetrícia	4 (12,9)
Saúde Coletiva,	1 (3,2)
Administração Hospitalar	1 (3,2)
Saúde da Família	<b>9 (29,0)</b>
Mestrado em Biologia Molecular	1 (3,2)
Saúde do Trabalhador	3 (9,7)
Meio Ambiente	1 (3,2)
Saúde Pública	5 (16,1)
Metodologia do Ensino Superior	1 (3,2)
<b>Terapia Intensiva</b>	<b>10 (32,2)</b>
Cardiologia	1 (3,2)
Urgência e Emergência	5 (16,1)

Como podemos observar na tabela 4 acima, há uma diversidade de especialização desses profissionais em áreas que não estão relacionadas com a sua prática na Estratégia Saúde da Família. Isto pode significar que a falta de formação na área da saúde pública pode dificultar o desenvolvimento das atividades, principalmente as educativas. O treinamento e conhecimento especializado na área

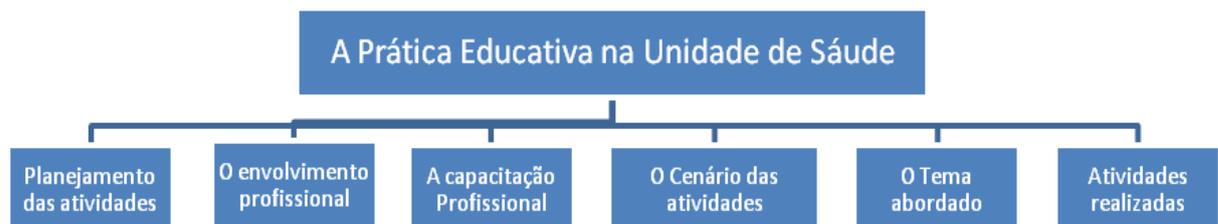
de atuação de um profissional de saúde pública é norteador das atividades cotidianas em uma unidade de saúde.

#### 4.2 A PRÁTICA EDUCATIVA NA UNIDADE DE SAÚDE

Nessa temática houve 375 unidades de registro que emergiram do núcleo direcionador I: Caracterização das Práticas Educativas em Diabetes na Estratégia Saúde da Família no Distrito Oeste do Município de Manaus.

A prática educativa na unidade de saúde tem seus principais eixos norteadores que concretizam vários espaços de realização e especialmente no campo da saúde pública. Em relação às ações desenvolvidas foi identificada a forma do planejamento dessas práticas; o envolvimento dos profissionais nas práticas; capacitação profissional; o cenário das atividades; o tema abordado e atividades realizadas.

**Fig.3 Temática I**



#### 4.2.1 Planejamento das Atividades

Na educação em saúde qualquer processo educativo deve levar em conta o planejamento das atividades, no intuito de atingir seus objetivos e o nível de participação desejado.

Nas ações educativas em diabetes é essencial resgatar o ato de planejar, que é definido como um processo que visa ação, superação, previsão e racionalização, no qual se pretende alcançar objetivos e estabelecer caminhos. Às vezes o planejamento requer diversas mudanças no processo de ensino e aprendizagem, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada (BORGES; OLIVEIRA, 2012).

Nesse sentido quando foi perguntado aos sujeitos como é feito o planejamento das práticas educativas em diabetes, observou-se que as respostas se referiam ao planejamento das suas atividades como sendo realizados diariamente, conforme a demanda, através do cronograma de atendimento ao diabético, planejamento mensal, semestral ou anual determinado pela Secretária Municipal de Saúde do Amazonas (SEMSA) ou Distrito de Saúde (DISA), não havendo uma resposta precisa de como eles realizam seu planejamento. E 22 dos entrevistados relataram não realizarem o planejamento dessas práticas. Não houve respostas detalhadas sobre a forma de realizar o planejamento dessas atividades, como podemos evidenciar nas falas a seguir:

A gente faz assim, diariamente, de acordo como vão surgindo às oportunidades, não é sistemática para dizer toda semana eu vou fazer. Conforme a demanda. (31)

Nós fazemos semanalmente naquela sala de espera porque eu tenho um grupo na quinta feira. (E26)

O planejamento é feito mensal. (E12)

É meio precário, como a gente tem muito programa para dar conta, então geralmente questão como diabetes, pressão alta, exemplo, é sempre nas campanhas e a cada 6 meses. (E30)

A gente faz aqui um planejamento anual, que é o da DISA, a SEMSA, o Ministério da Saúde nos pedem isso. (E03)

Não realizo, somente pela Semsas. (E11)

Não realizo um planejamento específico. (E21)

Não valorizar o planejamento para o desenvolvimento de práticas educativas em diabetes é interfere nos resultados dos grupos. Sem que haja um planejamento sistematizado da atividade, preferencialmente desenvolvido por todos os envolvidos, torna-se difícil encontrar parâmetros de avaliação dos resultados, sendo essa prática realizada muitas vezes de maneira subjetiva (SANTOS, 2011).

Os profissionais da atenção básica devem planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações educativas e articular suas atividades com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. A qualidade dos serviços de saúde, dessa forma passa a figurar como resultado de diferentes fatores ou dimensões que constituem instrumentos, de fato, tanto para a definição e análises dos problemas como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais e gestores (prefeitos, secretários e conselheiros municipais de saúde, entre outros) com as normas técnicas, sociais e humanas (COTTA, 2002).

Diante dos resultados apreendido das falas dos sujeitos, faz-se necessário uma reflexão e avaliação crítica do papel do profissional de saúde como “educador”, que tem como objetivo buscar e identificar os problemas encontrados na equipe e comunidade. No entanto, o conhecimento sobre a importância do planejamento das suas atividades educativas é fundamental para desenvolver uma boa prática educativa.

#### **4.2.2 O Envolvimento Profissional**

O processo educativo em saúde para a pessoa diabética requer o envolvimento Multiprofissional e interdisciplinar, o qual permite troca de diferentes saberes, devido sua relação direta com o sucesso destas atividades e a motivação da equipe em realizar suas atividades.

Nesse sentido, Santos (2011) corrobora quando descreve que “o processo educativo em diabetes requer envolvimento profissional e também é visto como motivador no ambiente de trabalho”.

**Na Tabela 5**, observe que 17% dos profissionais entrevistados afirmam que todos da equipe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente de saúde e assistente social) participam das práticas educativas nas ESF em diabetes.

**Tabela 5-** Profissionais que realizam as práticas educativas em diabetes.

<b>Profissionais</b>	<b>Frequência (%)</b>
Enfermeiro	3 (8,8)
Enfermeiro e Assistente Social	1 (2,9)
Enfermeiro e Técnico de Enfermagem	2 (5,9)
Enfermeiro, Agente de Saúde e Técnico de Enfermagem.	2 (5,9)
Médico e Enfermeiro	2 (5,9)
Médico, Enfermeiro e Agente de Saúde.	3 (8,8)
Médico, Enfermeiro e Assistente Social.	2 (5,9)
Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.	2 (5,9)
Todos da Equipe	17 (50,0)
<b>Total</b>	<b>34 (100,0)</b>

As atividades realizadas em equipe e de forma interdisciplinar são fundamentais na atenção básica, e compõe o elenco de características do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

A ação educativa desenvolvida em equipe é uma necessidade contemporânea. No entanto é necessário que haja entre os componentes uma criação de vínculos, com objetivos comuns para se construir um processo de trabalho com compromisso ético, profissional e interdisciplinar.

Observe que na **tabela 5** o enfermeiro é o profissional que mais participa das ações educativas em diabetes. Porém ressaltamos que os saberes devem ser compartilhados por todos, e a participação de cada um é essencial no desenvolvimento das atividades educativas. A importância do envolvimento interdisciplinar nas práticas educativas contribui para mudanças de ações educativas, qualidade da assistência e a avaliação das atividades realizadas na unidade de saúde.

#### **4.2.3 Capacitação Profissional**

Na busca de melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais é relevante para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, epidemiologia e serviços de saúde em decorrência

da necessidade de trabalhar em grupo e/ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual (COTTA, 2002).

Observe na **Tabela 6**, que 70,6% (24) dos profissionais não receberam treinamento específico sobre atendimento ao diabético. Apenas 29,4% (10) receberam treinamento.

**Tabela 6** - Treinamento específico sobre atendimento ao diabético

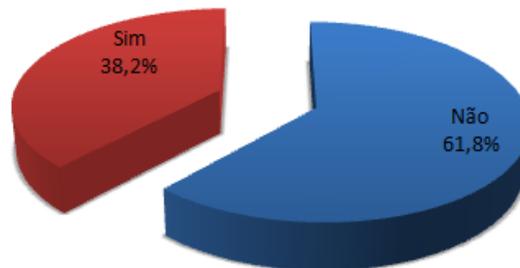
Recebeu?	Frequência (%)
Não	24 (70,6)
Sim	10 (29,4)
<b>Total</b>	<b>34 (100,0)</b>

A falta de treinamento sobre o atendimento ao diabético, como foi observado na tabela 6 é uma evidência que nos faz refletir sobre a assistência necessária ao diabético. O conhecimento sobre os cuidados específicos a serem prestados à pessoa com diabetes é essencial na qualidade da assistência e acompanhamento da doença, a fim de evitar possíveis complicações.-.

A falta de treinamento no processo educativo em pacientes com diabetes também foi evidenciado no estudo de Torres et al.(2006).

No **Gráfico 4** é possível observar que 61,8% (21 profissionais) dos enfermeiros afirmaram que sua equipe não promove encontro/treinamento de capacitação de seus profissionais para desenvolvimento de atividades em grupo. Apenas 38,2% (13 profissionais) afirmaram promover essa capacitação.

**Gráfico 4:** A equipe promove algum encontro/treinamento de capacitação de seus profissionais para desenvolvimento das atividades em grupo?



O desenvolvimento de atividades em grupo contribui para melhoria na qualidade das praticas educativas em diabetes. Entretanto, como foi evidenciado neste estudo, conforme mostra o gráfico 4 a equipe de saúde ainda não promove esse tipo de treinamento.

Observe na **Tabela 7**, que do total de 13 profissionais que responderam que a equipe promove treinamento para o desenvolvimento de atividades em grupo, 46,2% realizam reuniões visando a melhoria das atividades em grupo.

**Tabela 7-** Atividades de capacitação Realizadas para desenvolvimento de atividades em grupo, promovidas pela equipe.

<b>Atividades</b>	<b>Frequência (%)</b>
Educação permanente	2 (15,4)
Reuniões	6 (46,2)
Reuniões semanais	2 (15,4)
Reuniões semestrais	1 (7,6)
Roda de conversa	2 (15,4)
<b>Total</b>	<b>13 (100,0)</b>

O treinamento dos profissionais seja qual for a estratégia usada, seja educação permanente, reuniões e rodas de conversas, é uma ferramenta essencial para promover atividades em grupo. Isso possibilita à equipe a discussão da prática baseada em evidências que envolvem definições de problemas encontrados, e busca uma avaliação crítica do grupo em relação ao desenvolvimento das suas atividades, a competência profissional, as questões éticas, os objetivos a serem alcançados, e permite também, discutir as necessidades do público alvo.

#### **4.2.4 O Cenário das Ações**

Neste subtema insere-se onde são realizadas as atividades educativas em diabetes, a frequência, forma da prática (individual ou coletiva), número médio de participante e as atividades mais realizadas na unidade de saúde.

##### **4.2.4.1 O Local da Prática Educativa**

A **Tabela 8** apresenta o local onde essas práticas são realizadas. E 58,8% dos profissionais afirmaram que as práticas são realizadas na sala de espera da Unidade Básica de Saúde da Estratégia Saúde da Família.

**Tabela 8-** Local que é Realizado as Práticas Educativas em Diabetes

<b>Local</b>	<b>Frequência (%)</b>
Centro comunitário do bairro	2 (5,9)
Consultório	4 (11,8)
Consultório e sala de espera	4 (11,8)
Igreja e escolas do bairro	1 (2,9)
Sala de espera	20 (58,8)
Sala de espera e centro comunitário do bairro	1 (2,9)
Sala de espera e escolas do bairro	1 (2,9)
Sala de espera, centro comunitário e igreja do bairro.	1 (2,9)
<b>Total</b>	<b>34 (100,0)</b>

Sobre os espaços para o exercício das práticas educativas em diabetes foi constatado que não há uma sinalização de mudança na utilização dos espaços, uma vez que a equipe poderia adotar espaços variados dentro da comunidade na tentativa de aproximar a unidade de saúde da comunidade.

Para Freire (2007b) as práticas educativas devem ser derivadas da transformação ou reconstrução dos saberes que são repassados a um grupo que não tem o princípio do conhecimento acadêmico científico, mas pode contribuir com suas experiências e vivências. Esse distanciamento entre a unidade e a comunidade foi evidenciado na **tabela 8** que reforça essas ideias do autor.

Já Carneiro (2010) descreve que atividades realizadas em sala de espera podem contribuir significativamente para a promoção de saúde, prevenção de agravos e encaminhamentos para outras atividades de saúde. Mas essa prática precisa ser estimulada e adotada como recurso teórico e prático, problematizador na formação dos profissionais de saúde.

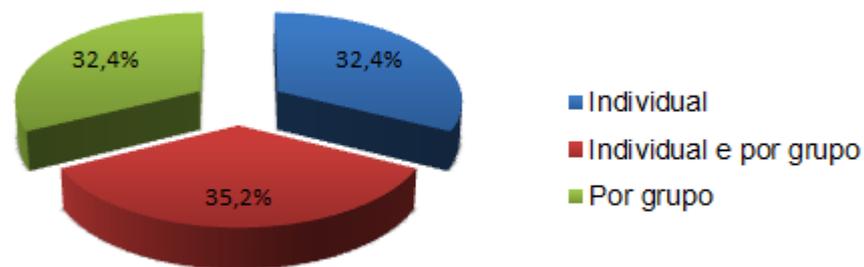
Vale ressaltar que Teixeira e Veloso (2006) destacam que para as atividades individuais, é necessário o desenvolvimento de habilidades de comunicação, de acolhimento e de intervenções participativas.

A unidade de saúde deve articular a integração de suas atividades nos diversos ambientes sociais, isto possibilitará uma maior reflexão e compreensão das relações que possam ser estabelecidas entre as pessoas diabéticas e sua realidade cultural e social. Freire (1980) também descreve que quanto mais refletirmos sobre a realidade de uma população, sobre a situação concreta, poderemos intervir na tentativa de mudá-la.

#### 4.2.4.2 Prática Individual e Coletiva

No **Gráfico 5** observa-se que 35,2% das práticas educativas desenvolvidas são individuais e em grupo.

**Gráfico 5:** Tipo de prática educativa em diabetes na unidade de saúde:



A educação em saúde realizada individualmente passa a ser uma oportunidade para respeitar as necessidades de cada um (STOTZ, 2007).

A prática do enfermeiro na ESF aponta o desenvolvimento de práticas direcionadas também à consulta de enfermagem. Deve ser priorizado, do ponto de vista estratégico das práticas educativas, o diálogo entre os enfermeiros e os sujeitos (clientes) com base em uma interação mútua e contínua, determinando uma forma de relação em que se podem estabelecer diversos e importantes conhecimentos relacionados à saúde, ressaltando que as práticas individuais na assistência à saúde devam ser repensadas a partir da historicidade, vivência e cultura do indivíduo (CARVALHO, 2009, p.46).

Albuquerque e Stotz, (2004) corroboram também nesse sentido quando afirmam que as ações dos enfermeiros devem ser cuidadosas para não deixarem de atender as reais necessidades de saúde dos usuários, e não conduzirem assim, a uma demanda reprimida no atendimento em saúde.

Deve-se também destacar que no gráfico 5 também foi evidenciado realização de práticas educativas em grupo e práticas educativas individuais

Para carvalho (2009) apesar da prática educativa coletiva realizada pelos enfermeiros da ESF se construir em uma das atividades que vem sendo desenvolvidas regularmente em algumas unidades de saúde da família, essas práticas ainda apresenta “limites” a sua execução, uma vez que ainda processada como prática pedagógica tradicional.

A autora também descreve que a educação em saúde desenvolvida por grupos deve fundamentar-se na necessidade de construção do conhecimento de maneira compartilhada e ainda é considerado como um grande desafio, uma vez que essas ações educativas realizadas em grupos de pessoas são mais complexas ao passo que os integrantes são pessoas dotadas de sentimentos e ideologias diferentes, capazes de gerar conflitos.

Na prática educativa individual e coletiva, o profissional de saúde não pode se considerar detentor do saber e transmitir seus conhecimentos sem levar em consideração o desejo e saber da pessoa diabética. É necessário ter informações sobre o conhecimento da pessoa em relação à doença, condições socioeconômicas. Assim sendo, o profissional terá informações necessárias para ajudar a ajudá-lo na orientação de pessoas quanto ao manter um estilo de vida saudável e necessário para mudança de hábitos.

#### 4.2.4.3 Frequência das Práticas Educativas

Na **Tabela 9**, observe que essas práticas são realizadas semanalmente em 58,8% das UBS da ESF.

**Tabela 9**-Frequência com que são realizadas as Práticas Educativas

<b>Frequência das atividades</b>	<b>Número de UBS</b>
A cada dois meses	1 (2,9)
Conforme demanda	1 (2,9)
Mensal	7 (20,6)
Quinzenal	4 (11,8)
Semanal	20 (58,8)
Semestral	1 (2,9)
<b>Total</b>	<b>34 (100,0)</b>

Neste contexto da análise constatou-se a frequência que ocorrem estas práticas. A frequência semanal (58,8%) está direcionada no cronograma semanal no

atendimento aos diabéticos. Nesse atendimento, os diabéticos ficam na sala de espera aguardando, e a equipe aproveita este momento semanal como oportunidade favorável para educação em saúde conforme explicado acima.

#### 4.2.4.4 Número Médio de Participantes

A **Tabela 10** mostra que 23,5% das UBS têm número médio de 10 participantes, seguidos de 14,7% que têm número médio de 15 a 20 pessoas.

**Tabela 10-** Número Médio de Participantes nas Práticas Educativas

<b>Número médio de participantes</b>	<b>Frequência (%)</b>
5 pessoas	1 (2,9)
10 a 15 pessoas	3 (8,8)
10 pessoas	8 (23,5)
12 a 16 pessoas	2 (5,9)
12 a 20 pessoas	1 (2,9)
12 pessoas	1 (2,9)
15 a 18 pessoas	1 (2,9)
15 a 20 pessoas	5 (14,7)
15 pessoas	1 (2,9)
16 a 20 pessoas	2 (5,9)
17 pessoas	1 (2,9)
20 a 25 pessoas	1 (2,9)
20 a 30 pessoas	1 (2,9)
20 pessoas	2 (5,9)
50 a 60 pessoas	1 (2,9)
Não soube responder	3 (8,8)
<b>Total</b>	<b>34 (100,0)</b>

O estudo de Carneiro (2011), com relação ao número de participantes nas práticas educativas, revela uma aproximação também entre 11 a 20 participantes.

Lucches e Barros (2007) afirmam que diversos autores convergem na indicação de 8 a 12 pessoas, como sendo o número ideal de pessoas participantes nas práticas educativas. Eles defendem que o número inferior poderia não oferecer o dinamismo necessário às interações e trocas uns com outros. Já um número superior poderia tornar a comunicação inviável e contribuir para formação de grupos paralelos ou subgrupos. Além disso, um número grande de participantes podem inibir as pessoas mais tímidas a expressar suas ideias e vivências, o que pode

dificultar o fortalecimento do vínculo e da cumplicidade entre os participantes da prática.

#### 4.2.4.5 Atividade mais Realizada pela Equipe

Observe na **Tabela 11**, que as atividades mais realizadas pela equipe foram: consulta individual (77,4%), renovação da receita de insulina (45,2%) e ação educativa (32,2%).

**Tabela 11- Atividades mais Realizadas pela Equipe de Saúde.**

<b>Atividades (n=31)</b>	<b>Frequência (%)</b>
Ação educativa	10 (32,2)
Consulta individual	24 (77,4)
Renovação da receita de insulina	14 (45,2)
Diagnóstico em diabetes	5 (16,1)
Glicemia	3 (9,7)
Encaminhamento	2 (6,4)
Pressão arterial	1 (3,2)

No estudo de Carneiro (2010) realizado nas unidades básicas de Belo Horizonte, os resultados encontrados em relação às atividades mais realizadas pela equipe foram à ação educativa (78,5%), seguida da renovação da receita (10,4%) e 6,9% para consulta individual. Observa-se que os resultados mostrados neste estudo, se diferem dos resultados desta pesquisa evidenciada na tabela 7 (acima), sendo a atividade mais realizada pela equipe a de consulta individual (20,6%).

Observa-se na **tabela 11** que a equipe ainda prioriza a consulta individual, e atividades de rotina como a verificação dos parâmetros vitais (pressão arterial) e controle de glicemia, a renovação da receita de insulina ainda são consideradas como ações educativas.

Percebe-se que os enfermeiros entendem como prática educativa a consulta individual e atendimentos de procedimentos de verificação da pressão arterial, peso e teste de glicemia como prática educativa.

Granada (2004) descreve a experiência de abolir essas práticas de verificação da pressão arterial, medição de glicemia e peso, a fim de mostrar aos

pacientes que a atividade educativa em grupo não tinha pretensão de substituir o atendimento individualizado.

Por outro lado, sabemos que diante da realidade dos serviços de saúde pública, esta ainda é uma alternativa frequente que garante muitas vezes a participação da população nas atividades educativas. Mas essa estratégia deveria ser desvinculada de qualquer obrigação ou benefício que possa ter. A participação do público alvo deveria ocorrer por livre escolha, e motivada a partir de práticas bem planejadas e avaliadas, participativas e que promovam a saúde do sujeito (CARNEIRO, 2010).

Como foi evidenciado neste estudo, a prática da consulta individual tem sido a atividade realizada com mais frequência nas unidades de saúde do Município de Manaus, na Zona Oeste do Município de Manaus. Este resultado foi evidenciado quando no decorrer da coleta de dados, pretendíamos realizar observação participativa das práticas educativas em grupos. No entanto, no período da coleta de dados a ser realizada essa etapa da pesquisa, não houve realização dessas práticas nas unidades de saúde, fato este que contribui em afirmamos que a consulta individual ainda é considerada a prática mais realizada pela equipe de saúde.

#### 4.2.4.6 O Tema Abordado nas Práticas

Quando foram questionados os sujeitos da pesquisa em relação ao conteúdo abordado nas práticas educativas em diabetes emergiram os seguintes temas:

**Quadro II - Tema Abordado nas práticas Educativas em Diabetes**

<b>Tema</b>	<b>Unidade de contexto</b>	<b>Total de UR</b>
Complicações do diabetes	[...] complicações mais graves associadas à doença.	46
Nutrição adequada	[...]Aqui nessa unidade, eles são muito inertes, eles só querem saber da alimentação, o que eles podem e não	9

	podem comer[...]	
Tratamento medicamentoso	[...] uso correto do medicamento.	7
Autocuidado	[...]e principalmente quanto à higiene, a higiene e limpeza dos pés, das unhas também, de cortes, enfim[...]	5
Atividade Física	[...] atividade física, mas que não comprometa uma caminhada que vá ferir os pés, então eu faço muito esse lado de prevenção.	3
Sexualidade	[..] complicações a gente fala com um pouco mais de ênfase a questão da virilidade, a questão da sexualidade, a gente “prisa” [..]	2
Crenças Populares	[...] suas crenças, por exemplo, por uma questão de conhecimento mesmo, de cultura [..]	2

Conforme podemos observar no quadro III, há uma diversidade nos temas abordados nas práticas educativas, os quais podem contribuir significativamente para a pessoa diabética. Porém houve 45 UR para o tema complicações. Porém a prevenção dessas complicações, o autocuidado, o acompanhamento e tratamento são temas que contribuem no processo da doença.

O Ministério de saúde através do caderno de Atenção Básica Nº 16 de 2006, descreve trechos importantes em relação ao diabetes Mellitus:

A história natural do diabetes é marcada pelo aparecimento de complicações que são classificadas como agudas e crônicas, sendo

responsáveis por expressiva morbimortalidade, com taxas de mortalidade cardiovascular e renal, cegueira, amputações de membros e perda de função e qualidade de vida muito superior a indivíduos sem diabetes (BRASIL, 2006, p.34).

O tratamento medicamentoso em diabetes e cuidados deve ser acompanhado por especialista endocrinologista. O encaminhamento deve ser imediato, com o cuidado de evitar a demora no atendimento, pois eles apresentam risco de descompensação metabólica (BRASIL, 2006, p.22).

A terapia nutricional é parte fundamental do plano terapêutico do diabetes, podendo reduzir a hemoglobina entre 1-2%. Apoiar-se nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável (BRASIL, 2006, p.22).

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida (BRASIL, 2006, p.22).

Mesmo sabendo que os temas descritos nas falas dos sujeitos são fundamentais para o conhecimento da pessoa diabética, podemos observar que os conteúdos abordados tem enfoque preventivo priorizando a mudança de comportamento, que muitas vezes torna-se predominante nos serviços de saúde. Porém isso nos faz refletir se enfoque nas medidas preventivas das complicações do diabetes traz impacto ou mudanças de hábitos na vida dessas pessoas. Vale ressaltar que mudança de hábitos requer uma avaliação dos sujeitos e aproximação do educador ao educando.

Na pessoa diabética deve ser despertado e motivado também o autocuidado. Isso é fundamental na educação em saúde. O profissional de saúde pode ser um multiplicador de conhecimentos, a fim de motivar mudanças de comportamentos, atitudes e melhoria na autoestima, vontade de aprender e ensinar a pessoa a controlar a doença, e viver com qualidade de vida.

O conceito de autocuidado surgiu em 1958 quando Dorothea Orem como consultora do Office of Education, Department of Health, Education and Welfare, participou de um projeto para melhoria do treinamento prático de enfermagem estimulando a considerar a seguinte questão “que condições existem na pessoa quando a mesma ou outros determinam que ela deva estar sob cuidados de enfermagem?” essa ideia evoluiu para a primeira teoria “ A teoria do autocuidado”,

esta se refere à realização do autocuidado em si, explicando e justificando por que o autocuidado é necessário à saúde (SILVA;BRAGA, 2011).

No sentido dialógico deste contexto, a equipe de saúde da ESF deve ter conhecimento no aspecto do autocuidado, desempenhando um papel de facilitador do processo educativo e não somente identificador de problemas, mas encorajar as pessoas diabéticas a se sentirem responsáveis pelo autocuidado e pelo processo de mudança da sua realidade (HEIDEMANN, 2006).

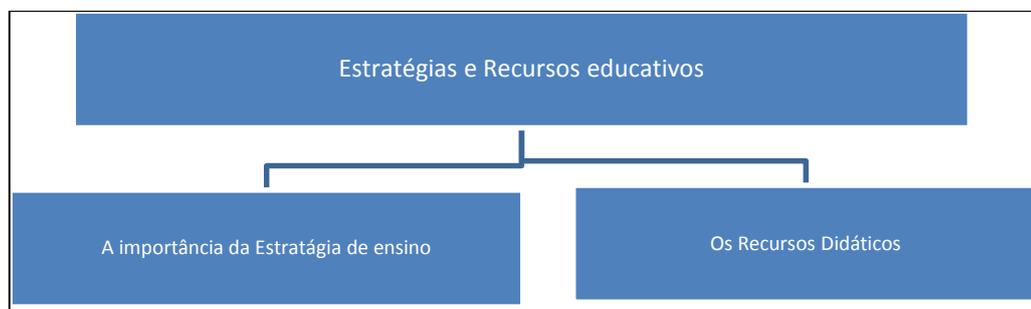
A produção do conhecimento sobre a doença, tratamento, complicações é mudanças de hábitos da pessoa diabética alicerça a prática profissional. Prática essa que pode ser abordada de várias maneiras de acordo com as teorias de enfermagem, que buscam direcionar metas, ações e as diversas formas de cuidar.

Entretanto, sabe-se que “educar deve ser a forma de conceber a educação como uma construção coletiva, na qual os conteúdos abordados devem estar relacionados à realidade dos sujeitos participantes do processo de educação” (FREIRE, 1998).

#### 4.3 ESTRATÉGIAS E RECURSOS EDUCATIVOS

Nessa temática houve 67 Unidades de registro que emergiram do núcleo direcionador II: Estratégias e recursos utilizados nas práticas educativas em diabetes

**Fig.4 Temática II**



### 4.3.1 A importância das Estratégias de Ensino

Um dos grandes desafios da prática educacional é realizar atividades que envolvam os profissionais e os participantes, de modo a promover uma reflexão crítica quanto às estratégias a serem adotadas. Em geral as estratégias são utilizadas como atividades habituais e de forma mecânica.

Quando foi questionado aos sujeitos, quais recursos e estratégias utilizados nas práticas observa-se nas falas a seguir que as respostas estão mais relacionadas aos recursos didáticos.

Bem, em nosso arsenal, que infelizmente é muito pequeno, então usamos, por exemplo, cartaz, folderes relacionados à prática e alimentação saudáveis, então são esses os recursos que a gente usa. (E01)

Olha, os recursos que a gente tem aqui, a gente trabalha com a questão da aparelhagem, densiômetro e o glicosímetro e a fita métrica para medir a circunferência abdominal e temos também alguns quadros, temos álbum seriado que a gente usa também, mais ou menos isso. (E05).

Em relação às estratégias utilizadas, percebe-se a falta de conhecimento em relação à diferenciação de estratégia e recurso didático como podemos evidenciar nas falas abaixo:

As estratégias, nem sei te falar. A gente só faz os curativos nas residências. (E09)

Estratégia de áudio visual e apoio e parceria com a assistente social. (E12)

Aqui a gente faz só as palestras com material educativo e distribuição de folderes[...] (E16).

Aqui na minha unidade fica restrito a voz mesmo, em palestra mesmo, a gente vai, levanta e orienta o paciente, conversa com ele. (E25)

Nós temos folders, banners e álbum seriado. A estratégia que a gente faz é mensalmente nas consultas, pelo menos uma vez ao mês a gente faz essa consulta. (E28)

Segundo os dados apresentados na **Tabela 12**, dentre os 34 sujeitos entrevistados, 23,5% utilizam somente folder, seguidos de 17,6% que utilizam cartazes e folders. Apenas uma unidade afirmou não utilizar recursos.

**Tabela 12-** Recursos Didáticos Utilizados nas Práticas Educativas

<b>Recursos</b>	<b>Frequência (%)</b>
Cartazes	1 (2,9)
Cartazes e folderes	6 (17,6)
Cartazes e palestras	1 (2,9)
Cartazes e panfletos	1 (2,9)
Cartazes, folderes	1 (2,9)
Cartazes, panfletos e palestras.	1 (2,9)
Folder	8 (23,5)
Folder e palestras	1 (2,9)
Folder, panfletos	1 (2,9)
Palestras	3 (8,8)
Panfletos	3 (8,8)
Sem recurso	1 (2,9)
Outros	6 (17,6)
<b>Total</b>	<b>34 (100,0)</b>

Do total, 17,6% citaram outros recursos: álbum seriado, banner, áudio visual, cartolina, isopor, data show, manual, net book, xerox de materiais.

Dos entrevistados apenas dois profissionais responderam sobre as estratégias utilizadas nas práticas educativas, um afirmou realizar orientações individuais e o outro citou a roda de conversa, e os demais se portaram apenas para os recursos didáticos.

A educação ideal é aquela que mescla os modos de ensino formal e informal na problematização da realidade e integra o educando ao seu ambiente cultural, social e biológico, evitando assim a alienação do indivíduo no seu espaço. Há diversas estratégias de ensino, dentre as quais algumas são centradas na pessoa que aprende (BORGES; OLIVEIRA, 2012).

Nas instituições públicas cabe à equipe elaborar estratégias de ensino, que não interfiram no pensamento crítico dos participantes. Essas práticas pedagógicas devem ser voltadas para direcionar o profissional trilhar seu próprio caminho, com percepção e a razão. Mostrando interação mútua entre o educando e o educador.

Para melhorar a compreensão das possíveis estratégias de prática educativa foi adaptado um quadro das características das estratégias de ensino de Bastable, 1997 para estratégias de práticas educativas em saúde.

**Quadro III- Características das Estratégias em Práticas Educativas em Saúde**

<b>Estratégias</b>	<b>Atuação do educando</b>	<b>Atuação do educador</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Limitações</b>
Prática expositiva	Passivo	Transmissão de informações	Baixo custo; atinge um grande número.	Não é individualizado.
Prática individual	Ativo	Apresenta informações e facilita a aprendizagem individualizada.	Estabelece necessidades e metas individuais	Trabalho intensivo; isola o educando.
Prática coletiva	Ativo, se o educando participar.	Guia e focaliza a discussão.	Estimula o compartilhamento de ideias e emoções.	Tímidos ou membros dominantes. Altos níveis de diversidade.
Prática com Simulação	Ativo	Imagina e desenha ambiente, facilita o processo, interroga e instrui.	Prática da realidade em ambiente seguro.	Trabalho intenso e custo de materiais e equipamentos se necessário.
Prática com Dramatização	Ativo	Planeja e cria um estilo de teatralização, instrui e pergunta, planeja habilidades e comportamentos	Favorece a socialização e desenvolve a percepção do outro.	Exagero do desenvolvimento do papel; requer concordância.
Prática com educação a distância	Passivo	Apresenta informações e responde a questões	Alcança educando que estão distantes do educador e especialista.	Falta de contato pessoal e facilidade de acesso.

Acredita-se que para escolha de uma estratégia de ensino, é prioritário conhecer os objetivos e os métodos de ensino existente. Um dos maiores desafios para pessoas que estão em busca de raízes e referências estão em aprender e conviver neste mundo globalizado, e a educação emergem de pessoas e da sociedade. A educação deve estar organizada em torno de quatro aprendizagens fundamentais: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver; e aprender a ser que integra as três anteriores, criando-se condições que favoreçam para o indivíduo a construção do conhecimento e aquisição de autonomia. (BORGES; OLIVEIRA, 2012).

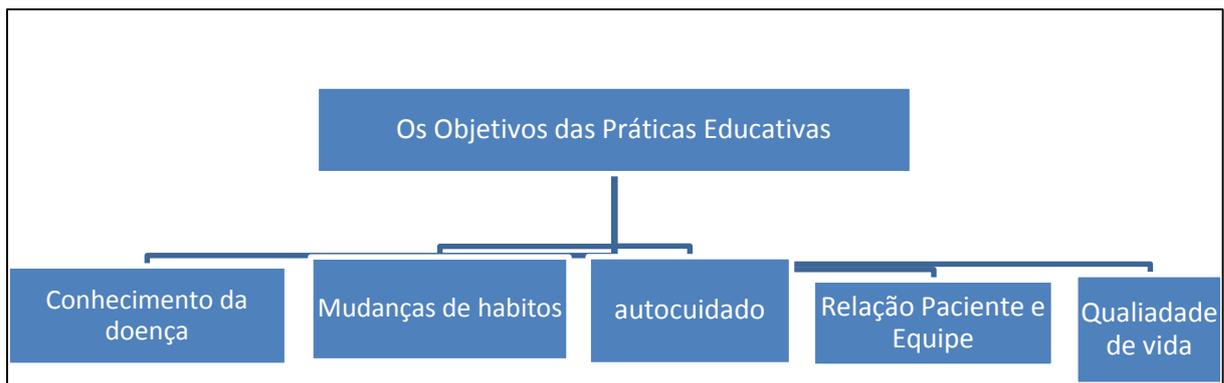
O profissional de saúde deve despertar no sujeito a capacidade de indagar, de comparar, de duvidar, de aferir. Tornar o educando mais curioso é tornar mais crítico o nosso bom-senso. (FREIRE, 2011)

O profissional de saúde precisa também passar por um processo de transformação, e conhecer seu educando é uma primícia essencial para criar estratégias de mudanças no processo de ensino.

#### 4.4 OS OBJETIVOS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Nessa temática houve 46 Unidades de registro que emergiram do núcleo direcionador III: Objetivo das Práticas educativas e sua Relação com princípio de promoção de Saúde em Diabetes.

**Fig.5 Temática III**



A prática educativa neste estudo refere-se às ações educativas desenvolvidas na ESF e sua relação com os princípios de promoção em saúde voltados às pessoas diabéticas. Neste núcleo direcionador procuramos verificar quais os objetivos estabelecidos em relação às práticas educativas em diabetes.

A fala dos sujeitos abaixo demonstrou que o olhar do enfermeiro às práticas educativas em diabetes tem uma relação com os princípios de promoção em saúde voltada a pessoa diabética. Podemos evidenciar essa relação com base nas falas abaixo:

[...] O objetivo das práticas educativas é dar o conhecimento [...] (E07)

[...] é prevenir complicação. ( E17)

Esclarecer as dúvidas, melhorar o autocuidado e mantê-los informados do acompanhamento da dieta e adesão no tratamento. (E12)

[...] as mudanças dos hábitos para eles terem uma qualidade de vida mais adequada. (E14)

Fortalecer mais o convívio do próprio paciente com o conhecimento técnico da equipe. (E32)

Nosso objetivo maior é tentar trazer uma qualidade de vida para eles [...] (E23).

Apesar dessa relação entre os objetivos e os princípios de promoção em saúde voltada a pessoa diabética, pode-se perceber que o conhecimento sobre os objetivos da prática educativa em diabetes ainda é voltado para o tratamento e prevenção das complicações da doença.

#### **4.4.1 Conhecimento da Doença**

Conhecer os meios de diagnóstico, tratamento farmacológico, complicações agudas e crônicas, nutrição adequada, mudanças de hábitos necessários para o controle da diabetes, são requisitos de extrema importância para pessoa diabética.

O conhecimento sobre a doença traz ao individuo uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinante de um viver saudável (MACHADO et al., 2007).

Para um portador de DM, o conhecimento sobre sua doença é imprescindível na prevenção de complicações, no autocuidado e na manutenção do controle metabólico (MS, 2006).

É importante que a equipe interdisciplinar avalie constantemente os seus conceitos de práticas, verificando se sua abordagem apresenta resultados positivos ou necessita de novas direções educacionais. O atendimento interdisciplinar às pessoas diabéticas na modalidade coletiva podem proporcionar conhecimentos relativos à doença a fim de promover o autocuidado e favorecer o controle glicêmico, diminuindo, desta forma, as complicações da doença.

#### **4.4.2 Mudanças de Hábitos**

Atualmente existe uma forte tendência no discurso científico sobre promoção de saúde centrada nas mudanças individuais de comportamento e estilo de vida. Acredita-se que a condição de saúde não pode ser determinada unicamente pela realidade social e ser responsabilidade exclusiva do indivíduo. A compreensão do processo saúde/doença deve ser entendida na sua complexidade envolvendo o sujeito, o poder público e as ações dos profissionais de saúde e educação (SANTOS, 2011).

Um dos pontos fundamentais no tratamento do DM é a motivação do indivíduo para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades nas mudanças de hábitos.

Vale ressaltar também que algumas mudanças no estilo de vida das pessoas diabéticas são necessárias, como a prática de atividade física regular, abandono do tabagismo, dentre outras atitudes preventivas, levam à redução do risco para a saúde e, prevenção do aparecimento de novos sintomas e até mesmo suspensão do uso contínuo de alguns medicamentos (BEASLEY, 2007; SHI, 2002).

#### **4.4.3 Autocuidado**

Conforme já foi citado anteriormente o modelo conceitual do autocuidado de Dorothea Orem, que se ajusta aos propósitos da educação em saúde e valoriza a responsabilidade individual, também foi referência para outras pesquisas.

É preciso conhecer um pouco mais dos diabéticos que cuidamos e, para tanto, deve-se levar em consideração as suas crenças em saúde, a fim de que se possam utilizar estratégias de educação em saúde em consonância com modo de vida. Em função disso, fazemos os seguintes questionamentos: Quais são os comportamentos de autocuidado eleitos pelos diabéticos?

O conhecimento cultural, hábitos e crenças populares oferecem relevantes subsídios para uma prática de saúde, que possibilitará promover a assistência e o autocuidado desse indivíduo ao longo do processo saúde-doença.

Cada profissional de saúde deve refletir sobre seu conhecimento , à compreensão que é necessário para realização do autocuidado. O “saber fazer é a

habilidade, a destreza para executar as tarefas relacionadas ao autocuidado”. O “saber ser e conviver” são atitudes relacionadas ao modo de viver com diabetes (SANTOS, 2011).

#### **4.4.4 Paciente e Equipe de Saúde**

A relação paciente e equipe de saúde da ESF também deve ser uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõe a equipe de saúde da família.

Esta relação torna-se um vínculo, e vínculo é “tudo o que liga”, ata e aperta. Quando estamos “ligados” ou vinculados, somos corresponsáveis pelo que acontece na relação; isto quer dizer que falar de vínculo na relação profissional-paciente significa atribuir ao profissional a sua parcela de responsabilidade pelo sucesso ou fracasso do atendimento, assim como o paciente também é responsável pelo sucesso de um determinado tratamento (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

O vínculo proporciona também um atendimento humanizado e viabilizar a relação entre ambas às partes. Além de realizar a escuta ativa das necessidades dos usuários, permitindo o acolhimento dos mesmos.

Mas o vínculo é um processo complexo, que inclui duas ou mais pessoas e sua representação mútua, ou seja, como uma percebe a outra, pelos processos de comunicação e aprendizagem (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Uma boa relação de confiança e respeito entre paciente e equipe de saúde favorece mecanismos facilitadores na educação em saúde. Para que isso ocorra, é necessário conquistar essa relação a cada dia, transmitindo saberes que possibilitam aos diabéticos um ato de confiança. Conhecer o modo de vida da comunidade, a maneira que as pessoas resolvem seus problemas, sejam eles individuais ou coletivos, como adoecem e como tratam a doença é de grande relevância para as práticas educativas em diabetes.

#### **4.4.5 Qualidade de Vida**

Embora só nas últimas décadas do século XX venha sendo percebido um crescente interesse no construto Qualidade de Vida (QV) no campo da saúde, o

discurso sobre QV e saúde já existe desde o nascimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX, inespecífico e generalizante (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A avaliação da QV é feita pela aplicação de instrumentos, em geral questionários, dirigidos aos próprios pacientes e/ou responsáveis. Ao se utilizar estes questionários em outro idioma, seguem-se as normas de tradução propostas pelos autores do instrumento, bem como suas propriedades de medida que devem ser demonstradas dentro de um contexto cultural específico (PETTY et al., 2004; CASSIDY ;PETTY, 2002).

A preocupação com a QV das pessoas tem interessado aos pesquisadores devido ao aumento na expectativa de vida e à maior prevalência de condições crônicas de saúde. Fora isso, por proporcionar uma mudança na maneira de se encarar as diferentes condições de saúde, pensadas sob uma perspectiva mais ampla, que inclua aspectos subjetivos da percepção do paciente sobre a sua própria saúde e bem estar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para que as pessoas possam fazer escolhas mais saudáveis de vida, é necessário que haja um processo de interação entre o educador e a experiência de vida de cada um, isto estabelece confiança e entre profissional –paciente (ALVES, 2004).

Dentre as complicações do diabetes a neuropatia pode ocasionar lesões cutâneas em membros inferiores, conhecida popularmente como “Pé diabético”, isto pode ocasionar impacto na qualidade de vida das pessoas com diabetes. Nesse aspecto Perdomo (2008) no seu estudo realizado no Município de Manaus- Amazonas, Titulado Feridas nos Pés de pessoas com Diabetes e Impactos sobre a Qualidade de vida, descreve nas suas considerações finais que:

Tratar a ferida de uma pessoa diabética vai além da esfera técnica e científica. É necessário investigar quais as alterações na vida sofridas em decorrência de uma ferida no pé, que, em muitas das vezes, incapacita o indivíduo que a possui. Estudar a qualidade de Vida dessas pessoas nos permite olhá-las integralmente (biopsicossocial). A visão holística tão almejada, agora viabilizada por meio de um instrumento (PERDOMO,2008,p.79).

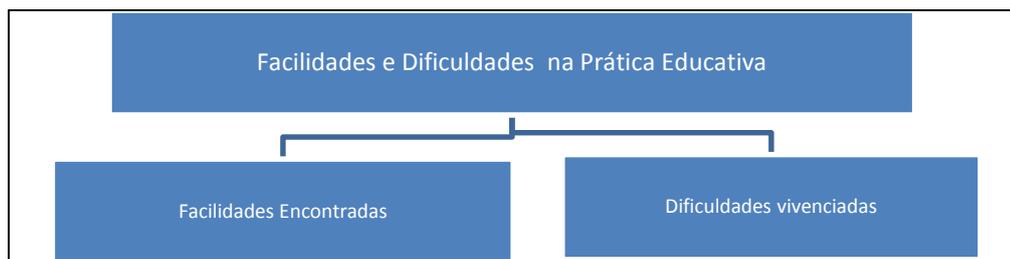
Os profissionais de saúde precisam conhecer os pacientes diabéticos em sua totalidade, ou seja, em uma visão holística, se o objetivo é de ajudá-los. A atuação profissional não deve ser em apenas procedimentos técnicos ou à doença. É

necessário, portanto, que, no contato com essas pessoas, a equipe de saúde seja capaz de ampliar a visão assistencial, integrando a ela a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida.

#### 4.5 FACILIDADES E DIFICULDADES NA PRÁTICA EDUCATIVA

Nessa temática destacam-se 86 Unidades de registro que emergiram do núcleo direcionador IV: Facilidades e Dificuldades encontradas para realização das práticas educativas

**Fig.4 Temática IV**



##### 4.5.1 Facilidades encontradas

Quando questionados os sujeitos em relação às facilidades encontradas para realizar as práticas educativas em diabetes, foi observado que a vivência na estratégia da família proporciona experiências que muitas vezes não temos a oportunidade de discutir ou ouvir. O cenário que marca a vida destes profissionais, até mesmo os que na sua insatisfação profissional por falta de apoio e recursos sejam estruturais e humanos, com certeza tiveram no decorrer da sua trajetória na saúde pública experiências que ficaram guardadas, mas, no entanto no momento de relatar suas facilidades encontradas para realizar as práticas educativas deixaram o impulso das dificuldades sobressaírem.

As principais facilidades relatadas no processo de realização das práticas educativas em diabetes foram as seguintes:

**O convívio com a comunidade:**

Então, acho que esse convívio diário, como a gente conhece a nossa clientela, acho que isso aí facilita muito o nosso trabalho. (E01)

**A receptividade, respeito, confiança dos usuários:**

Uma das grandes virtudes que esse programa tem é justamente conhecer nossa clientela e , digamos, o respeito que a gente tem deles. A forma como nós somos recebidos por eles, recepcionados. A atenção que é dada do usuário para nós, sentimos bastante um espaço ganho. (E32)

A confiança dos usuários da casinha, tanto no médico, enfermeiro e ACS, a adesão deles é boa. (E30)

**Adesão dos pacientes, à visita domiciliar:**

[...] adesão dos pacientes que apesar dos faltosos, a gente considera uma adesão muito boa.(E26)

Ajuda muito na visita domiciliar, a gente entra na casa deles, isso facilita muito, a gente conversa, orienta, dentro do ambiente doméstico dele. (E24)

No sentido do convívio, da receptividade e o respeito e a visita domiciliar encontrada como facilidades nas práticas educativas em diabetes, podemos concordar com o que descreve Arroy (2001):

A educação popular em saúde pretende investir no diálogo entre os sujeitos, na educação humanizadora e no trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito. Procura lembrar que o corpo, a palavra, a consciência, os hábitos e o trabalho são eixos temáticos fundamentais, pois são o lugar de encontro entre a educação e a saúde e devem nortear qualquer capacitação dessas áreas do conhecimento (p.21).

A visita domiciliar para ESF é uma atividade prioritária, sendo considerado um instrumento de oportunidade de análise e intervenção para os problemas de saúde das famílias (CARVALHO, 2009).

Entretanto podemos considerar também como um vínculo que estabelece uma relação de aproximação da equipe com a população.

Essa relação da equipe com população é importante no afeto, nas emoções, o estar com o outro, procura situar o ser humano no universo, integrando os conhecimentos e entendendo o homem como alguém que se realiza na e pela cultura (MORIN, 2000).

### **Iniciativa (atitude própria; conhecimento próprio):**

As facilidades, na verdade é a iniciativa pessoal de cada um [...].  
(E19)

[...] É o nosso conhecimento. (E02)

Olha as facilidades assim, eu acho que é o empenho da equipe, comprometimento da equipe, que se envolve bastante com o trabalho, a disponibilidade do médico também em ajudar, nas palestras, nas reuniões [...]. (E14)

Em relação ao conhecimento próprio citado como facilitador da prática educativa podemos dizer que o domínio do conhecimento teórico é primordial para que o profissional desempenhe suas funções pautadas no saber científico, pois este proporciona segurança para o estabelecimento do trabalho em equipe (HELITO, 2008).

Nas facilidades relatadas pelos sujeitos a atitude é citada. Entretanto a “atitude é relacionada à personalidade e ao comportamento que o indivíduo tem com o ambiente de trabalho, e essas qualidades são esperadas no cotidiano de trabalho (SANTOS, 2011)”.

### **Educação continuada e trabalho em equipe:**

Acho que mais a parte de educação continuada. (E34)

As capacitações que oferecem para gente [...] (E29).

Olha as facilidades assim, eu acho que é o empenho da equipe, comprometimento da equipe, que se envolve bastante com o trabalho. (E14)

Aqui nós temos profissionais que estão interessados nessa prática. (13)

O trabalho em equipe e educação continuada, citados como uma facilidade é esperada por aqueles que pretendem desenvolver qualidade nos seus serviços, e lidar com uma população de uma comunidade requer um trabalho em equipe e educação continua.

Para que as pessoas possam ter a sua criatividade estimulada, elas precisam estar em ambientes de trabalho que possibilitam ao profissional exercer seu “conhecimento, habilidades e criatividade”. O fortalecimento das práticas educativas em equipe favorece o exercício na qualidade dos serviços de saúde pública.

No campo da educação em saúde é necessário que os profissionais procurem desenvolver suas competências de modo a conseguirem transpor as barreiras encontradas como uma possibilidade para desenvolver habilidades necessárias para transformar o cenário de suas atividades. Habilidades que traduz a capacidade de aplicar o conhecimento adquirido em “saber-fazer”

Santos (2011) descreve que o saber-fazer pode ser empírico, isto é, constituir-se pelas lições que o profissional tira da experiência adquirida no cotidiano.

Esse saber não se separa do fazer, é adquirido com o passar do tempo dos anos com a experiência. É um resultado de um ciclo de aprendizagem, no qual as reflexões sobre o processo vivenciado e o reconhecimento de problemas podem levar os profissionais a um novo conceito e, por conseguinte, uma nova prática que podemos chamar de “Aprender a aprender”.

#### **4.5.2 Dificuldades vivenciadas**

As principais dificuldades enfrentadas pela equipe para a realização das práticas educativas em diabetes foram:

### **Estrutura Física inadequada; recursos didáticos e materiais:**

As dificuldades vão desde recursos materiais, falta de espaço adequado, a estrutura física. (E19)

As dificuldades seriam mesmo a falta de recursos de material, de panfletos, de manual, existe manual, falta um ou outro, de equipamento também. (E14)

### **Falta de adesão dos pacientes nas práticas:**

A adesão do povo, a gente fala, fala, fala e eles não aderem. (E21)

A dificuldade que a gente encontra mais é a adesão dos pacientes. (E31)

### **Acessibilidade dos usuários ao local da unidade:**

A locomoção, difícil eles virem até aqui, porque tá locada em outro local que não é o deles [...].(E23)

A Distância, é porque como são 3 equipes de saúde aqui, a nossa área é a mais distante, então para eles virem até aqui na Unidade, muitos têm que pegar ônibus, então é por isso que a gente marca uma vez por mês em cada micro área, porque é difícil o acesso para eles virem até aqui. (E11)

### **A participação da família:**

Por eles serem muito idosos, as maiorias deles não sabem ler, a família não ajuda, Esse é o nosso grande encalce é fazer com que a família ajude no tratamento [...].(E27)

### **Apoio da equipe, apoio institucional, educação continuada,**

A participação mais, até do próprio médico, o fato de eu não ter um técnico de enfermagem que me ajude é bem complicado. É só uma cabeça pensando. (E15)

[...] Às vezes a educação continuada por parte da própria coordenação, devia ter um fortalecimento maior [...]. (E32)

Estudo realizado com ex-alunos do Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), constatou que os principais obstáculos enfrentados pelos recém-formados, ao ingressarem no sistema público de saúde, são: infraestrutura inadequada e ineficiente – transporte, medicamentos, equipamentos, exames e espaço físico; inexistência de planejamento ou planejamento ineficaz por falta de cooperação e intercâmbio de conhecimento e experiência entre as equipes; reuniões improdutivas; baixa resolubilidade; e excesso de demanda para a oferta disponível. As dificuldades encontradas no estudo de L'ABBATE (1999) assemelham-se em partes às dificuldades relatadas pelos sujeitos desta pesquisa

Essas dificuldades encontradas e semelhantes a outro estudo são a demonstração que não se trata de problemas isolados e sim de aspectos gerais importantes no cenário da Saúde Pública Brasileira, pendentes de solução e devem ser objeto de estratégias e programas governamentais de maior amplitude.

A valorização do profissional de saúde também é uma necessidade atual e preconizada nas diretrizes do Ministério da Saúde. Essa valorização é fundamental para o processo de reajuste da força de trabalho, o aprimoramento desses recursos humanos e melhoria nas condições de trabalho, tais como recursos materiais e didáticos, apoio das coordenações e secretarias de saúde, isso contribuirá para a qualidade das práticas educativas e efetivação da política nacional de saúde.

Para enfrentar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde da ESF, é fundamental uma transformação progressiva desse cenário. Para cumprir as diretrizes e objetivos da estratégia saúde da família, e assim, minimizar os obstáculos encontrados na prática educativa cotidiana em diabetes é necessário também trabalhar o planejamento com metas de curto, médio e longo prazo.

As atividades na ESF devem estar organizadas de modo que as facilidades permeiem todas as ações de saúde: da seleção da equipe multiprofissional à consecução dos resultados, passando por planejamento, organização e processo educativo.



A realização deste estudo possibilitou-nos alcançar os objetivos de conhecer as práticas educativas em diabetes desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família no Município de Manaus-Amazonas, no Distrito Oeste. Bem como de analisar sua relação com os princípios da promoção de Saúde ao diabético.

Essas considerações não são postas como absolutas ou finitas, elas expressam um momento vivenciado e observado no período da coleta de dados e análise de conteúdo. Ressaltamos que os resultados são possíveis de novos estudos, em função de diferentes olhares e contextos a serem analisados por outros pesquisadores.

As práticas educativas em diabetes desenvolvida em Manaus, na Zona Oeste, os resultados nos permitiram identificar aspectos predominantes nas práticas educativas em saúde desenvolvidas no Brasil, uma forte tendência de práticas ainda tradicionais e predominantemente de características curativas, preventivas e assistencialistas mais que promocionais. Com o uso de recursos e metodologia didáticos não inovadores.

Acreditamos que este resultado possibilita-nos fazer uma reflexão sobre o saber sistematizado nas práticas educativas em diabetes. Práticas que incluam a pessoa diabética no processo social, reflexivo e comprometido com seu saber sobre a doença, para assim contribuir no processo de mudança social e qualidade de vida dessas pessoas.

A análise de conteúdo das falas dos sujeitos nos permite afirmar que os profissionais de saúde da equipe de saúde da ESF necessitam articular o serviço com comunidade e instituições de ensino. Isso foi observado quando as falas mostram as dificuldades vivenciadas na sua prática cotidiana. Essa insatisfação deve ser também uma reflexão dos gestores Municipais e Estaduais e do Ministério de Saúde, a fim de discutir melhoria nas condições do trabalho ou, em novas concepções de educação em saúde que possam ser incorporadas à Estratégia Saúde da Família.

Sabemos que essas reflexões sugeridas, mesmos com muitos estudos que corroboram esses resultados, levam um tempo para serem modificados nesse cenário, que não é uma realidade apenas do Município de Manaus, na Zona Oeste. Com isso, essa mudança poderá ocorrer através de metas de curto, médio e longo prazo.

Entretanto, para que haja uma mudança efetiva na forma de fazer educação em saúde em diabetes ou em outra área, será preciso também que os profissionais de saúde atuantes na ESF, repensem suas práticas e seu papel como educadores. A fim de promover e desenvolver novos saberes e práticas inovadoras que aproximem a unidade de saúde com a comunidade, e as instituições de ensino que podem colaborar e contribuir no desenvolvimento das suas atividades.

Outro resultado que nos chamou a atenção foi em relação à temática qualificação/capacitação do profissional de saúde da ESF. Certamente, é um dos caminhos, necessário para o desenvolvimento das atividades de qualquer profissional e, não menos importante, um dos desafios para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde.

Outras medidas são imprescindíveis, entre elas o aumento salarial, novas formas de contratos de trabalho que garantam maior estabilidade e fortaleçam o vínculo empregatício e satisfação com o local de trabalho. Além dos meios de sustentabilidade que proporcionam melhoria das condições de trabalho e de infraestrutura, recursos materiais e didáticos que são relevantes para o desenvolvimento das práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

A partir dessas reflexões sugeridas, mesmo na especificidade do estudo na área do diabetes, sugerimos também algumas recomendações gerais para melhorias das práticas educativas em saúde:

- Avaliar as atividades educativas por parte da equipe de saúde, coordenadores e gestores, detectando os pontos que precisam ser revistos para melhorar as possibilidades do cotidiano das práticas educativas em saúde;

- Ofertar educação continuada aos profissionais de saúde atuantes na equipe ESF, na perspectiva dialógica sobre práticas educativas inovadoras, no que se refere à nova concepção da promoção da saúde;

- Oferecer treinamentos e curso de especialização aos profissionais da equipe de saúde da ESF na área de saúde Pública. Essa capacitação pode ser articulada com as instituições de ensino Público Superior;

- Trabalhar o desenvolvimento multidisciplinar da equipe de saúde e intersetorial nas práticas educativas em saúde, com o objetivo da melhoria na qualidade de vida das pessoas atendidas na Estratégia Saúde da Família;

- Elaborar e confeccionar manuais específicos de cada programa contendo orientações para as práticas educativas.

Entendemos que essas reflexões e recomendações necessitam de mudança de atitudes e sensibilização por parte dos profissionais de saúde e gestores. Mesmo diante de sua complexidade e particularidades, é necessário que haja mobilização de todos envolvidos neste processo, e até mesmo dos usuários desses serviços, que são as pessoas mais beneficiadas.

Ressaltamos ainda, que essas recomendações são evidenciadas nos resultados desta pesquisa. E esperamos contribuir na reflexão sobre a efetivação das práticas educativas em saúde e reorientação de novas políticas pública a serem elaboradas sob essa perspectiva. E acreditamos que mediante a implantação dessas recomendações, é possível daqui alguns anos, encontrar em novos estudos um cenário diferente dos nossos resultados e de outros estudos já existentes.



Sabemos que os efeitos das reflexões e recomendações de uma pesquisa necessitam de mudanças de atitudes por partes dos profissionais, gestores e, até mesmos dos profissionais que atuarão daqui a alguns anos.

Entretanto, essas reflexões e recomendações são também direcionadas a nós pesquisadores, e no intuito de contribuir para essas modificações do cenário encontrado nas práticas educativas em diabetes no Município de Manaus- Amazonas, no decorrer da trajetória desta pesquisa foram surgindo outros questionamentos de pesquisa, ideias de propostas de treinamento para os profissionais das Estratégias Saúde da Família, Organização de um livro e produção de vídeos para o autocuidado da pessoa diabética.

Com isso o resultado desta pesquisa nos proporcionou executar e elaborar os seguintes produtos finais que foram baseados nas evidências dos resultados deste estudo:

**1. Proposta de Educação Continuada: Compartilhando saberes sobre Práticas Educativas.**

Essa proposta foi enviada às secretarias de saúde do Estado (SUSAM) e Município (SEMSA). Esses treinamentos serão realizados pela pesquisadora e outros convidados, envolvendo o serviço e a instituição de Ensino (Universidade do Estado do Amazonas) com a programação prevista para o ano de 2014. (anexo I).

**2. Produção de vídeos sobre o autocuidado às pessoas diabéticas.**

Nos resultados desta pesquisa foi observado que a sala de espera é muito utilizada pela equipe de saúde da ESF. Mediante esse resultado a pesquisadora teve a ideia de produzir vídeos de autocuidado à pessoa diabética, e no momento em que os usuários aguardam o atendimento individual, pode-se utilizar esse espaço para transmitir esses vídeos que proporcionarão saberes relacionado ao autocuidado da pessoa diabética. Essa proposta foi inserida no Programa de Extensão da Universidade do Estado do Amazonas, dentro do Projeto de extensão Titulado: Telestomatéria: Instrumento de Capacitação de Profissionais dos Municípios do Amazonas. (Anexo II).

### 3. Organização de um livro sobre Práticas Educativas em Saúde.

A temática prática educativa na Saúde ainda é pouco encontrada em livros específicos aos profissionais de saúde. Com o intuito de contribuirmos para o conhecimento deste profissional e para a formação de discentes e docentes, a pesquisadora teve a ideia de organizar um Livro titulado: **PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: Saberes Necessários para o Profissional de Saúde** (anexo III).

### 4. Projetos de Pesquisas.

No decorrer do estudo surgiram outros questionamentos. A partir desses questionamentos que surgiram outros projetos de pesquisas, tais como: **Práticas educativas desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família sob a ótica da pessoa diabética** (Anexo IV) e **Análise das práticas educativas desenvolvidas pelo Polo de Telemedicina da Amazônia** (anexo V)



ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**.n.61, p.117-121,2008.

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ.A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface-comunicação, Saúde, Educação**, n.15,2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 16, p.39-52, set. 2004/fev.2005.

AMARAL, C. F. S. et al. Enciclopédia da Saúde: Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. v.3.

AMERICAM DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 34 Suppl,v. 1,p.11-61, 2011.

\_\_\_\_\_. Standards of Medical Care in Diabetes – 2013. *Diabetes Care* , Alexandria, v. 36, Suppl. 1, jan. 2013.

ARROYO, O.M. As bases da educação popular em saúde :Educação Popular em Saúde. **Rev Radis**, 2001.

BASTABLE,S.B.Nurse as Educator: principles of Teaching an learning.1ed.Londo:Jones and .Barllet publishers internacional,1997.p.409.

BEASLEY, JW; STARFIEL, B.; VAN WEEL, C.; ROSSER, W.; HAQ, C.L. *Global Health and Primary Care Research*.**J Am Board Fam Med**.v. 20, n.6, p.518-525, 2007.

BEINNER M.A.; BEINNER, R.P.C. Perfil de profissionais nas áreas de saúde e educação atuando em suas comunidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1p.:77-83, 2004.

BORBA, A.K.O.T et al. Práticas educativas em diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para a educação em saúde para o autocuidado em Diabetes Mellitus. Florianópolis: SEAD/UFSC; 2009. 127 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, n. 36, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2008. Evolução do crescimento e implantação da estratégia Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>>. Acesso em: 14 jul. 2009.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; 16)

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde.Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Implantação da Unidade Básica de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, n.16, 2006.

BRASILEIRO, F.G. Bogliolo Patologia. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BORGES,E.L.;OLIVEIRA,M.C.G.Educação em saúde.IN:BORGES,E.L.;DOMANSKY,R.C.Manual para prevenção de lesões de pelo:Recomendações baseadas em evidências.Rio de Janeiro:Rubio,2012.

BOLFARINE,H.;BUSSAD,W.O.Elementos de amostragem.São Paulo:Edgar Blucher,20015.

CARNEIRO,A.C.L.Práticas Educativas nas unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte e Sua relação com a Promoção da Saúde.2010.127p.Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte,2010.

CARVALHO,P.M.G.Práticas Educativas em Saúde:Ações dos Enfermeiros na estratégia Saúde da Família.2009.87p.Dissertação(Programa de Pós-Graduação em Enfermagem )-Universidade Federal do Piauí,Teresina (PI),2009.

CASSIDY, J. T.; PETTY, R. E. Juvenile rheumatoid arthritis.In: CASSIDY, J. T. et al. (Ed.). Textbook of pediatric rheumat ology.5. ed. Philadelphia: Elsevier anders, 2002. p. 206-341

CORBO, A. M. D.; MOROSINI, M. V. Saúde da família: história da recente organização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde, Joaquim Venâncio(Org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 60-84.

CORIOLANO, M. W. L., et al . Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, jun. , 2012.

CORNVERSANI, D.T.N.Uma reflexão crítica sobre a Educação em Saúde:in BIS-Boletim do Instituto de Saúde n.34.São Paulo,dez 2004.

COTRAN, R. S; KUMAT, V; COLLINS, T. C. Robbins Bases Patológicas das Doenças. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COTTA,R.M.M, et al. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. **Revista do Hospital das Clínicas** , Porto Alegre,v.1,pag.25-32, 2002.

DISTRITO DE SAÚDE OESTE.Coordenação do Distrito Oeste.*Manaus:Setor de territorialização* ,2013.

DONNANGELO, M. C. F. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DOWBOR, T. P. O trabalho com determinantes sociais da saúde no programa saúde da família do município de São Paulo. 2008. 254 p. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SCOREL, S. et al.Avaliação da implementação do programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos:síntese dos principais resultados . Brasília: Ministério da Saúde/SPS/DAB, 2002.

FERNANDES, M. C. P; BACKES, V.M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, Ag., 2010.

FERUERWERKER,I.Modelos tecno-assistenciais,gestão e organização do trabalho em saúde:nada é indiferente no processo de luta para consolidação do SUS.**Interface**,v.9,n.18,p.489-505,2005.

FREIRE,P.Conscientização:A Teória e prática da libertação:Introdução ao Pensamento de Paulo Freire.3 ed.São Paulo:Moraes.1980.

\_\_\_\_\_.Pedagogia da Autonomia :Saberes necessários à prática educativa.35 ed.São Paulo:Paz e Terra,2007 a.

\_\_\_\_\_.Educação e mudança.30 ed.São Paulo:Paze Terra,2007b.

\_\_\_\_\_.Pedagogia da Autonomia: Saberes necessário à prática educativa.7 ed.São Paulo:Paz e terra,1998.

\_\_\_\_\_.Pedagogia da Autonomia: Saberes necessário à prática educativa. .São Paulo:Paz e terra,2011.

FOSTER, et al.Groundwater Quality Protection: A Guide for Water Service Companies, Municipal Authorities and Environment Agencies.Banco Mundial: Washington,2002.

FRANCO, M.L.P.B. Análise de Conetúdo. 3 ed. Beasilis: Liber Livro, 2008.

GAMBA, M.A. Amputações por Diabetes Mellitus: uma prática prevenível. **Acta Paul Enf.**, v.8, n.11, 1998.

GAZZINELLI, M.F; REIS, D.C; MARQUES, R. C. Pedagogia do estético. In: \_\_\_\_\_.(Org.). Educação em Saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Ed.UFMG, 2006.

GAZZINELLI, M. C. et al. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, dez. 2013.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. *A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégica de saúde da família.* **Texto Contexto – Enferm** [online] ,v.15, n.4, p.645-53, 2006.

GROSSI, S. A. A; PASCALI, P. M. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2011.

GRANADA, G.G. Grupos educativos multiprofissionais e promoção à saúde: a Experiência em um centro de Saúde-Escola. Campinas, 2004.

HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 809-819, Rio de Janeiro, 2008.

HEIDMANN, I.T.S.B. et al. Promoção à saúde: Trajetória histórica de suas coencepções. **Texto Contexto-enf.** v.15, n.2, junho, Florianópolis, 2006.

HELITO; A.B. **Flexibilidade.** In: BASTANELLI et al.(org). Competências gerenciais: Desafios para o enfermeiro. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2008. p.83-90

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo, 2010. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br/en/aceso> 17 de junho 2013.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. The IDF Diabetes Atlas. Fourth Edition. Brussels: International Diabetes Federation; 2012. Disponível em: <[http://shop.idf.org/catalog/product\\_info.php?products\\_id=173.html](http://shop.idf.org/catalog/product_info.php?products_id=173.html).> Acesso em: 28 de maio. 2013.

LÁBBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.2, p.15-27 1999.

LUCHESE, R.; BARROS, S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.3, p.796-805, set/dez. 2007. Disponível em >[HTTP://www.fen.ufg.br/revista/v8n3a18.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v8n3a18.htm)> Acesso em: 13 jun. 2012.

MACHADO, M.F.A.S. et.al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12,p.335-342 Mar-Abr,2007.

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZNAJDER, F. O método nas ciências naturais e sociais. Pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

MENDES,G. R.B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. p. 53.

MINAYO, M. C. S. HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate Necessário.**Ciência & Saúde Coletiva**,v .5,p.7-18,2000.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MYNAYO, M.C.S.O desafio do conhecimento;Pesquisa qualitativa em saúde.12 ed.São Paulo:Hucitec,2010.

MIRANDA, K. C; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista LatinoAmericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-635, 2004.

MOHR, A.; SCHALL, V. T. Trends in Health Education in Brazil and Relationships with Environmental Education. **Caderno de Saúde Pública**., Rio de Janeiro, 1992.

MORAESS, A.A.A.As leituras da aluna de magistério:Obrigações,vontade,possibilidade e escolha.Manaus:Editora da Universidade Federal do Amazonas,1999.

MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2000.

OLIVEIRA,M.A.C. Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2004.

PAIM,J.S.Saúde:Modelos de atenção e vigilância da saúde In: ROUQUAYROL,M;ALMEIDA FILHO,N.;Epidemiologia e Saúde.6 ed.Rio de Janeiro:MEDSI,2003.p.567-586.

PAIM,J.S.Saúde:política e reforma sanitária.Salvador:Instituto de Saúde Coletiva,2002.

PETTY, R. E.et al.International League of Associations for Rheumatology Classification of Juvenile Idiopathic Arthritis:second revision. **J Rheumatol** , v. 31, n.2 p. 390-92, feb. ,2004.

PERDOMO,S.B. Feridas nos pés de pessoas com diabetes e seus impactos sobre qualidade de vida. 2008.99p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Patologia Tropical).Universidade Federal do Amazonas,Manaus,2008.

PINAFO, E. et al . Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 2, out. ,2011.

ROSO,C.F.W;COLLET,N.Os enfermeiros e a prática de educação em saúde: Teoria,método e imaginação.Belo Horizonte: Editora da Universidade Federal de Minas,2006.

SANTOS,Z.M.S.A, LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm.** v.17,p.90-97, Jan-Mar ,2008 .

SANTOS,L.M. Competências dos profissionais de saúde nas práticas educativas em diabetes tipo 2 na atenção primária à saúde.Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem).2011.79p.Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.Belo Horizonte,2011.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE(MANAU). **Departamento de auditoria,controle,Avaliação e Regulação**.Manaus: GERIS/SIAB, 2011.

SCHMIDT, MI.et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**,v.377,n.9781,p.1949-61,junh, 2011 .

STOZ,E.N.Enfoque sobre educação popular e saúde.Brasilia:Ministério da Saúde,série B,p.46-56,2007.

SHI, S. B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy** ,v.60,n.3,p.201-221,2002.

SILVA F.M.L, SILVA MMML. Diabetes mellitus do tipo II nos dias atuais. **J Bras Med.**,v.88,n.1,p.13-22,2005.

SILVA,K.L.Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana.2009.182 p.Tese (Doutorado em Enfermagem).Escola de enfermagem,Universidade Federal de Minas gerias,Belo horizonte,2009.

SILVA,J.V.;BRAGA,C.G.Teorias de enfermagem.*São Paulo:látria,2011.pag.87-92.*

SMELLZER, S. C. et al. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 11.ed.v.3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2009.

SMEKE, E. L. M; OLIVIERA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. et al. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

SPECTOR, R. Cultura, cuidados de salud y enfermería. **Cultura de los Cuidados, Alicante**, v. 3, n. 6, p. 66-72, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro (RJ): SBD; 2008.

TEXEIRA,E.R.;VELOSO,R.C.O grupo em sala de espera:território de práticas e representações em saúde.**Texto Contexto Enferm**,Florianópolis,v.15,n.2,p.320,abr/ju.2006)

TORRES, H. C; PEREIRA F. R. L; ALEXANDRE L. R. Avaliação das Ações Educativas na Promoção do Autogerenciamento dos Cuidados em Diabetes Mellitus tipo 2.**Rev .Esc.Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.5, p. 1077-82, dez./janeiro, 2011.

VIANA,A.L.A.;POZ,P.R.D.A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa saúde da família Saúde coletiva,v.15.p.225-264.Rio de Janeiro,2005.

ZAGURY, L.; ZAGURY, T.;GUIDACCI. Diabetes sem medo. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

VALENTINE,V. Educational Strategies at Diagnosis and Beyond, or Diabetes, Type 2, and What to Do!.**Diabetes Spectrum,United Kingdom**, v.13, n.4, p.197, 2000. Disponível em:<<http://journal.diabetes.org>>. Acesso em: 25 de mai. 2012.

WANG SL,HEAD J, STEVENS L,FULLER JH apud GROSS,J.L.; NEHME,M..Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 45, n. 3, jul. São Paulo, 1999.

WAJCHENBERG, B.L. *et al.* Doença cardiovascular no diabetes melito tipo 1. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia.v. 52, n. 2, p. 387-397. São Paulo, 2008 .

WORD HEALTH ORGANIZATION.Basic health information on diabetes mellitus.Regional statisticas regional effice for the westem pacific.28 ed.Genova:WHO,2005.



ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

BARDIN, L. Análise de Contéudo. Trad. Luiz Antero reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002. 281p

BEASLEY, J.W. et al. Global Health and Primary Care Research. **J Am Board Fam Med** ; v.20, n.6, p.518-525, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde. Área profissional saúde. Brasília: MS/MEC, 2004.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, 2002.

FURASTÉ, P.A. Norma técnicas para trabalho científico: Explicitação das normas da ABNT. 16 ed. Proto Alegre: Dáctilo Plus, 2013

GÜNTHER, Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Opas, 2004H. Como elaborar um questionário. Brasília: Laboratório de Psicologia Ambiental da UnB, 2003.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento-Pesquisa qualitativa em Saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Desempenho em equipes de saúde – manual. Rio de Janeiro: Opas, 2001.

REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M.F; REIS, D.C; MARQUES, R. C. (Org.). Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2006.

ROSSI, S. S. A constituição do sistema de saúde no Brasil. São Paulo, 1980.



**APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semiestruturada com os enfermeiros da  
Estratégia Saúde da Família do Município de Manaus**

UBS: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ data .....

Endereço: \_\_\_\_\_

1. Idade .....

2. Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino

3. Qual seu tempo de formação?

4. Você fez curso de especialização?

( ) não ( ) sim qual.....

5. Quando você entrou na equipe ESF recebeu treinamento específico sobre atendimento ao diabético?

( ) não ( ) sim

6. Qual(is) são os profissionais que realiza(m) as práticas educativas ?

( ) médico ( ) enfermeiro ( ) assistente social ( ) Nutricionista ( )

( ) Agente de saúde ( ) todos da equipe ( ) outros

7. A equipe promove algum encontro/treinamento de capacitação de seus profissionais para desenvolvimento de atividades em grupo?

( ) Não ( ) sim qual? \_\_\_\_\_

8. Como é realizado o planejamento das práticas educativas em Diabetes?

9. Quais estratégias e recursos que são utilizadas nas práticas educativas em diabetes ?

10. Qual o tipo de prática educativa em diabetes realizada na unidade :

( ) individual ( ) por grupo de pessoas com diabetes

11. Qual o número médio participantes?

12. Frequência que ocorrem as práticas educativas em diabetes?

( ) semanal ( ) semestral ( ) anual ( ) outros.....

13. Qual o local que é realizado essas práticas

( ) no consultório ( ) Sala Espera \_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

14. Quais as atividades mais realizada pela equipe

( ) Renovação da receita de insulina ( ) Consulta individual ( ) Ação educativa ( ) encaminhamento ( ) diagnóstico de diabetes

( ) Outros Motivos quais \_\_\_\_\_

15. Quais são os tipos de complicações do diabetes abordadas nas práticas educativas?

16. Quais os objetivos das práticas educativas em diabetes?

17. Quais são as facilidades encontradas para realização destas práticas?

18. Quais as dificuldades encontradas para realização destas práticas?

## APÊNDICE B- Quadro Analítico

NUCLEO DIRECIONADOR I - DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EDUCATIVAS EM DIABTES				
Código	Unidade de Contexto	Unidade de Registro	Tema	Subtema
<b>ESFO E6</b>	O atendimento é feito toda segunda feira, eles passam um mês com o doutor e outro mês comigo. Todos os meses eles têm um acompanhamento aqui. O atendimento é feito toda segunda feira, como é que eles estão fazendo, porque a Diabetes ela não tem cura, mas pode ser controlada, eu faço assim uma pincelada rapidinha no atendimento,	O atendimento é feito toda segunda feira [...]  [...] Todos os meses eles têm um acompanhamento aqui [...]	<b>A Prática educativa na unidade</b>	<b>Planejamento semanal, mensal</b>
<b>ESFO E1</b>	Olha, aqui todo mundo está capacitado para falar alguma coisa que está relacionado a isso, quer dizer, a gente não coloca uma pessoa específica, digamos assim, elabora a programação, mas todas as pessoas estão habilitadas para isso, todos eles têm formação.	<i>[...] aqui todo mundo está capacitado [...]</i>  <i>[...] todas as pessoas estão habilitadas para isso, todos eles têm formação.</i>		<b>Capacitação profissional</b>
<b>ESFO E2</b>	Quando está relacionado, por exemplo, ao grupão, aí entra qualquer membro da equipe. Agora quando está, personaliza essa situação, aí fica mais a cargo do enfermeiro e da médica.	[...aí fica mais a cargo do enfermeiro e médio		<b>O envolvimento Profissional</b>



**ANEXO I-OFÍCIO PARA SEMSA- PROPOSTA DE INTERVENÇÕES À PRÁTICA EDUCATIVA NA ESF**



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Ofício nº 01/2013-Profª.Eliana Gomes/ESA/UEA  
Ref.Propostas de melhoria nas Práticas Educativas

Manaus, 29 de Outubro de 2013.

Prezada Coordenadora;

Eu Eliana Marques Gomes da Silva e minha orientadora Dra. Ana Alcídia de Araújo Moraes, realizamos em Manaus um estudo oriundo da minha dissertação de mestrado em Ensino e Ciências da Saúde pela UNIFESP, Titulado : **Práticas educativas em diabetes desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família no Município de Manaus-Amazonas distrito Oeste**, com defesa prevista no dia 21 de novembro de 2013, após a defesa estaremos enviado o resumo da pesquisa a SEMSA que nos autorizou a realizar este estudo.

Esta pesquisa possibilitou-nos a alcançar os objetivos de conhecer as práticas educativas em diabetes desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família no Município de Manaus-Amazonas, do distrito Oeste. Bem como de analisar sua relação com os princípios da promoção de Saúde ao diabético.

Baseado no resultado do estudo, fazemos algumas considerações que não são postas como absolutas ou finitas, elas expressam um momento vivenciado e observado no período da coleta de dados e análise de conteúdo. Ressaltamos que os resultados são possíveis de novos estudos, em função de diferentes olhares e contextos a serem analisados por outros pesquisadores.

No contexto das práticas educativas em diabetes desenvolvida em Manaus, na zona oeste, os resultados nos permitiram identificar aspectos predominantes nas práticas educativas em saúde desenvolvidas no Brasil, uma forte tendência de práticas ainda tradicional, e características curativas, preventivista e assistencialistas

Universidade do Estado do Amazonas  
Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA/UEA  
Avenida: Carvalho Leal, 1777 – Cachoeirinha  
CEP: 69.065-001 / Manaus – AM  
[www.uea.edu.br](http://www.uea.edu.br) / [direcoesauea@uol.com.br](mailto:direcoesauea@uol.com.br)

**UEA**

UNIVERSIDADE  
DO ESTADO  
AMAZONAS

29.10.13  
Eliana Marques Gomes da Silva  
Coordenadora de Práticas de Atenção SEMSA

**AMAZONAS**  
GOVERNO DO ESTADO



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

mais que promocionais. Com uso de recursos e metodologia didáticos não inovadores. Estes resultados corroboram também com os estudos realizados em outros estados por Santos, 2011; Carneiro 2010; Carvalho 2009.

Acreditamos que este resultado possibilita-nos a fazer uma reflexão sobre o saber sistematizado nas práticas educativas em diabetes. Práticas que incluam a pessoa diabética no processo social, reflexivo e comprometido com seu saber sobre a doença, para assim contribuir no processo de mudança social e qualidade de vida dessas pessoas.

A análise de conteúdo das falas dos sujeitos nos permite afirmar que os profissionais de saúde da equipe de saúde da ESF necessitam articular o serviço com comunidade e instituições de ensino. Isso foi observado quando as falas mostram as dificuldades vivenciadas na sua prática cotidiana. Essa insatisfação deve ser também uma reflexão dos gestores Municipais e Estaduais e do Ministério de Saúde, a fim de discutir melhorias nas condições do trabalho ou, em novas concepções de educação em saúde que possam ser incorporadas na Estratégia Saúde da Família.

Sabemos que essas reflexões sugeridas, mesmos com muitos estudos que corroboram com esses resultados, levam um tempo a ser modificado esse cenário, que não é uma realidade apenas do Município de Manaus e da zona oeste. Essas mudanças poderão ocorrer através de metas de curto, médio e longo prazo.

Entretanto, para que haja uma mudança efetiva na forma de fazer educação em saúde em diabetes ou em outra área, será preciso também que os profissionais de saúde atuantes na ESF repensem nas suas práticas e no seu papel como educador. A fim de promover e desenvolver novos saberes e práticas inovadoras que aproximem a unidade de saúde com comunidade, e articulem o serviço e instituições de ensino que podem colaborar e contribuir no desenvolvimento das suas atividades.

Outro resultado que nos chamou a atenção foi em relação à temática qualificação/capacitação do profissional de saúde da ESF. Certamente, é um dos caminhos, necessário para o desenvolvimento das atividades de qualquer



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

profissional e, não menos importante, um dos desafios para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde.

Outras medidas são imprescindíveis, novas formas de contratos de trabalho que garantam maior estabilidade e fortaleçam o vínculo empregatício e satisfação com o local de trabalho. Além dos meios de sustentabilidade que proporcionam melhoria das condições de trabalho e de infraestrutura, recursos materiais e didáticos que são relevantes para o desenvolvimento das práticas dos profissionais do Programa Saúde da Família.

A partir dessas reflexões sugeridas, mesmo na especificidade do estudo na área do diabetes. Sugerimos também algumas recomendações gerais para melhorias das Práticas educativas em saúde:

- Avaliação das atividades educativas por parte da equipe de saúde, coordenadores e gestores. Detectando os pontos que precisam ser revistos para melhorar as possibilidades do cotidiano das práticas educativas em saúde;

- Educação continuada aos profissionais de saúde atuantes na equipe ESF, na perspectiva dialógica sobre práticas educativas inovadoras, no que se refere à nova concepção da promoção da saúde;

- Curso de especialização aos profissionais da equipe de saúde da ESF na área de saúde Pública. Essa capacitação pode ser articulada com as instituições de ensino Público Superior;

- Atuação multidisciplinar da equipe de saúde e intersetorial nas práticas educativas em saúde, com o objetivo da melhoria na qualidade de vida das pessoas atendidas no programa saúde da família;

- Elaboração de manuais específicos de cada programa sobre orientações para as práticas educativas.

Entendemos que essas reflexões e recomendações necessitam de mudança de atitudes e sensibilização por parte dos profissionais de saúde e gestores. Mesmo diante de sua complexidade e particularidades, é necessário que haja mobilização de todos envolvidos neste processo, e até mesmo dos usuários desses serviços, que são as pessoas mais beneficiadas.

Universidade do Estado do Amazonas  
Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA/UEA  
Avenida: Carvalho Leal, 1777 – Cachoeirinha  
CEP: 69.065-001 / Manaus – AM  
[www.uea.edu.br](http://www.uea.edu.br) / [direcaoesauea@uol.com.br](mailto:direcaoesauea@uol.com.br)

**UEA**  
UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DO  
AMAZONAS

**AMAZONAS**  
GOVERNO DO ESTADO



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Ressaltamos ainda que essas recomendações são evidenciadas nos resultados desta pesquisa. E esperamos contribuir na reflexão sobre a efetivação das práticas educativas em saúde e reorientação de novas políticas pública a serem elaboradas sob essa perspectiva.

Sabemos que as reflexões e recomendações de uma pesquisa necessitam de mudanças de atitudes por partes dos profissionais, gestores e, até mesmos dos profissionais que atuarão daqui alguns anos.

Entretanto, essas reflexões e recomendações são também direcionadas a nós pesquisadores, e no intuito de contribuir para essas modificações do cenário encontrado nas práticas educativas em diabetes no Município de Manaus-Amazonas, e no decorrer da trajetória desta pesquisa foram surgindo outros questionamentos de pesquisa, ideias de propostas de treinamento para os profissionais da Estratégia Saúde da família, Organização de um livro e produção de vídeos para o autocuidado da pessoa diabética.

Percebendo a necessidade de articular o ensino com os serviços de saúde, e contribuir para mudanças no cenário da educação em saúde do Município Manaus-Amazonas. Coloco-me a disposição e proponho a executar e elaborar as seguintes propostas:

**1. Produção de vídeos sobre o autocuidado com pessoas diabéticas**. Nos resultados da pesquisa da minha dissertação foi observado que a sala de espera é muito utilizada pela equipe de saúde da ESF. Mediante esse resultado, Tive a ideia de produzir vídeos de autocuidado a pessoa diabética, e no momento em que os usuários aguardam o atendimento individual, pode-se utilizar esses espaços para transmitir esses vídeos que proporcionaram saberes relacionados ao autocuidado da pessoa diabética.

Essa proposta foi inserida no Programa de Extensão da Universidade do Estado do Amazonas, dentro do Projeto de extensão Titulado: Teletomaterapia: Instrumento de Capacitação de Profissionais dos Municípios do Amazonas. (em Anexo).

Universidade do Estado do Amazonas  
Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA/UEA  
Avenida: Carvalho Leal, 1777 – Cachoeirinha  
CEP: 69.065-001 / Manaus – AM  
[www.uea.edu.br](http://www.uea.edu.br) / [direcaoesauea@uol.com.br](mailto:direcaoesauea@uol.com.br)

**UEA**  
UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DO  
AMAZONAS

**AMAZONAS**  
GOVERNO DO ESTADO



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

**2-Proposta de Educação Continuada: Compartilhando saberes sobre Práticas Educativas.** Esses treinamentos serão realizados pela minha pessoa e outros convidados, objetivando envolver os serviços de saúde e instituição de Ensino (Universidade do estado do Amazonas) no qual atuo como docente e coordenadora administrativa do laboratório de pesquisa em estomaterapia (feridas, estomias e incontinência) .**Para esses treinamentos estaremos elaborando um manual de orientações em práticas educativas.** Pretendemos realizar esses treinamentos no segundo semestre do ano de 2014.

Para realização e execução dessas propostas, precisamos da ciência do seu conhecimento e apoio no sentido de reproduzir os vídeos de autocuidado que serão produzidos pelo referido projeto de extensão da Universidade do Estado do Amazonas e também a reprodução do manual de orientações para Práticas Educativas em Saúde.

Certo de sua compreensão e colaboração, desde já, estou à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Cordialmente,

Eliana Marques Gomes da Silva

Docente da ESA/UEA

Mestranda do CEDES/UNIFESP

Contato: 81396865 ou 36514554

Ilustríssima Senhora;  
Coordenadora do Programa de HIPERDIA -SEMSA  
Manaus-AM.

Universidade do Estado do Amazonas  
Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA/UEA  
Avenida: Carvalho Leal, 1777 – Cachoeirinha  
CEP: 69.065-001 / Manaus – AM  
[www.uea.edu.br](http://www.uea.edu.br) / [direcaoesauea@uol.com.br](mailto:direcaoesauea@uol.com.br)

**UEA**  
UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DO  
AMAZONAS

**AMAZONAS**  
GOVERNO DO ESTADO

## ANEXO II - PROJETO DE EXTENSÃO

INFORMAÇÕES DO PROJETO TELESTOMATERAPIA

---

## IDENTIFICAÇÃO DOS ORIENTADORES

<b>Matricula:</b>	2031	<b>Nome:</b>	Eliana Marques Gomes
<b>CPF:</b>	49436775253	<b>RG:</b>	11178760
<b>Endereço:</b>	Avenida do IPASE	<b>Número:</b>	475
<b>Complemento:</b>	Vila Militar	<b>CEP:</b>	69030450
<b>Município:</b>	Manaus	<b>UF:</b>	Amazonas
<b>Fone:</b>	(092) 3671-0736	<b>Celular:</b>	(092) 96164092

---

<b>Matricula:</b>	3624	<b>Nome:</b>	Josiani Nunes do Nascimento
<b>CPF:</b>	63119552291	<b>RG:</b>	11912278
<b>Endereço:</b>	Dom Jaack Damasceno, Residencial Arezzo	<b>Número:</b>	733
<b>Complemento:</b>	Bloco 03, Apartamento 302	<b>CEP:</b>	00000000
<b>Município:</b>	Manaus	<b>UF:</b>	Amazonas
<b>Fone:</b>	3634-1405	<b>Celular:</b>	9215-8714

---

<b>Matricula:</b>	3622	<b>Nome:</b>	Amélia Nunes Sicsú
<b>CPF:</b>	74022776234	<b>RG:</b>	171738817
<b>Endereço:</b>	Rua Barcelos	<b>Número:</b>	2452
<b>Complemento:</b>	Apartamento 13	<b>CEP:</b>	69065190
<b>Município:</b>	Manaus	<b>UF:</b>	Amazonas
<b>Fone:</b>	(092)3321-2923	<b>Celular:</b>	(092) 9147-6104

## IDENTIFICAÇÃO DOS BOLSISTAS/VOLUNTÁRIOS

<b>Matricula:</b>	1212020045	<b>Nome:</b>	Renato da Cunha Araujo
<b>CPF:</b>	96574844215	<b>RG:</b>	24081507
<b>Endereço:</b>	Rua Branco E Silva N.º	<b>Número:</b>	4
<b>Complemento:</b>	CASA 4	<b>CEP:</b>	69074640
<b>Município:</b>	Manaus	<b>UF:</b>	Amazonas
<b>Fone:</b>	36240735	<b>Celular:</b>	

---

<b>Matricula:</b>	0822010045	<b>Nome:</b>	Oziel Máximo de Souza
<b>CPF:</b>	00368724239	<b>RG:</b>	21438536
<b>Endereço:</b>	TRAVESSA TIRADENTES	<b>Número:</b>	15 A
<b>Complemento:</b>		<b>CEP:</b>	69030201
<b>Município:</b>	Manaus	<b>UF:</b>	Amazonas
<b>Fone:</b>	36711828	<b>Celular:</b>	81620727

---

<b>Matricula:</b>	1122020065	<b>Nome:</b>	Marcelo Lasmar dos Santos
<b>CPF:</b>	90020782268	<b>RG:</b>	2139860-7
<b>Endereço:</b>	AV. CT NERY 2229 CJ. TOCANTINS BL 7 AP209	<b>Número:</b>	S/N
<b>Complemento:</b>		<b>CEP:</b>	69050001
<b>Município:</b>	Manaus	<b>UF:</b>	Amazonas
<b>Fone:</b>	(92)36562095	<b>Celular:</b>	

---

<b>Matricula:</b>	1312030010	<b>Nome:</b>	DELAINE DE CASTRO NOGUEIRA SILVA
<b>CPF:</b>	00115909206	<b>RG:</b>	1240297547

**Endereço:** RUA MANOEL NASCIMENTO, **Número:** 21  
**Complemento:** **CEP:** 69033015  
**Município:** Manaus **UF:** Amazonas  
**Fone:** 32135457 **Celular:**

**Matricula:** 0822010047 **Nome:** Priscila Soares de Souza  
**CPF:** 00349146250 **RG:** 22604120  
**Endereço:** AV RECIFE BOSQUE RES MURICI **Número:** 01  
**Complemento:** QD B CS 1 **CEP:** 69050410  
**Município:** Manaus **UF:** Amazonas  
**Fone:** 32364539 **Celular:** 88161219

**Matricula:** 1012020002 **Nome:** Dueine de Castro Nogueira Silva  
**CPF:** 00115910212 **RG:** 124029744-8  
**Endereço:** RUA MANOEL NASCIMENTO **Número:** 21  
**Complemento:** **CEP:** 69030450  
**Município:** Manaus **UF:** Amazonas  
**Fone:** 9230888007 **Celular:** 9282172550

PROGRAMA/PROJETO OU SUB-PROJETO EM QUE O BOLSISTA DESENVOLVE SUAS ATIVIDADES

**Projeto:** 22322 **Sigla:** 16

**Título:** TELESTOMATERAPIA: Instrumento de Capacitação de Profissionais dos Municípios do Amazonas

**Tipo:** PROGEX - PROGRAMA INSTITUCIONAL DE EXTENSÃO

**Area:** CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Sub-Area:** Enfermagem

**Dt. Início:** 01/08/2013

**Dt. Término:**

01/08/2014

**Introdução:**

A Estomaterapia é uma área da saúde responsável por prevenir a perda da integridade da pele, realizar tratamento avançado de pessoas com lesões (feridas) cutâneas agudas e crônicas; reabilitar as que possuem estomias e incontinências (urinária ou anal); realizar cuidados com fístulas, cateteres, drenos e tubos. Desde 1980 tornou-se uma especialidade exclusiva do enfermeiro, cujo papel é assistencial, gerencial, de ensino e pesquisa. No Brasil, a prática foi instituída somente dez anos depois, em 1990, como pós-graduação lato sensu. Desde este período, esta ciência avançou muito, mas capacitar enfermeiros para esta prática ainda é um desafio, embora seja um campo muito fértil para a área. A Implantação da Telestomaterapia iniciou no ano de 2013 com o apoio do Polo de Telemedicina da Amazônia e Com a PROGEX (Programa Institucional de Extensão) da UEA (universidade do Estado do Amazonas), no qual também faz parte das atividades de extensão do Laboratório de pesquisa em Estomaterapia. Esse apoio possibilitou a realização de teleconsultas e AVA (Ambiente Virtual de aprendizado) na área de Estomaterapia, como pelas atividades de educação em saúde à distância.

**Justificativa:**

No interior do estado do Amazonas o número de casos de pessoas com úlcera Diabética conhecida como "Pé diabético" e úlcera venosa vem aumentando significativamente. E há fatores limitantes à prática de atenção à saúde, tais como carência de profissionais de saúde qualificados, ausência de equipamento de diagnóstico. O projeto Telessaúde núcleo Amazonas avançou significativamente desde o seu início no estado do Amazonas. Hoje está presente em 22 municípios, beneficiando 146 equipes de saúde da família, realizando 356 teleconsultas, 1320 exames complementares e 4.443 pessoas participaram de atividades de educação em saúde. O Projeto Nacional de Telessaúde tem se demonstrado estratégico para a inclusão social e melhoria da qualidade de vida nesta região do País. (TELESSAÚDE, 2007). Baseado neste contexto, acreditamos que a continuidade das atividades da Telestomaterapia proporcionará aos acadêmicos e profissionais de saúde uma ferramenta de apoio de educação continuada e prevenção, diagnóstico e tratamento de feridas, estomias e incontinência urinária e anal, visando melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

**Objetivos:**

GERAL • Continuar desenvolvendo as atividades da telestomaterapia através do ambulatório virtual, no núcleo do polo de telessaúde da Amazônia, com o intuito de disponibilizar mecanismos facilitadores para a capacitação dos profissionais atuante nos Municípios do Amazonas, objetivando as ações educativas em saúde, visando preparar a comunidade acadêmica para atuarem nas comunidades. Tendo o caráter temático dirigido ao Docente, Discente e Pesquisador, com o propósito de abordar questões atuais e significativas, fomentando o Ensino a Distância para o avanço da Ciência e da Tecnologia na assistência a pessoas com feridas, estomias e incontinência urinária e anal. ESPECÍFICOS • Desenvolver Software como ferramenta de consultas com orientações de prevenção, diagnóstico e tratamento de feridas, • Produzir materiais audiovisuais com conteúdos de autocuidado para pessoas com feridas e

estomias;e incontinências • Realizar capacitação na área de estomaterapia através de Teleeducação e Teleassistência ; • Estimular e Auxiliar no ensino e aprendizado dos alunos, utilizando a telessaúde com ferramenta na prática curricular;

Para o desenvolvimento dos métodos e técnicas o projeto será dividido em duas Etapas . Etapa I :Levantamento dos Municípios onde estão instalados polo de telessaúde e número de casos de feridas,estomias e incontinência.Seleção e treinamento dos docentes ,bolsista e acadêmicos no Curso de Formação em telessaúde. Está etapa objetiva a realização de contatos entre os profissionais e acadêmicos e unidades básicas de saúde interessadas em por em prática a Telestomaterapia. Etapa II:de. Realizaremos atividades de Teleconsultoria mediante a

**Metodologia:** apresentação das necessidades de assistência em estomaterapia e locais com apresentação de casos clínicos e registros fotográficos e Treinamento dos profissionais e atendimentos através do CYBERAMBULATÓRIO/CYBERTUTOR e videoconferência;Captaremos e buscaremos apoio de recursos humanos e financeiros para os procedimentos administrativos/financeiros e com o objetivo de planejamento para confecção de materiais áudio – visuais e desenvolvimento de Software como ferramenta de consultas com orientações de prevenção, diagnóstico e tratamento de feridas,

**Referência:** AMAZÔNIA, Pólo de Telemedicina da. Relatório do Pólo de Telemedicina da Amazônia da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus: [S. ed.], 2008. Relatório de atividades. COSTA, C. A. et al. EXPERIÊNCIA DE TELESSAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO: Pólo de Telemedicina da Amazônia/Universidade do Estado do Amazonas (PTA/UEA). In: SANTOS, A. F. et al. Telessaúde: Um Instrumento de Suporte Assistencial e Educação Permanente. Belo Horizonte: UFMG, 2006. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília, MEC/SEF, 1997.

#### INSTITUIÇÃO

**Unidade:** ESA

**Nome:** ESCOLA SUPERIOR DE CIENCIAS DA SAUDE

**Endereço:** AV. CARVALHO LEAL **Número:** 1777

**Complemento:** CACHOEIRINHA **CEP:** 69065-001

**Município:** Manaus **UF:** AMAZONAS

**Fone:** (092) 3878-4380 **Fax:**

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

<b>Atividade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Data</b>
47087	REUNIÃO COM OS PARTICIPANTES	08/2013
47088	VIDEOCONFERÊNCIA	09/2013
47089	CAPTAÇÃO DE APOIO DE RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS	10/2013
47090	PLANEJAMENTO PARA CONFEÇÃO DE MATERIAIS AUDIVISUAIS	11/2013
47091	VIDEO CONFERÊNCIA E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES	12/2013
47092	PRODUÇÃO DE MATERIAIS AUDIVISUAIS E SOFTWARE	01/2014
47093	PRODUÇÃO DE MATERIAIS AUDIVISUAIS E SOFTWARE	02/2014
47094	PRODUÇÃO DE MATERIAIS AUDIVISUAIS E SOFTWARE E VIDEO CONFERÊNCIA	03/2014
47095	PRODUÇÃO DE MATERIAIS AUDIVISUAIS E SOFTWARE	04/2014
47096	PRODUÇÃO DE MATERIAIS AUDIVISUAIS E SOFTWARE	05/2014
47097	DIVULGAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE MATERIAIS AUDIVISUAIS E SOFTWARE	06/2014
47098	VIDEOCONFERÊNCIA	07/2014
47099	AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES E ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO GERAL	08/2014

## LISTA DE MATERIAIS SOLICITADOS

<b>Material</b>	<b>Nome</b>	<b>Und. Venda</b>	<b>Qtde.</b>
1941	AGENDA EXECUTIVA, no mínimo 145 x 205 cmcapa revestida com material sintético, placa de metal para gravação, marcador de página, com índice telefônico, mapas Brasil, mundial e continentes, anotações, planejamento, calendários, feriados e dias santos, dados pessoais	UND	2
2148	CLIFE, metalniqueladonº 02caixa com 100 unidades		1
12471	Cartucho de tinta para impressora HP F2180 preto Nº 21	CAR	4
2813	ENVELOPE , celulose vegetal branco caixa com 250 unidades240 x 340 modelo deve ser consultado junto ao órgão solicitante		1

10661	ENVELOPE, para papel A4, pacote com 100 un	ENV	1
12015	PAPEL A4, 210x297 mm, resma 500 folhas.	RES	3
12012	PENDRIVE, capacidade 16 GB.	UND	2
10621	Pastas de papelão - 10 unidades	UND	10
10552	UNIDADE DE CD/DVD, CD-RW, DVD-RW gravação e leitura	UND	3

#### LISTA DE AGÊNCIAS FINANCIADORAS

##### **Agência Nome**

2 UEA

---

SISPROJ 2.0 - SISTEMA DE PROJETOS

#### **PARECER DO PROJETO**

##### SOBRE O BOLSISTA:

Os bolsistas atendem as exigências estabelecidas em Edital, com toda documentação pertinente adequada as solicitações.

##### SOBRE O ORIENTADOR:

O Coordenador, através da análise do Curriculum Vitae, apresenta experiência em Projetos de Extensão, portanto, apto a desenvolver o proposto.

### **ANEXO III– ESTRUTURA DA ORGANIZAÇÃO DO LIVRO**

**TÍTULO DO LIVRO: PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: Saberes Necessários para o Profissional de saúde**

**Organizadores: Eliana Marques Gomes da Silva, Amélia Nunes Sicú, Ana Alcídia de Araújo Moraes, Darlison Souza Ferreira.**

**Capítulo I: Educação em Saúde / Autora do capítulo: Angélica Cotta Lobo leite Carneiro**

- Conceitos de saúde
- Promoção em Saúde
- Aspectos Históricos (um breve histórico)
- A nova promoção de saúde
- Multicausalidade do processo saúde-doença
- Intersetorialidade
- Participação social
- Sustentabilidade
- Métodos dialógicos

**CAPÍTULO II: Competências do profissional de saúde na prática educativa/ Autora do capítulo: Laura Maria dos Santos**

- Conhecimento e atitudes
- Conhecimento- "O Saber"  
-Habilidades- "o Saber Fazer"  
-Atitudes-"O saber ser"

**CAPÍTULO III: A prática do profissional de saúde/ Autora do Capítulo: Patrícia Maria Gomes de Carvalho**

- Sentidos atribuídos às práticas de educação em saúde
  - Sentido da prevenção das doenças
  - Sentido dialógico de promoção da saúde
- Tipos de práticas
  - Prática Individual e Coletiva
- Tipos de Atividade educativa:
  - Atividade para família
  - Atividade na comunidade
  - Atividade no domicílio

**CAPÍTULO IV: A importância da prática Educativa em Saúde/ Autores: Eliana Marques Gomes; Ana Alcídia de Araújo Moraes; Darlison Souza Ferreira**

- A prática educativa interdisciplinar
- Planejamento da prática educativa
- Estratégias de educação e recurso didáticos

Imagem de Impressão do Outlook

https://bay175.mail.live.com/mail/?from=Messages.aspx?picid=48.93...

## Re: Convite para escrita de capítulo de Livro

De: **Laura Santos** (laurasantos\_monteiro@yaho.com.br)

Enviada: quinta-feira, 17 de outubro de 2013 12:54:38

Para: elianamaei@hotmail.com (elianamaei@hotmail.com)

Olá Eliana,

fiquei muito feliz e grata pelo convite. Acredito na proposta do livro e vejo que falta publicações com esse tema, sendo assim de grande relevância para o nosso meio.

Sobre a organização dos capítulos, queria saber mais sobre o que pensar. Prazos, número de páginas, etc...

Será um prazer estar com vocês nesse projeto, e estou disponível para o que precisarem nesse momento.

Muito obrigada.

Laura Maria dos Santos  
Enfermeira - PSE/BH  
Mestre em Enfermagem - UFMG

Imagem de Impressão do Outlook

https://bay175.mail.live.com/mail/?from=Messages.aspx?picid=02f6e7...

## RE: Convite para escrita de capítulo de Livro

De: **Patrícia Maria Gomes de Carvalho** (patriciamariag80@hotmail.com)

Enviada: quinta-feira, 30 de outubro de 2013 01:17:23

Para: elianamaei@hotmail.com (elianamaei@hotmail.com)

Olá Eliana, muito obrigada pelo contato e convite para participar do projeto do livro.

A ideia é excelente e será muito bem vindo para a nossa prática docente e apoio aos estudos de nossos alunos.

Gostaria de dizer que aceitei o convite e que me sinto muito honrada com o mesmo.

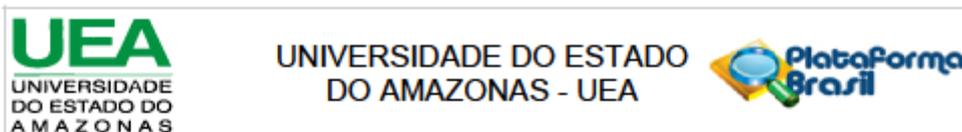
Você já tem alguma ideia de editora, mídia de páginas por capítulos, formatação para a escrita???

Me coloco a disposição para colaborar e aguardo seu contato com maiores informações.

Com carinho,

Patrícia Maria Gomes de Carvalho,  
Docente na área de Enfermagem  
Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - PPGF  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP  
Email: patg80@hotmail.com / patricia.carvalho@usp.br

## ANEXO IV-PROJETO DE PESQUISA I



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DA PESSOA DIABÉTICA

**Pesquisador:** ELIANA MARQUES GOMES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10821813.7.0000.5018

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do

**Patrocinador Principal:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 257.145

**Data da Relatoria:** 28/04/2013

**Apresentação do Projeto:**

O projeto é de natureza prospectiva, sendo baseado em entrevistas de indivíduos diabéticos. Os documentos necessários para a sua adequada condução encontram-se anexados na Plataforma Brasil.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Conhecer o ponto de vista de pessoas diabéticas sobre as práticas educativas desenvolvidas nas Unidades da Estratégia Saúde da Família, no Distrito Oeste do Município de Manaus - Amazonas.

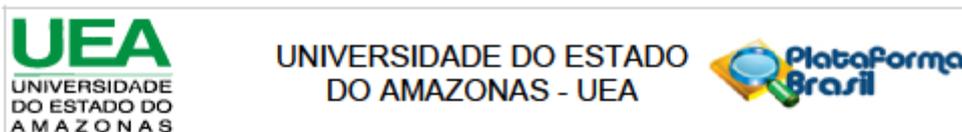
**Objetivo Secundário:** Verificar a participação e frequência de pessoas diabéticas nas atividades educativas desenvolvidas pela equipe de saúde; Caracterizar o conhecimento dessas pessoas acerca do autocuidado e das complicações do diabetes; Investigar se ocorreram mudanças de hábitos comportamentais e atitudes em decorrência das práticas educativas nas Unidades, segundo o ponto de vista dessas pessoas diabéticas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto apresenta risco mínimo aos participantes, por se tratar de estudo baseado em entrevistas.

**Endereço:** Av. Djalma Batista, nº 3578, Chapada  
**Bairro:** chapada **CEP:** 69.050-030  
**UF:** AM **Município:** MANAUS  
**Telefone:** (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com

## ANEXO V – PROJETO DE PESQUISA II



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PELO PÓLO DE TELEMEDICINA DA AMAZÔNIA.

**Pesquisador:** ELIANA MARQUES GOMES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 16140713.0.0000.5016

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 363.978

**Data da Relatoria:** 26/07/2013

**Apresentação do Projeto:**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PELO PÓLO DE TELEMEDICINA DA AMAZÔNIA. Pesquisadora responsável Profa. ELIANA MARQUES GOMES, docente da UEA.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar as práticas educativas desenvolvidas pelo Pólo de Telemedicina da Amazônia.

**Objetivo Secundário:**

Identificar as práticas educativas em saúde desenvolvidas no pólo de telemedicina da Amazônia; Verificar o nível de conhecimento em Telessaúde dos coordenadores dos pontos instalados nos municípios; Conhecer as facilidades e dificuldades para a realização das praticas educativas e saúde por meio das ferramentas de Telessaúde; Propor estratégias de práticas educativas em saúde baseado nas evidências do estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Não existem riscos para os sujeitos da pesquisa.

**Benefícios:** Após os resultados sendo eles não esperados tais como: As práticas educativas do Pólo

**Endereço:** Av. Djalma Batista, nº 3578, Chapada  
**Bairro:** chapada **CEP:** 69.050-030  
**UF:** AM **Município:** MANAUS  
**Telefone:** (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com

**ANEXO VI - PARECER DO CEP**

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Hospital São Paulo**PROJETO DE PESQUISA****Título:** Práticas Educativas em Diabetes na Estratégia Saúde da Família**Área Temática:****Pesquisador:** ELIANA MARQUES GOMES**Versão:** 2**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo -  
UNIFESP/EPM**CAAE:** 03755312.5.0000.5505**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 51909**Data da Relatoria:** 18/06/2012**Apresentação do Projeto:**

A natureza deste estudo propõe reflexões e discussões sobre a temática da educação em saúde com ênfase nas práticas educativas em diabetes, com o intuito de buscar ferramentas e ampliar o olhar para práticas educativas desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF). A promoção de saúde está relacionada também com a Educação, que tem como objetivo o processo dialógico, formativo e transformativo, ou seja, o contato, a transmissão e aquisição de conhecimentos, que traz o desenvolvimento de competências, hábitos, chamados de "conteúdos da educação". Esta pesquisa objetiva caracterizar as Práticas Educativas em Diabetes da Estratégia Saúde da família-ESF do Distrito Oeste, no Município de Manaus - Amazonas. Este será um estudo de caráter descritivo-exploratório e contemplará as abordagens qualitativa e quantitativa. Será Realizada em duas fases: A primeira através de entrevista com enfermeiros coordenadores das Unidades da ESF e a segunda com técnica de observação das práticas educativas, com roteiro semiestruturado.

**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Primário:**

Descrever como ocorrem as Práticas Educativas em Diabetes Desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família no Distrito Oeste do Município de Manaus-Amazonas.

**Objetivo Secundário:**

Verificar o desenvolvimento e planejamento das ações educativas em diabetes; Averiguar os conteúdos e tipos de estratégias utilizadas nas práticas educativas em diabetes; Verificar a relação das práticas educativas em diabetes com princípios de promoção de saúde; Identificar as facilidades e dificuldades de realização das práticas educativas em diabetes;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Risco mínimo, sem procedimento invasivo

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estão descritos os procedimentos do estudo, apresentando carta de aprovação do CEP da Secretaria de Municipal de Saúde de Manaus.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto encontra-se adequada. Apresenta TCLE, contemplando a resolução 198/96

**Recomendações:**

Não há recomendações para este estudo

## ANEXO VII – AUTORIZAÇÃO DA COEP DA SEMSA



Manaus, 14 de Março de 2012

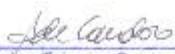
## TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada **“Práticas educativas em diabetes na Estratégia Saúde da Família”** de responsabilidade dos pesquisadores **Eliana Marques Gomes e Ana Alcídia Araújo de Moraes** foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.

Esse procedimento buscar orientar-se com o item VII.14, da Res. CNS n.º 196/96, em que:

“a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”.

Contudo, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA ainda está em fase de estruturação para dar início à validação junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, informamos que essa anuência deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente cadastrado no CONEP.

  
Ademarina Teixeira Cardoso  
Gerente de Educação em Saúde  
SEMSA - MANAUS

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA  
SECRETARIA DE SAÚDE - COEP - SAÚDE  
Gerência de Educação em Saúde  
Av. Mário Ypiranga Monteiro, 3503 - Adiantados  
CEP. 69057-002 - Manaus - Amazonas

## ANEXO VIII

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Práticas Educativas em Diabetes na Estratégia Saúde da Família.

**A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:** O motivo que nos leva a estudar as a práticas educativas em Diabetes é devido os riscos de complicações de pessoas com diabetes e essas práticas educativas são essenciais para prevenção dessas complicações, a pesquisa se justifica devido o fato de contribuirmos pra uma reflexão sobre a importância dessas ações educativas desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. O objetivo desse projeto é conhecer as práticas educativas em Diabetes desenvolvidas nas Unidades da Estratégia Saúde da Família no distrito Oeste. Os procedimentos de coleta de dados serão da seguinte forma: Em duas Etapas, sendo a primeira um entrevista com os coordenadores da ESF(Enfermeiros), através de um formulário de entrevista e a segunda etapa participação observativa das práticas educativas em Diabetes.

**DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:** Não Existe um desconforto e risco mínimo para você que se submeter à coleta do material para o estudo da pesquisa, sendo que se justifica que os resultados sendo eles não esperados, tais como as práticas educativas em diabetes não serem desenvolvidas conforme os objetivos de educação em saúde, trará reflexão e melhoria nas sua práticas desenvolvidas.

#### **FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:**

Caso apresente alguma indicação de que as práticas educativas não estão de acordo com os princípios de educação em saúde, será fornecido a unidade após a conclusão dos estudos, sugestão para o melhor desenvolvimento dessas práticas educativas em diabetes.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Sua Unidade e seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar

deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no CEP/SEMSA e outra será fornecida a você.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS**

**DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. No caso você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa a pesquisadora se responsabilizará por qualquer dano moral ocorrido.

**DECLARAÇÃO DA (o) PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. As pesquisadoras responsáveis asseguraram-me que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamaras pesquisadoras responsáveis: Dra. Ana Alcídia Araújo Moraes (Orientadora) e Eliana Marques Gomes (pesquisadora) no telefone (92) 31840709 ou 96164092, endereço: Av. do Ipase, número 475, Vila Militar ,bairro compensa . Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

---