

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Gizele Ferreira David**

**AVALIAÇÃO DAS ATITUDES PROFISSIONAIS NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS  
EM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Belo Horizonte - MG**

**2013**

Gizele Ferreira David

**AVALIAÇÃO DAS ATITUDES PROFISSIONAIS NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS  
EM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Heloísa de Carvalho Torres

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ilka Afonso Reis

**Belo Horizonte - MG**

**2013**

David, Gizele Ferreira.  
D249a Avaliação das atitudes profissionais nas práticas educativas em diabetes mellitus na atenção primária. [manuscrito]. / Gizele Ferreira David. -- Belo Horizonte: 2013.  
148f.: il.  
Orientadora: Heloísa de Carvalho Torres.  
Co-Orientadora: Ilka Afonso Reis.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

I. Diabetes Mellitus Tipo 2/prevenção & controle. 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 3. Pessoal Técnico de Saúde. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Torres, Heloísa de Carvalho. II. Reis, Ilka Afonso. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.  
NLM: WY 155



Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada “**Avaliação das atitudes Profissionais nas Práticas Educativas em Diabetes Mellitus na Atenção Primária**”, de autoria da mestranda Gizele Ferreira David, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Heloísa de Carvalho Torres - Escola de Enfermagem da UFMG - Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ilka Afonso Reis – Instituto de Ciências Exatas, Departamento de Estatística da  
UFMG - Co-orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Helena Melo Lima- Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

---

Prof. Dr. André Luiz Freitas Dias - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas,  
Departamento de Psicologia da UFMG

---

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana – Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 27 de junho de 2013

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus, por tornar possíveis os meus sonhos e por me permitir ver que quanto mais eu me aproximo do saber, mais torna-se concreta minha certeza de Vossa Existência.*

*Aos meus pais, especialmente minha mãe, Lélia, exemplos de força, dedicação e coragem, por ter-me ensinado a nunca desistir dos meus sonhos e me apoiar em tudo que faço.*

*Ao meu companheiro, João Paulo, pela amizade, por me apoiar sempre, pelo seu amor e por compreender as minhas necessidades e superar as ausências.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Heloísa de Carvalho Torres pela sua sensibilidade e seu pensamento crítico, pela sua acolhida, por me receber de braços tão abertos. Por orientar-me com admirável competência. Pela sua dedicação e por acreditar na minha capacidade, sempre me incentivando a alçar vôos mais altos. Obrigada por esta conquista.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ilka Afonso Reis pela co-orientação e pelo apoio. Por orientar-me com admirável competência. Obrigada pela confiança depositada em meu trabalho.*

*Aos familiares, que contribuíram de alguma forma para a concretização deste trabalho, em especial meus queridos tios Eliana David e Isaque Lopes, pela acolhida e confiança que depositaram em mim, permitindo que usufruisse de tão acolhedora moradia. Obrigada pela torcida e pelo apoio.*

*À Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte e à Escola de Enfermagem da UFMG, por possibilitarem a realização da pesquisa.*

*Aos colegas de mestrado, professores e especialmente aos amigos Angélica, Hanna e Helisamara que estiveram sempre presentes em momentos de medo, angústia, incertezas e que tanto rezaram para minha recuperação. Não vou me esquecer do carinho de vocês comigo e com a minha família.*

*Aos **colegas do curso de mestrado**, com os quais tive oportunidade de conviver e compartilhar conhecimentos.*

*Aos **professores do mestrado**, que me proporcionaram crescimento, paciência e sabedoria.*

*Aos **participantes desta pesquisa**, sem cuja participação seria impossível a realização deste estudo.*

*Aos meus **colegas do núcleo de pesquisa (NUGEAS)** por serem presença constante de colaboração e apoio nessa trajetória.*

*Aos meus **queridos colegas de trabalho da FAMINAS** por permitirem que compartilhasse os medos e as angústias dessa fase final. Muito obrigada pela torcida e apoio.*

*A **todos** que, das mais variadas formas, contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desta pesquisa.*

***AGRADECIMENTO ESPECIAL***

*A Deus,*

*por me segurar em seus braços durante as provações e me presentear  
com a vida, com o meu “filhinho” que vai nascer e por mais esta vitória, dando-me  
força e sabedoria para  
enfrentar todos os desafios.*

**“Nos sonhos de cada dia,  
A certeza de que a vida vale a pena  
Pelas amizades que se tem,  
Pelas lutas vencidas e  
Por tudo de novo e de bom que há para acontecer”.**  
*(autor desconhecido)*



## RESUMO

DAVID, Gizele Ferreira. **Avaliação das atitudes Profissionais nas Práticas Educativas em Diabetes Mellitus na Atenção Primária**. 2013. 106 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013

**Introdução:** Devido ao aumento do número de usuários com DM2, faz-se necessário identificar fatores que influenciam positivamente no controle da doença. Estas prioridades antecipam os resultados focalizados nas atitudes dos profissionais de saúde que devem responder as queixas emocionais e as metas dos usuários para uma boa condução das práticas educativas, agindo como facilitadores para um pensar crítico e um agir com autonomia a fim de definir metas conforme seu contexto de vida, levando os usuários a se conscientizarem de que suas ações fazem a diferença no tratamento da doença. **Objetivo:** Avaliar se as oficinas desenvolvidas com os profissionais de saúde favorecerão as atitudes baseadas nos problemas, nos sentimentos e nas metas apresentados pelos usuários nas práticas educativas em DM2. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quase-experimental com abordagem quantitativa desenvolvido em um grupo intervenção e um grupo controle, nos quais optou-se pelo modelo experimental de pré-teste e de pós-teste. A população foi composta por 26 profissionais de saúde de oito UBS, da região Leste de Belo Horizonte (MG), sendo 12 alocadas no Grupo Intervenção, que participaram das oficinas de capacitação profissional, e 14 alocados para o Grupo Controle, que receberam o Manual de Atitudes Profissionais nas Práticas educativas em DM2. Utilizou-se um Formulário de Identificação Profissional e o protocolo “Responding to Emotion Concerns” (REC), que avalia as atitudes psicológicas do profissional de saúde frente às queixas apresentadas pelos usuários. Os instrumentos foram aplicados no pré-teste e pós-teste nos Grupos Intervenção e Controle. As análises estatísticas foram realizadas no ambiente de programação estatística R (R Development Core Team, 2012) e foi utilizado o teste de Wilcoxon. **Resultados:** Apontam que no pré-teste aplicado nos dois Grupos, os profissionais de saúde apresentaram predominantemente atitudes favoráveis ao Julgamento e à Solução dos problemas para o usuário, configurando, pois, uma relação não baseada no diálogo. Os resultados do pós-teste aplicado nos profissionais de saúde do Grupo Intervenção apresentaram mudanças estatisticamente significativas nas atitudes dos profissionais ao se comparar com o Grupo Controle. Dentre as cinco questões replicadas no pós-teste no Grupo Intervenção, duas apresentaram mudanças de atitudes favoráveis à Exploração dos problemas e Concentração nos sentimentos e metas dos usuários; no Grupo Controle não houve mudanças significativas das atitudes profissionais. **Conclusão:** Os profissionais de saúde têm o desafio de apresentar atitudes nas práticas educativas em DM2 coerentes com a proposta do Ministério da Saúde, pois ainda são pautadas no modelo que não valoriza a autonomia do usuário e não favorece o diálogo. É importante estabelecer atitudes baseadas no respeito às concepções dos usuários, seus sentimentos e suas metas, assim como ilustrar o respeito à autonomia destes ao se envolverem em seu cuidado. Os profissionais de saúde da APS necessitam ter acesso contínuo a essas informações para a garantia de práticas educativas de qualidade, sendo assim, sugerem-se as oficinas de capacitação profissional, que conforme o estudo evidenciam seus resultados positivos na aprendizagem dos profissionais de saúde da APS, considerando o diálogo com os conhecimentos e as experiências prévias para a incorporação de novos saberes.

**Palavras-chave:** Capacitação Profissional; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Pessoal Técnico de Saúde; Diabetes Mellitus Tipo 2.

## ABSTRACT

DAVID, Gizele Ferreira. **Evaluation of attitudes Professionals in Educational Practices in Diabetes Mellitus in Primary Care**. 2013. 106 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) - Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

**Introduction:** Due to the increase of users with DM2, it is necessary to identify factors that influence positively in controlling the disease. These priorities anticipate the results focused on the attitudes of health professionals who must respond to complaints and emotional goals of the users for a smooth conduct of educational practices, acting as facilitators for a critical thinking and act with autonomy to define their goals as life context, leading users to be aware that their actions make a difference in the treatment of disease. **Objective:** To determine if the workshops developed with health professionals favor the attitudes based on problems, feelings and goals presented by users in educational practices in DM2. **Methodology:** This was a quasi-experimental study with a quantitative approach developed in an intervention group and a control group, in which we chose the experimental model of pre-test and post-test. The population was composed of 26 health professionals from eight UBS, the eastern region of Belo Horizonte (MG), 12 were assigned to the intervention group and 14 control group. We used a form of Professional Identification and protocol "Responding to Concerns Emotion" (REC), which assesses the psychological attitudes of health professionals in the face of complaints from users. The protocol was applied before the completion of professional training workshops and after the intervention and control groups. Statistical analyzes were performed in R statistical programming environment (R Development Core Team, 2012) and we used the Wilcoxon test. **Results:** Point out that health professionals before professional training workshops showed mostly favorable attitudes to the Judgment of the problems and the solution to the user, configuring, therefore, not a relationship based on dialogue. The professional training workshops conducted with the intervention group showed statistically significant changes in the attitudes of professionals of health when compared with the control group. Among the five questions replicated in the post-test in the Intervention Group, two showed changes in attitudes favorable to the Operation of Concentration problems and feelings and goals of the users, in the control group there were no significant changes in attitudes professionals. **Conclusão:** So the professionals health have the challenge of presenting attitudes in educational practices in DM2 consistent with the proposal of the Ministry of Health, they still are based on the model that does not value client autonomy and not conducive to dialogue. It is important to establish attitudes based on respect for the views of users, their feelings and goals, as well as illustrate respect for the autonomy of these to become involved in their care. Health professionals need the APS have continuous access to this information for the guarantee of educational quality, so we suggest professional training workshops, according to the study, showed positive results in the learning of health professionals APS considering dialogue with the prior knowledge and experiences to the incorporation of new knowledge.

**KEYWORDS:** Professional Training; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Allied Health Personnel; Type 2 Diabetes Mellitus.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – A atitude profissional nas práticas educativas em Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2. Belo Horizonte, 2012.....	44
<b>Figura 1</b> - Mapa dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte (MG).....	41
<b>Figura 2</b> – Distribuição da idade dos profissionais segundo grupo de estudo. Belo Horizonte, 2012.....	54
<b>Figura 3</b> – Distribuição do tempo de formado segundo grupo de estudo a que pertencem os profissionais avaliados. Belo Horizonte, 2012. ....	55
<b>Figura 4</b> – Distribuição do tempo no cargo segundo grupo de estudo a que pertencem os profissionais avaliados. Belo Horizonte, 2012. ....	56
<b>Figura 5</b> – Visualização gráfica das respostas à Questão 1 segundo o momento de aplicação (pré e pós- teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na variável (Tabela 6). ....	58
<b>Figura 6</b> – Visualização gráfica das respostas à Questão 2 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na variável (Tabela 7).....	59
<b>Figura 7</b> – Visualização gráfica das respostas à Questão 3 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 8).....	60
<b>Figura 8</b> – Visualização gráfica das respostas à Questão 4 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 9). ....	61
<b>Figura 9</b> – Visualização gráfica das respostas à Questão 5 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 10). ....	62

<b>Figura 5.2</b> – Visualização gráfica das respostas à Questão 1 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 11).....	63
<b>Figura 6.2</b> – Visualização gráfica das respostas à Questão 2 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 12). .....	64
<b>Figura 7.2</b> – Visualização gráfica das respostas à Questão 3 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 13). .....	66
<b>Figura 8.2</b> – Visualização gráfica das respostas à Questão 4 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 14). .....	67
<b>Figura 9.2</b> – Visualização gráfica das respostas à Questão 5 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 15). .....	69

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos profissionais de saúde por Grupo Intervenção e Grupo Controle, segundo a profissão. Belo Horizonte, 2012. ....	50
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos profissionais de saúde por Grupo Intervenção e Grupo Controle, segundo a faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo no cargo. Belo Horizonte, 2012.....	51
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos profissionais de saúde por Grupo Intervenção e Grupo Controle, segundo a posse de título de pós-graduação e sua área. Belo Horizonte, 2012.....	52
<b>Tabela 4</b> - Estatísticas descritivas e resultados para comparação entre os grupos quanto ao sexo e pós-graduação. Belo Horizonte, 2012.....	53
<b>Tabela 5</b> - Estatísticas descritivas e resultados para comparação entre os grupos quanto à idade, ao tempo de formado e ao tempo no cargo. Média $\pm$ desvio-padrão (mediana entre parênteses). Belo Horizonte, 2012.....	53
<b>Tabela 6</b> - Classificação das respostas à Questão 1 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.....	57
<b>Tabela 7</b> - Classificação das respostas à Questão 2 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.....	58
<b>Tabela 8</b> - Classificação das respostas à Questão 3 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.....	59
<b>Tabela 9</b> - Classificação das respostas à Questão 4 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.....	60
<b>Tabela 10</b> - Classificação das respostas à Questão 5 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.....	61
<b>Tabela 11</b> – Classificação das respostas à Questão 1 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.....	62

<b>Tabela 12</b> - Classificação das respostas à Questão 2 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.....	64
<b>Tabela 13</b> - Classificação das respostas à Questão 3 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.....	65
<b>Tabela 14</b> - Classificação das respostas à questão 4 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.....	67
<b>Tabela 15</b> - Classificação das respostas à Questão 5 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.....	68

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA- American Diabetes Association

APS - Atenção Primária à Saúde

CDCP - Center for Disease Control and Preventions

DCNTs - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DISALE - Distrito Sanitário Leste

DM - Diabetes *Mellitus*

DM2 - Diabetes *Mellitus* tipo 2

EEUFMG - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

LILACS - Literatura em Ciências da Saúde da América Latina e do Caribe

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUGEAS - Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1 Objetivos.....	20
1.1.1 Objetivo geral.....	20
1.1.2 Objetivo específico.....	20
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
2.1 Aspectos epidemiológicos e a atenção em Diabetes <i>Mellitus</i> 2 (DM2).....	21
2.2 Entendendo o conceito de Atitudes .....	22
2.2.1 <i>As atitudes favoráveis aos Problemas, Sentimentos e Metas em DM2</i> .....	24
2.2.2 <i>As atitudes favoráveis à Solução de Problemas e aos Julgamentos em DM2</i> .....	28
2.3 Teoria educacional e o Diabetes <i>Mellitus</i> 2.....	30
2.4 Práticas educativas e o Diabetes <i>Mellitus</i> 2.....	32
2.5 Capacitação profissional em atitudes nas práticas educativas em DM2.....	35
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	41
3.1 Tipo de estudo .....	41
3.2 Local do estudo .....	41
3.3 Delineamento e população do estudo .....	42
3.4 Instrumentos da coleta de dados .....	42
3.5 Variáveis do estudo .....	43
3.6 Procedimento para a coleta dos dados .....	47
3.7 Procedimento para a análise dos dados .....	48
3.8 Aspectos éticos da pesquisa .....	49
<b>4. RESULTADOS</b> .....	50
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	70
<b>6. CONCLUSÕES</b> .....	84
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	86
<b>APÊNDICES</b> .....	94
<b>ANEXOS</b> .....	99



## 1- INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) compreende 90% dos casos de diabetes presentes no mundo e está relacionada com o excesso de peso, com a inatividade física e com o envelhecimento (ADA, 2011; BRASIL, 2006; CDCP, 2011). Em 2030, estima-se um aumento da prevalência entre adultos (20-79 anos) de 7,7%, o equivalente a 439 milhões de pessoas, sendo que no Brasil essa prevalência será de mais de 11 milhões (WHO, 2011; SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010). Devido ao aumento de casos de DM2, faz-se necessário identificar fatores que influenciam positivamente no controle da doença. Estas prioridades antecipam os resultados focalizados nas atitudes dos profissionais de saúde as quais tem por objetivo desenvolver habilidades e fortalecer as práticas educativas para o autocuidado requerido pelo diabetes, de modo a promover no usuário um estado saudável.

Assim as atitudes dos profissionais de saúde para responder as queixas emocionais e as metas dos usuários são variáveis importantes para uma boa condução das práticas educativas. Elas devem ser facilitadoras para um pensar crítico, um agir com autonomia e responsabilidade no desenvolvimento de habilidades e atitudes dos usuários, a fim de definir metas relacionadas à alimentação e à atividade física, conforme seu contexto de vida, levando os usuários a conscientizarem-se de que suas ações fazem a diferença no tratamento da doença (DELLASEGA; ANEL-TIANGCO; GABBAY, 2012; ANDERSON *et al.*, 1991).

Considerando que as atitudes dos profissionais são fundamentais para o autocuidado, os serviços de saúde no Brasil têm procurado se organizar para o atendimento dessa demanda. O Ministério da Saúde apresentou o Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil, 2011-2022 que visa preparar o país nos próximos dez anos para enfrentar e deter as doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a diabetes. Em seu eixo estratégico “Cuidado Integral de DCNT” é apresentada a proposta de desenvolvimento e implementação de estratégias para a formação profissional e técnica na qualificação das equipes de saúde para a abordagem dessas doenças (BRASIL, 2011).

Dessa forma, sob a perspectiva de analisar a organização da atenção à diabetes, Santos (2011) em estudo realizado em Belo Horizonte, MG mostrou que o planejamento das práticas educativas em DM2 pelos profissionais de saúde requerem mais do que o

conhecimento teórico sobre a doença. Os resultados apontaram que as atitudes dos profissionais são determinantes para uma boa condução das práticas educativas, além de levantar a necessidade de discussão sobre os conhecimentos, as atitudes e as habilidades, por meio da capacitação profissional e do fortalecimento do trabalho interdisciplinar (PESSANHA; CUNHA, 2009).

Assim, as atuais práticas educativas têm apresentado uma tendência de valorização do modelo dialógico e da interdisciplinaridade. As atividades educativas interdisciplinares possibilitam o contato com diferentes estruturas, oferecendo condições de o profissional de saúde perceber o homem como um todo, ultrapassando a especificidade de sua formação acadêmica, trazendo novas formas de cooperação e comunicação com os usuários, sobrepondo à valorização da concepção biológica do processo saúde e doença (LOCHNECKEL *et al.*, 2009).

Além disso, Anderson e Funnel (2010) destacam que os profissionais devem apresentar atitudes favoráveis aos problemas, aos sentimentos e às metas dos usuários com respeito à autonomia destes. Eles devem agir como facilitadores no estabelecimento de metas para o autocuidado da doença, na perspectiva de aumentar a capacidade dos usuários para pensar criticamente e agir com autonomia em seu autocuidado (SOUZA; MENANDRO, 2011; TOL *et al.*, 2012). Dessa forma, os usuários devem adquirir maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde para um melhor autocontrole da doença (CHANG; WALLIS; TIRALONGO, 2012; DELLASEGA; ANEL-TIANGCO; GABBAY, 2012).

No entanto, Tol *et al.* (2012) cita que muitos dos profissionais de saúde têm ditado as decisões sobre a prática do autocuidado, apresentando, pois, atitudes desfavoráveis aos problemas, aos sentimentos e às metas estabelecidas pelo usuário. Godinho (2011) em seu estudo buscou analisar os métodos educacionais que fundamentam as práticas educativas nas unidades básicas de saúde (UBS). Os resultados apontaram que as práticas educativas em saúde ainda não estão verdadeiramente comprometidas com os princípios propostos pelo Ministério da Saúde (MS). Nas práticas observadas, predominou a forma que não conduz ao diálogo. Além disso, mesmo as práticas que conduziram ao diálogo não foram marcadas pela intenção do profissional de saúde em favorecer a autonomia dos usuários.

As atitudes profissionais que priorizam a solução dos problemas do usuário sem considerar seu contexto de vida e baseadas em julgamentos pelo não cumprimento do

autocuidado são mais susceptíveis de resistência pelos usuários, pois estes podem se sentirem pressionados a mudar sem estarem prontos para tal, e conseqüentemente podem apresentar um sentimento de culpa. Dessa forma, a prática educativa pode parecer frustrante para o profissional de saúde diante do mau controle da doença (ANDERSON *et al.*, 2002).

Nessa perspectiva, foi realizado um estudo nos EUA que teve o objetivo de permitir aos educadores em diabetes aprender a usar as competências pedagógicas e incentivá-los a desenvolver atitudes favoráveis aos problemas, aos sentimentos e às metas apresentados pelos usuários. Os resultados mostraram que as atitudes desses profissionais de saúde em relação à autonomia do usuário mudaram significativamente desde o início para o final do programa educativo (ANDERSON *et al.*, 1991). Além disso, estudo mostra que através de programas de pós-graduação, os profissionais de saúde adquiriram mais conhecimentos sobre as ferramentas de abordagem ao usuário, melhorando as dificuldades de abordagem (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

Diante do apresentado, a proposta da capacitação profissional enriquecida pela participação da equipe interdisciplinar é uma estratégia facilitadora para a discussão de atitudes profissionais frente aos problemas, aos sentimentos e às metas apresentados pelos usuários. Esse espaço é importante para lidar com a questão de como e quando novas informações incorporadas geram modificações nas atitudes e nos comportamentos. Modificar as atitudes implica na incorporação de novos valores que precisam ser socialmente compartilhados (VILELA; MENDES, 2003; TORRES *et al.*, 2008). Assim, este estudo teve como ponto de partida a valorização da formação e a experiência de cada profissional, compreendidas como fator determinante para propiciar um pensamento reflexivo e o desenvolvimento de novas práticas e, assim, subsidiar demandas dos serviços básicos de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do exposto, defino a seguinte questão norteadora deste estudo: a capacitação proporcionará aos profissionais de saúde atitudes favoráveis aos problemas, aos sentimentos e às metas dos usuários nas práticas educativas em DM2?

Dessa forma, o presente trabalho poderá auxiliar a sistematização de programas de educação profissional projetados para facilitar o desenvolvimento de atitudes favoráveis na maximização da abordagem frente aos problemas, aos sentimentos e às metas dos usuários, principalmente porque essa abordagem requer habilidades e atitudes que muitas vezes não são incluídas na formação da maioria dos profissionais de saúde.

### **Hipótese do Estudo**

- H = Os profissionais de saúde que participaram do grupo intervenção apresentaram mais atitudes favoráveis aos problemas, aos sentimentos e às metas dos usuários com DM2 que os profissionais do grupo controle.

### **Objetivo geral**

- Avaliar se as oficinas desenvolvidas com os profissionais de saúde favorecerão as atitudes baseadas nos problemas, nos sentimentos e nas metas apresentados pelos usuários nas práticas educativas em DM2.

### **Objetivos específicos**

- Identificar as atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em DM2.
- Modificar as atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em DM2.
- Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde nas práticas educativas em DM2.

## 2- REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Aspectos Epidemiológicos e a Atenção em Diabetes *Mellitus*

O Diabetes *Mellitus* (DM) configura-se como um dos principais problemas de saúde pública em função de sua elevada e crescente prevalência em vários países do mundo. O tratamento e o controle de suas complicações representam altos custos, além da grande perda econômica para o país por impor ao indivíduo diminuição da produtividade de trabalho, aposentadorias precoces, limitando, assim, suas capacidades funcionais (BRASIL, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 2007).

A complexidade do tratamento dessa patologia produz um grande impacto sobre a rotina dos usuários e gera um alto custo para a previdência social do país, além de onerar o Sistema Único de Saúde (SUS), devido às complicações crônicas; tais como: retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia, pé neuropático, entre outras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2007). Dados do SUS mostram que o DM é a quinta indicação por hospitalização no Brasil e está entre as dez maiores causas de mortalidade no país (BRASIL, 2010). Na América Latina estima-se um total de 19 milhões de pessoas com diabetes e que no Brasil a incidência média seja de 7,6 milhões de pessoas na população acima de 40 anos (SBD, 2007).

Um estudo realizado em 13 ambulatórios públicos em oito cidades brasileiras mostrou que a DM e suas complicações cardiovasculares corresponderam a 7,9% das internações (GOMES *et al.*, 2006). Esse estudo e os dados epidemiológicos altamente alarmantes mostram a magnitude da doença no Brasil, assim como a necessidade de os profissionais de saúde buscarem estratégias efetivas no atendimento a essa população.

Nesse sentido, nos programas de educação profissional em diabetes faz-se necessário usar uma postura dialógica que permita a troca de saberes entre os participantes. Essa abordagem educativa ajuda o profissional a reconhecer-se como construtor do seu conhecimento, já que a partir da sua realidade no ambiente de trabalho é que se extraem as demandas por aprendizagem (TORRES *et al.*, 2009). As capacitações quando conduzidas por uma abordagem dialógica e com respeito ao contexto do ambiente de trabalho, contribuem

para uma melhor participação e satisfação por parte dos profissionais de saúde (FREIRE, 2001; PEDUZZI *et al.*, 2009).

## 2.2 Entendendo o conceito de Atitudes

O conceito de atitudes tem sido reformulado ao longo dos anos, principalmente no campo da Psicologia Social. Dessas investigações surgiram inúmeras definições do conceito de atitudes (FERREIRA; CAMPOS; GOMES, 2009). No início do século XX, as atitudes são apontadas como um estado de preparação mental, organizadas por meio da experiência e exercendo uma influência dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objetos ou situações com que se relacionam (LIMA, 1993). Atualmente, teóricos definem que as atitudes consistem em uma disposição para responder de forma favorável ou desfavorável em relação a objetos, a pessoas, a instituições ou acontecimentos para prever e explicar o comportamento humano (FISHBEIN; AJZEN, 2000).

A Teoria da Ação Refletida, de Fishbein e Ajzen (1975), dita que as pessoas se comportam avaliando o que têm a perder e a ganhar com a manifestação de suas atitudes. O modelo teórico apresenta como variáveis externas as demográficas, as atitudes gerais e traços de personalidade que influenciam as variáveis básicas do modelo: crenças comportamentais (CC), avaliação dessas crenças (AC), crenças normativas (CN) e a motivação (M).

Podemos citar como exemplo as faixas etárias mais elevadas que tendem a ser mais conservadoras, podendo assim interferir nas atitudes. As atitudes gerais se forem positivas em relação a um colégio ou a uma Unidade de Saúde, a tendência será de ter atitudes positivas em relação aos professores ou aos profissionais de saúde dessas instituições. Dessa forma, as atitudes já existentes influenciam as atitudes que se formam posteriormente. Quanto à influência da personalidade, temos que as pessoas com tendência a buscar novidades terão mais facilidade em aceitar ideias inovadoras (D'AMORIN, 1996).

A variável básica, crenças comportamentais (CC) é a base cognitiva das atitudes, ou seja, são as informações que um indivíduo tem a respeito de um objeto, independentemente se favoráveis ou desfavoráveis a esse objeto e são formadas a partir de informações teóricas e experiências vividas. A avaliação de crenças (AC) conceitua que, na composição das atitudes, a crença isoladamente não tem sentido, sendo imprescindível a sua avaliação. Não há atitudes sem a avaliação da crença, uma vez que a crença avaliada resultará nas atitudes. A crença normativa (CN) corresponde ao que as pessoas que são importantes para o indivíduo julgam

que ele deva fazer, seria a figura do referendo. A motivação (M) em cumprir uma referida crença está relacionada à crença normativa (FISHBEIN; AJZEN, 1975).

Assim, autores citam que cada vez destaca-se uma tendência de reconhecer as atitudes como uma tendência psicológica avaliativa, que envolve uma tomada de posição em relação a um determinado objeto (AJZEN, 2002; EAGLY; CHAIKEN, 1993; FAZIO, 1990). No conceito de atitudes englobam-se, também, as crenças, os valores e as ações que podem ser percebidos pela linguagem ou comportamento (HENERSON *et al.*, 1987; LIMA, 1993). Lima (1993) refere-se às crenças como sendo informações que os indivíduos possuem sobre um objeto e que geralmente estão muito enraizadas nas pessoas por experiências vividas com a família, a escola, os meios de comunicações e outros. Ajzen (2005) cita algumas variáveis que potencialmente poderiam influenciar as crenças das pessoas: sexo, idade, etnia, condição socioeconômica, educação, nacionalidade, afiliação religiosa, personalidade, humor, emoção, inteligência, exposição à informação, apoio social, habilidades de enfrentamento, e assim por diante.

As atitudes possuem três componentes em sua estrutura: cognitivo, afetivo e comportamental. Eles estão inter-relacionados, conseqüentemente, nossas reações emocionais influenciam as nossas intenções comportamentais, assim como nossas crenças influenciarão as nossas emoções (AJZEN, 1989; FISHBEIN; AJZEN, 2005). As crenças, componentes cognitivos das atitudes, influenciam a percepção e o comportamento frente a eventos ou situações sociais. Dessa forma, dependendo da importância de determinadas crenças para o contexto em que elas estão apresentadas na vida do profissional de saúde, elas seriam mais fáceis ou difíceis de modificar. Com as crenças criamos imagens pessoais, conferimo-nos identidades compatíveis com os ideais que alimentamos. Os comportamentos e as práticas em saúde apresentam um componente cognitivo importante, pois, para que o profissional de saúde se sinta pertencente ao seu grupo, ele vai compartilhar crenças, sentimentos e comportamentos (KRÜGER, 1995, 2004; ROKEACH, 1981; RONZANI, 2007).

Nesse sentido, a partir dos aspectos apresentados, ressalta-se que determinadas crenças e comportamentos persistem ou são modificados pela contingência ambiental. No entanto a discussão sobre mudanças das práticas em saúde não se limita somente à questão das modificações das crenças, mas devem ser consideradas como um dos fatores a se levar em conta nesse processo de mudança de atitudes (RONZANI; RIBEIRO, 2004).

### 2.2.1 As atitudes profissionais favoráveis aos Problemas, aos Sentimentos e às Metas em DM2

As relações entre os profissionais de saúde e usuários devem ser caracterizadas pelo respeito e pela confiança a fim de facilitar uma comunicação honesta e aberta para ambas as partes. Dessa forma, os usuários sentem-se psicologicamente seguros para expressar seus problemas, seus sentimentos assim como medos e preocupações relacionados ao diabetes. Estabelecer tais relações requer atitudes de respeito à autonomia, pois a confiança entre ambos não é garantida somente pelo fato de os profissionais terem uma formação na área da saúde (ANDERSON; FUNNEL, 2005a; POLZER; MILES, 2007; ASSUNÇÃO; MELO; MACIEL, 2008).

No entanto, muitos profissionais de saúde deixam de perguntar sobre sentimentos, isso porque, quando as demandas do usuário são levantadas, eles não sabem como fazê-los se sentirem melhor. Essas atitudes são um erro porque os sentimentos não precisam ser resolvidos e sim expressos e explorados, por duas razões principais: primeiro; a intensidade dos sentimentos dos usuários geralmente prevê o nível de sua motivação para fazer uma mudança e melhorar uma situação. Em segundo lugar, a expressão de sentimentos fortes para um profissional que saiba escutar e que demonstre empatia é, em si, terapêutica (DELLASEGA; ANEL-TIANGCO; GABBAY, 2012; ANDERSON; FUNNEL; HERNANDEZ, 2005b; ANDERSON; FUNNEL, 2005c).

De forma complementar, Pibernik-Okanović *et al.* (2006) citam que a prevalência de alterações de humor em pessoas com diabetes é de cerca de duas vezes maior que na população geral, afetando os resultados de sua saúde e da qualidade de uma maneira indesejável. Além disso, estudo nos EUA mostrou que usuários com diabetes acreditam que os sintomas depressivos contribuem diretamente no aumento do açúcar no sangue. No entanto, esses sintomas raramente são mencionados espontaneamente e os profissionais de saúde relataram raramente avaliá-los. Usuários e profissionais acrescentam que algumas ações manifestadas diante desse sentimento envolvem descuido com o autocuidado, principalmente quanto à dieta. A equipe também discutiu o estigma cultural associado à depressão. O estudo concluiu que é necessária a capacitação dos profissionais de saúde para aumentar a consciência do impacto negativo dos sintomas depressivos na gestão do diabetes (HELD *et al.*, 2010; BALCOU-DEBUSSCHE; DEBUSSCHE, 2008).



Assim, os profissionais de saúde podem melhorar suas atitudes para responder sobre as queixas emocionais dos usuários. Levinson; Gorawara-Bhat; Lamb (2000) mostraram que 52% e 53% dos atendimentos na atenção primária e cirúrgica, respectivamente, incluíram uma ou mais “pistas” pelos usuários sobre queixas envolvendo aspectos emocionais. Esses usuários apresentaram cerca de 70% de “pistas”, e os médicos levantaram 30% desse aspecto. Setenta e seis por cento foram iniciadas pelos usuários da atenção primária e 60% do bloco cirúrgico; todas de natureza emocional. Na cirúrgica, 70% das “pistas” emocionais foram relacionados aos sentimentos sobre condições biomédicas, enquanto na atenção primária, elas foram mais relacionadas a preocupações psicológicas ou sociais (80%) na vida dos usuários. Os médicos responderam positivamente às emoções dos usuários em 38% dos casos do bloco cirúrgico e 21% dos casos da atenção primária.

Ainda quanto ao aspecto psicoemocional, estudo realizado por Tuncay *et al.* (2008) com 161 adultos turcos com diabetes mostraram que 79% dos usuários apresentaram ansiedade, sendo que a maioria relatou associada à doença. Aceitação, religião, planejamento, apoio emocional e autodistração destacaram-se como as estratégias mais utilizadas de enfrentamento. Foram encontradas correlações significativas entre ansiedade, estratégias de enfrentamento e características sociodemográficas dos usuários. Além disso, a autculpa apresentou-se correlacionada significativamente tanto com o foco no problema quanto no enfrentamento focalizado nas estratégias emocionais.

Na Suíça, estudo mostrou que os usuários acreditam que os médicos superestimaram a importância do controle glicêmico a longo prazo e subestimar a importância da qualidade real de vida. Educação em diabetes e autocuidado têm o maior impacto quando os objetivos dos usuários são valorizados no tratamento. Dessa forma, o estudo aponta diferenças de metas entre profissionais de saúde e usuários (PUDER *et al.*, 2006). Nesse sentido, identificar como os usuários se sentem por terem diabetes e, em particular, identificar qual o comportamento ou problema que eles esperam mudar é muito importante, pois o nosso comportamento é normalmente uma expressão de como nos sentimos e o que pensamos (ANDERSON; FUNNEL, 2005a; SOUZA; MENANDRO, 2011; PIBERNIK-OKANOVIC *et al.*, 2011).

Ao demonstrar uma atitude baseada no respeito aos sentimentos sobre os aspectos da vida com o diabetes, há uma maior possibilidade de se chegar à questão de maior preocupação para o usuário. Dessa forma, essas atitudes do profissional podem levar os usuários a criarem metas e estratégias para ajudá-los a melhorar o controle da doença. Outras vezes, ajudá-los a ganhar *insight* sobre o significado de um problema. Essas percepções muitas vezes levam a

alterações em seu comportamento. Quando o usuário é convidado a contar suas histórias, estamos explorando o problema. O papel dos profissionais deve ser de ouvir e fazer perguntas que os ajudarão a entender como é viver com diabetes. Somente quando um problema é totalmente explorado e esclarecido é que se deve passar para a identificação de estratégias ou metas para sua resolução. Para ser efetiva, uma estratégia não deve somente se encaixar ao problema, ela tem que se adequar à pessoa com o problema (ANDERSON; FUNNEL, 2005a; WANG; WU; HSU, 2011; SILVA *et al.*, 2000).

O usuário com diabetes está sujeito a ansiedades, medos e expectativas de recuperação ou incapacidade inerentes a sua patologia. Esse aspecto emocional pode ser amenizado com a prestação de um cuidado que priorize o ouvir, o dialogar, o compreender e o orientar, suplantando um tecnicismo exclusivo. Elementos, como afeto, compaixão, dedicação, respeito e consideração devem estar sempre presentes, o cuidado está relacionado ao sentimento. Esta noção de sentimento, comportamento, expressão emocional, ou ainda, elementos ou ingredientes do cuidar estão inter-relacionados e devem estar sempre presentes (DIAS; SANTANA; SANTOS, 2006; ZULMAN *et al.*, 2011).

Assim, essas atitudes também ajudam os usuários a verem que a modificação é possível e fortalece o relacionamento de parceria. Sob essa perspectiva, também se incluem as atitudes profissionais baseados nas metas que são construídas pelos usuários. Em primeiro lugar, diminui-se o tempo necessário para tentar fazer algo que é muito difícil, ou seja, motivar os usuários a fazerem mudanças que são vistas como importante, mas que eles não veem. Segundo, aumenta a probabilidade de os usuários mudarem os seus comportamentos de maneira positiva, o que faz os profissionais se sentirem mais realizados profissionalmente. Essas atitudes ajudam os usuários a verem que a mudança é possível e fortalece o relacionamento de parceria (ANDERSON *et al.*, 2002; GAGLIARDINO; GONZÁLEZ; CAPORALE, 2007).

Essa mudança de paradigma nas atitudes profissionais é sustentada por estudos que reforçam que muitas das vezes os usuários entendem muito bem sua doença e suas responsabilidades, no entanto não as cumprem. Como exemplo tem-se um estudo realizado na zona rural do oeste da Austrália que revelou que as pessoas entendem muito bem a DM2 e suas responsabilidades. Entretanto, frequentemente, ou eles não escolheram incluir a diabetes como uma prioridade em suas vidas ou foram incapazes de fazer mudanças de estilo de vida adequadas que foram exigidas para um bom controle de açúcar no sangue. Sua vida / tensões sociais muitas vezes influenciaram o controle da glicose. O estudo conclui que o mau controle

não foi relacionado à falta de conhecimento, mas sim a como a diabetes foi priorizada em suas vidas. A atenção para as prioridades ou metas dos usuários é necessária para realizar o melhor controle glicêmico (GREENFIELD *et al.*, 2011).

Dessa forma, Anderson e Funnel (2005a) falam da importância das metas e em como ajudar os usuários na definição destas. Primeiro deve-se ajudá-los a determinar prioridades na área que desejam mudar. Estas seriam as metas de longo prazo. Em seguida, deve-se auxiliá-los a fazer um plano de identificação de medidas de mudança de comportamento relacionadas à área. Estas seriam as metas de curto prazo. Essa ajuda é importante, porque a maioria dos usuários necessita de informações sobre como definir metas e como desenvolver um plano para alcançá-las, pois muitos não são acostumados a pensar sobre seus comportamentos de saúde em termos de problemas ou metas. Por exemplo: o excesso de peso pode ser um problema, em seguida, perder peso seria uma meta de longo prazo e como metas de curto prazo seria a modificação de comportamento quanto à alimentação e à atividade física (ANDERSON *et al.*, 2002).

O estabelecimento de metas pode ser feito também nas práticas educativas coletivas. O profissional pode pedir aos usuários que procurem identificar sua maior preocupação no manejo do diabetes e, a seguir, que escrevam uma meta de longo prazo e como devem montar um plano para cumpri-la. O profissional pode passar um breve período de tempo com cada usuário revendo as metas e oferecendo auxílio. Nas atividades em grupo, os participantes atuam fornecendo apoio e informações recíprocas. Enquanto as metas de longo prazo são os resultados, o plano são as etapas ou as estratégias que são utilizadas para alcançar, a longo prazo, as metas. Ressalta-se a importância de encorajar os usuários a escreverem as suas metas e seus planos, assim como fazer um compromisso escrito ou verbal. Além disso, propõe-se aos usuários pensarem em uma forma de recompensa ou reforço ao seu plano, pois, assim aumenta a probabilidade de que uma modificação de comportamento ocorra (ANDERSON; FUNNEL, 2005a).

As atitudes de fazer perguntas são muito eficazes na promoção do pensamento crítico, pois cria condições para os usuários pensarem criticamente sobre a sua condição de saúde e cuidados no diabetes. Assim, o uso criativo de perguntas é um estímulo muito mais poderoso para a aprendizagem do que a apresentação de informação (FREIRE, 1987). A capacidade de usar perguntas nas práticas educativas em diabetes é um desafio que pode ser

melhorado por meio de experiências compartilhadas em capacitações profissionais com equipe interdisciplinar (TORRES *et al.*, 2009).

### 2.2.2 *As atitudes profissionais favoráveis à Solução de Problemas e aos Julgamentos em DM2*

As atitudes profissionais baseadas na Solução dos Problemas pelos profissionais e não pelos usuários e baseadas no Julgamento dos comportamentos destes podem influenciar negativamente na relação de comunicação aberta e com respeito à autonomia. Anderson e Funnel (2005a) citam que essas atitudes podem desvalorizar a experiência do usuário e criar barreiras para a discussão sobre o que realmente o interessa. O profissional geralmente acredita que essas atitudes são reconfortantes e que podem ajudar, mas, na prática e pela experiência, elas geralmente afastam a expressão dos sentimentos do usuário.

Por isso, primeiro é importante o profissional explorar completamente os problemas e sentimentos para, em seguida, focar na resolução de problemas por meio das metas. Caso contrário, pode levar a alguns erros, como; o usuário e o profissional podem não ter chegado ao assunto central e, assim, pode-se acabar resolvendo o problema errado; além de que a resolução rápida do problema pode impedir os usuários de experimentarem toda a intensidade de suas emoções e assim diminuir sua motivação para agir. Após os usuários descreverem plenamente as suas preocupações e expressar seus sentimentos, é hora de ajudá-los a explorar possíveis soluções (ANDERSON; FUNNEL, 2005a).

Deixar os usuários explorarem as suas experiências sem interrupções ou julgamentos, os ajuda a se reconhecerem e expressarem o que estão sentindo (JONKERS *et al.*, 2012). Assim, problemas, objetivos, barreiras e estratégias para a mudança muitas vezes surgem naturalmente, pois, livres de julgamentos ou culpas, os usuários começam a se comunicarem com maior profundidade e autenticidade. Através do diálogo, descobrir o que não funciona é tão importante quanto descobrir o que funciona. Em ambos os casos, a experiência produz novos conhecimentos que podem ser usados para revisar o plano e conduzir o próximo passo. Dessa forma, a comunicação leva naturalmente à identificação dos próximos passos a tomar (ANDERSON; FUNNEL, 2005a).

Quando os profissionais solucionam os problemas do usuário sobre a diabetes, sem considerar seu contexto de vida, ditando comportamentos, pode ser frustrante; pois muitas dessas soluções podem parecer irrelevantes ou inatingíveis para o usuário. Essas atitudes mostram que os usuários ficam mais susceptíveis de resistirem aos conselhos, quando se sentem pressionados a mudar, antes mesmo de estarem prontos para tal ação. Além disso, eles podem se sentir culpados por não desejarem mudar, criando um dilema que, muitas vezes, se manifesta, quando ele apresenta uma série de desculpas para o não funcionamento das soluções impostas pelo profissional (ANDERSON *et al.*, 2002).

Estudo realizado em Fortaleza com objetivo de descrever o autocuidado do nefropata diabético apontou que, apesar de as orientações repassadas aos usuários pela equipe de enfermagem terem sido concisas e claras, muitos usuários admitiram não cumpri-las como orientadas. Isso aconteceu devido a alguns obstáculos, como o fator econômico e o psicológico que, em alguns momentos, surgem como forma negativa, desencadeando a não adesão total ao tratamento (OLIVEIRA; CAMPOS; ALVES, 2010). Dessa forma, destaca-se a importância de as perspectivas no cuidado da diabetes entre usuários e profissionais serem coerentes entre si. Johnson, Newton e Goyder (2006) destacam a possibilidade de diferentes perspectivas entre usuários e profissionais em termos das expectativas e a realidade de comportamento preventivo no diabetes. Conclui, portanto que as perspectivas do usuário precisam ser levadas em conta na prestação de cuidados.

Assim, quando os usuários e os profissionais de saúde compartilham crenças similares sobre a participação daqueles nas decisões dos cuidados, os resultados quanto aos cuidados no diabetes tendem a ser mais positivos (JAHNG *et al.*, 2005). De outra forma, o abandono dos cuidados no diabetes pode acontecer quando profissional e usuário trabalham em direções e com metas distintas. Isso geralmente ocorre quando o profissional adota postura autoritária baseada na Solução de problemas e Julgamento dos usuários (ANDERSON; FUNNEL, 2005a).

Além disso, um dos motivos para as atitudes desses profissionais focarem na Solução e Julgamento é a necessidade que eles têm de se sentirem no controle como solucionadores de problemas. Experiência de educadores em diabetes mostra que, para o estabelecimento de metas que venham a ter sucesso, essas precisam fluir da história do usuário, devendo ser prioridades sua e não do profissional. O trabalho de estabelecimento de metas deve ser de parceria e sustentado pela teoria educacional dialógica, ao passo que, quando os profissionais

identificam as metas dos usuários, eles podem ajudá-los fornecendo estrutura e conhecimentos para o cumprimento destas (ANDERSON; FUNNEL, 2005a).

### **2.3 Teoria educacional e o Diabetes *Mellitus* 2**

As práticas educativas no diabetes pautadas no diálogo e na troca de saberes valorizam o conhecimento popular, o estímulo e o respeito à autonomia do sujeito no cuidado de sua própria saúde e o incentivo à participação ativa no controle metabólico da doença. Essa concepção de modelo de prática educativa está em conformidade às ideias de Paulo Freire (TORRES; MONTEIRO, 2006). Desde os seus primeiros estudos na prática pedagógica, o filósofo Paulo Freire apresentou uma pedagogia política centrada na liberdade e na autonomia do ser. Ele defendia que o processo do conhecimento acontece quando o indivíduo, ao se reconhecer humano, é estimulado a refletir sobre os seus problemas na vida cotidiana (FREIRE, 1993, 2002).

Nesse sentido, o filósofo apresenta sua teoria educacional baseada no diálogo e no respeito ao educando para o desenvolvimento da criticidade frente à realidade, podendo, assim, transformá-la. No diálogo, está o ponto mais importante da ação-reflexão-ação, levando o homem a novos níveis de consciência e, conseqüentemente, a novas formas de ação. Sua teoria educacional analisa o contexto da educação como um processo de humanização, por meio de uma ação problematizadora que se dá através do diálogo, possibilitando a formação da nova percepção e do novo conhecimento, ligado à “consciência máxima possível” (FREIRE, 1987).

No processo educacional, o ponto de partida está vinculado à vivência, ao contexto e às angústias dos sujeitos (FREIRE, 1993). Ou seja, na prática educativa em diabetes, usando a concepção dialógica/problematizadora, propõe-se aos usuários sua situação de vida como problema e como situação reflexiva. Além disso, a partir dos saberes do usuário, busca-se construir novos conhecimentos através do processo dialógico, da relação entre usuários e profissionais de saúde, construindo e reconstruindo novos conhecimentos numa perspectiva crítica e transformadora. Nesse sentido, o diálogo torna-se condição para o conhecimento, pois transmitir ou receber informações não caracteriza o ato de conhecer, porque este se inicia, quando o educador busca a temática significativa dos educandos, procurando conhecer o nível de percepção deles em relação ao mundo vivido (FREIRE, 2002).

A prática educativa, como parte integrante do cuidado à saúde, objetiva a construção

de um saber compartilhado sobre o processo saúde-doença-cuidado. Através da elaboração e do fortalecimento da cumplicidade, a educação assegura aos usuários o direito de decidir quais estratégias são mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (BORBA *et al.*, 2012). Assim, a educação na diabetes se dá mediante a problematização das situações vividas, como, por exemplo, as dificuldades quanto ao controle glicêmico, prática de atividade física e seguimento da dieta; para que, em seguida, se faça um retorno crítico a essas situações. Ela acontece no diálogo, em que a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que precisa ser transformado; com a liberdade de criar, de propor, o que e como aprender; e com a conscientização, que significa assumir uma posição crítica frente à realidade (ANDERSON; FUNNEL; HERNANDEZ, 2005b).

Freire (2002) destaca o respeito à autonomia e à identidade do educando, reforçando que o educador autoritário, que não dialoga, afoga a liberdade do educando, desvalorizando seu direito de curiosidade e inquietação que são características preciosas e muito importantes na busca do aprendizado e conhecimento. Tendo em vista a cronicidade do diabetes, a educação em saúde, no contexto da educação emancipatória, implica em capacitar os usuários a problematizarem sobre suas condições, desencorajando a acomodação e discutindo as opções, visando à mudança de uma realidade passível de ser mudada por eles. Ao assistir o usuário com diabetes, destaca-se a necessidade de um entendimento profundo e significativo desses com a doença e da diversidade dos contextos socioculturais que estão inseridos neste processo.

Assim, a educação problematizadora proporciona ao educador e ao educando a oportunidade de se tornarem agentes ativos, participantes da transformação social, possibilitando a ambos observar a realidade, refletir sobre ela e buscar os meios possíveis para modificá-la por meio de planejamento de metas (FREIRE, 2002). Dessa forma, as ações educativas em Diabetes *Mellitus* (DM) devem ser construídas a partir de um modelo assistencial abrangente que vise à humanização e ao compromisso com o atendimento das necessidades reais dos usuários, levando em consideração seu cotidiano de vida e participação de diversos profissionais de saúde. Na compreensão freireana, o profissional de saúde, como facilitador nas práticas educativas em DM2, deve colaborar para a apreensão de conhecimentos novos e resignificação dos já existentes, estimulando os participantes a encontrar estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos por eles (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010, TORRES *et al.*, 2008).

## 2.4 Práticas educativas em Diabetes *Mellitus* 2

As práticas educativas em saúde contemporâneas passam por uma importante crise em sua história. Essas práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde dos usuários (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010). Para Torres, Hortale e Schall (2003), as ações educativas em saúde podem capacitar os usuários na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde que pode ampliar as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável.

Para tanto, há de se discutir a necessidade de horizontalização dos programas educativos em saúde, pois ainda são marcados pela verticalização das ações (centralização de formulação, verticalização de implementação e por um caráter autoritário). Essas práticas atropelam as necessidades reais específicas da população assistida. Alves (2005) caracteriza dois modelos de abordagem profissional nas práticas de educação em saúde. Primeiro, o Modelo tradicional hegemônico prima pela prevenção das doenças, pelas informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para manutenção da saúde. Esse modelo caracteriza os usuários como carentes de informação. Nele, as práticas ditam *o que fazer e como fazer* para manter a saúde. Suas principais críticas estão no efeito temporário e a não consideração dos determinantes psicossociais/culturais dos comportamentos de saúde. O Modelo dialógico prima pelo diálogo como instrumento essencial, os usuário e profissionais atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados. Esse modelo visa ao desenvolvimento da autonomia e responsabilidade, tem o objetivo de transformar saberes existentes e não informar para se ter saúde, preocupa-se em capacitar o usuário a decidir quais estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.

O modelo dialógico tem sido associado a modificações duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto essas mudanças serem ocasionadas não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado. A inadequação da abordagem tradicional de transmissão de informações na diabetes foi analisada em estudo de revisão. Os resultados mostraram que, na primeira década dos anos 80, os estudos que visam medir o conhecimento dos usuários sobre o diabetes antes e depois de uma intervenção educativa predominaram. Na



próxima década, houve uma maior produção de intervenções que, em adição ao foco no conhecimento, apresentou estratégias destinadas a apoiar a realização do autocuidado, as estratégias comportamentais e que envolveu a teoria dialógica (ALVES, 2005; CYRINO; SCHRAIBER; TEIXEIRA, 2009).

Atualmente, as práticas educativas são difundidas, principalmente através de grupos, trazendo benefícios, não só para o usuário com diabetes, mas, também, para o profissional de saúde. Estudo recente visualiza o processo de mudança do paradigma da educação tradicional para uma educação problematizadora, dialógica e interdisciplinar com vistas à promoção da saúde. A educação em saúde está inserida no contexto da atuação de alguns profissionais como meio para o estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre profissional e usuário, devendo este conscientizar-se sobre sua situação de saúde-doença, e perceber-se como sujeito de transformação de sua própria vida (BORBA *et al.*, 2012).

Nas práticas educativas, os profissionais de saúde podem ter contato com diferentes estruturas ultrapassando a especificidade de sua formação por meio da interdisciplinaridade, podendo trazer novas formas de cooperação e comunicação com os usuários, sobrepondo à valorização da concepção biológica do processo saúde e doença (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009, PEDUZZI, 2001). A interdisciplinaridade substitui a maneira de transmitir e produzir o conhecimento, ampliando a visão de mundo, da realidade e de cada um, como pessoa e profissional. Assim, podemos falar de interdisciplinaridade a partir do momento em que houver a comunicação entre conceitos e disciplinas dando origem a um novo conhecimento. Para que a interdisciplinaridade ocorra, é necessário desenvolver o trabalho em conjunto, no qual o objeto de estudo e os métodos devem ser gradativamente estabelecidos pela equipe, existindo reciprocidade, enriquecimento mútuo e horizontalização das relações de poder (TAVARES; MATOS; GONÇALVES, 2005; MEIRELLES; ERDMANN, 2005; VILELA; MENDES, 2003).

Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) recomenda que os profissionais de saúde realizem práticas educativas interdisciplinares visando o autocuidado pelo usuário com o objetivo de prevenir e tratar doenças ou condições crônicas. Para a OMS, essa educação deve permitir aos usuários um suporte para o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, ajudando-as a conviver melhor com a doença crônica, por meio do estímulo à autoconfiança, independentemente da gravidade da enfermidade (BAQUEDANO *et al.*, 2010; ORTIZ *et al.*, 2010). Assim, o autocuidado é compreendido como a prática de atividades ou ações iniciadas e executadas em busca de benefício próprio, na manutenção da

vida, da saúde e do bem-estar. Essas atividades de autocuidado são desencadeadas pelas habilidades que o usuário possui e que o fazem realiza-las, e estão condicionadas a fatores como o sexo, a idade, o estado de desenvolvimento, as condições socioeconômicas e culturais, o nível educacional, o estado de saúde e a experiência de vida. Para a realização do autocuidado, os usuários precisam de educação destinada a promover tomada de decisões informadas, por meio do apoio dos profissionais de saúde (OREM, 1980).

Esses achados científicos apontam que a capacidade para o autocuidado dos usuários com DM2 está relacionada a múltiplos fatores ou variáveis, o que fortalece a necessidade de práticas educativas, conforme o contexto desses. Há uma tendência de reconhecer que a educação centrada na transmissão de informação é insuficiente para garantir o autocuidado da diabetes. Assim, aderir a uma forma mais dialógica na educação demonstra uma postura ética de maior respeito pela autonomia moral e cognitiva da outra parte (CYRINO; SCHRAIBER; TEIXEIRA, 2009; TRENTINI; BELTRAME, 2004).

Sob essa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde representada pela ESF implica em novos papéis para os profissionais de saúde, apoiando-se em atitudes e habilidades não discutidas na formação habitual desses profissionais. A proposta do ESF exige uma atuação não só com problemas biológicos e de morbidade individual em saúde, mas, também, com problemas coletivos, socioculturais, numa atuação feita em consultórios e também em territórios, junto às redes sociais e à população (PAGANI; ANDRADE, 2012). Assim, as dificuldades em efetivar as novas propostas de atividades educativas podem estar relacionadas a três pontos principais: 1) confusões e contradições da política de saúde brasileira que enfatiza as ações de APS, mas não existe uma priorização de fato no que diz respeito à saúde; 2) atitudes e crenças dos profissionais de saúde incoerentes às práticas de APS, havendo uma identificação maior com as práticas especializadas e 3) os profissionais de saúde e gestores não foram adequadamente formados ou apresentam atitudes negativas desfavoráveis às novas práticas de saúde baseadas na APS (RONZANI; STRALEN, 2003a; RONZANI; RIBEIRO, 2003b, 2004).

Os cuidados eficazes com o diabetes requerem que os usuários e os profissionais de saúde colaborem no desenvolvimento de plano de autocuidado que integra a experiência clínica destes com as preocupações, as prioridades e os recursos daqueles; demandando, pois novas atitudes profissionais, que envolvem uma redefinição fundamental de papéis e relações dos profissionais de saúde e usuários (ANDERSON; FUNNEL; HERNANDEZ, 2005b; LA

SALLE, 2010; ANDERSON; FUNNEL, 2010). Complementando, estudo mostra que com o aumento da duração do diabetes, os usuários tendem a adotar comportamentos saudáveis pelo respeito a sua autonomia, aos seus problemas, aos seus sentimentos e às suas metas (LIU *et al.*, 2010; TOL *et al.*, 2012).

Os usuários acompanhados por uma intervenção com foco nos aspectos psicológicos e sociais apresentam melhor qualidade de vida e no controle glicêmico quando comparados com um grupo acompanhado por modelo de educação tradicional. Dessa forma, os usuários com diabetes podem ter condições de gerir a doença crônica, se eles recebem apoio e se são adequadamente informados (PIBERNIK-OKANOVIC *et al.*, 2004; TORRES *et al.*, 2009; LIU *et al.*, 2010). Além disso, ressalta-se o uso de técnicas facilitadoras de comunicação e aprendizagem por meio de jogos e dinâmicas lúdicas e interativas nas práticas educativas, que facilitam a comunicação e a linguagem utilizada no processo de ensino aprendizagem (VIEIRA, 2011).

Seguindo esse raciocínio, estudo de revisão aponta que as atitudes dos usuários e dos profissionais de saúde podem influenciar na implementação de modificações de hábitos para o controle metabólico da doença; ou seja, apenas ter conhecimentos sobre a doença não seria suficiente para a mudança de hábitos no diabetes. Ademais, as estratégias educativas centradas nos fatores de risco à saúde só fazem sentido para os usuários quando associadas às suas condições de vida e de trabalho. É preciso capacitação profissional por meio da qual as propostas educativas problematizem vários aspectos, inclusive as desigualdades sociais, como determinantes para a saúde e a qualidade de vida de usuários e comunidades (SERRANO-GIL; JACOB, 2010; VILELA; MENDES, 2003).

## **2.5 Capacitação profissional em atitudes nas práticas educativa em DM2**

A efetividade das propostas educativas inclui a capacitação dos profissionais e das equipes de saúde a partir da perspectiva dos determinantes socioambientais que influenciam no processo saúde e doença, mas, sobretudo, na adoção de um modelo dialógico que valorize e respeite os saberes e as decisões da comunidade, somando-os aos saberes científicos. Essa construção do conhecimento deve ser enriquecida pela interdisciplinaridade, a qual é caracterizada pela troca de diversos saberes que transcendem os da área da saúde e englobam outras áreas, como as sociais e humanas (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010; CDCP, 2011; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Os programas de educação profissional têm procurado aperfeiçoar diversos aspectos no sistema de atenção à saúde, como o seu modelo de gestão e a atuação dos profissionais; devendo ter como finalidade garantir a qualidade da atenção à saúde, adequada às necessidades da população usuária dos serviços e da equipe, e não somente das carências profissionais de qualificação e atualização. A reflexão crítica na educação contribui para propiciar que os profissionais, no seu espaço de trabalho, também possam pensar, sentir, querer, agir, serem criativos e autônomos. Dessa forma, é reforçada a relevância dos profissionais buscarem e terem acesso a espaços de reflexão sobre a prática, a atualização técnico-científica e o diálogo com usuários e demais trabalhadores que integram os serviços (PAGANI; ANDRADE, 2012; PEDUZZI *et al.*, 2009).

Nesse contexto, estudo recente mostra que os profissionais de saúde da atenção primária devem buscar os conhecimentos necessários para a concretização das práticas educativas a serem realizadas junto aos usuários com DM2, destacando a capacitação como fundamental para o desenvolvimento de novas experiências sobre a educação em diabetes (SANTOS, 2011; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010). A atuação dos profissionais educadores em diabetes tem a responsabilidade de abordar as características físicas, emocionais, necessidades cognitivas e espirituais dos usuários desafiados a viver com uma doença crônica. Dessa forma, é importante que o profissional o compreenda, proporcionando apoio emocional, clínico e conhecimentos para o alcance dos objetivos, facilitando a descoberta e desenvolvimento da autonomia para que seja responsável pelo controle de sua doença. No entanto, os profissionais da atenção básica à saúde que, na maioria das vezes, por iniciativa própria, desenvolvem ações educativas, ressentem-se da falta de capacitação, quando o tema em questão é educação em diabetes (FESTES; ANDERSON, 1995).

Assim, observa-se a necessidade de formação do pensamento crítico e emancipatório dos profissionais de saúde, de forma a procurarem uma comunicação aberta e interativa com os usuários, levando-os a adquirirem conhecimentos e habilidades e permitindo-lhes fazer algo para melhorar a educação do autocuidado no diabetes. Nas capacitações profissionais, o uso de oficinas contribui para despertar o potencial reflexivo, crítico e criativo dos profissionais para a modificação no processo educativo. Estudo mostrou que as oficinas foram consideradas uma estratégia pedagógica de fácil compreensão, interativa e lúdica, ou seja, elas contribuirão para o planejamento do processo educativo e a estruturação de um modelo de avaliação das práticas de promoção, da saúde e educação em diabetes. Os profissionais destacaram que a capacitação teórico/prática possibilitou a implantação do programa de

educação em diabetes, além de manifestaram o desejo de continuar as oficinas, como forma de atualização e avaliação da equipe interdisciplinar no atendimento ao usuário com diabetes (TORRES; MONTEIRO, 2006).

Pagani e Andrade (2012) realizaram um estudo no Ceará, na ESF, e buscaram identificar a preceptoria territorial como uma nova maneira de formar e capacitar os profissionais de saúde para atuarem na saúde da família, em um modelo de gestão participativa. Os resultados mostraram que o profissional deve participar de programas de educação profissional por meio da problematização e no próprio território onde se encontram as dificuldades a serem resolvidas e para as quais se exigem as devidas competências. O mesmo apontou as competências a serem contempladas nos programas educativos profissionais: os conhecimentos teóricos sobre saúde coletiva, ciências humanas e as sociais, além de metodologia de pesquisa e de problematização; as habilidades de trabalho interdisciplinar. Durante programas de capacitação profissional, adotar metodologia interdisciplinar significa organizar o conhecimento científico a partir de uma ação na qual os campos disciplinares não somente interagem entre si, mas também são construídos pelos sujeitos na prática científica cotidiana (RIGOTTO; ALMEIDA, 1998; MEIRELLES; ERDMANN, 2005).

Ademais, destaca-se que a questão metodológica envolvida e a temática abordada nas capacitações conforme a sua realidade prática podem ser decisivas nos seus resultados. Estudo realizado com trabalhadores da Atenção Básica de Saúde apontou alguns fatores que dificultam a adesão às capacitações profissionais, como: falta de estímulo financeiro e de um plano de cargos e salários, a longa duração, dias inadequados, necessidade de custear o transporte, a ocorrência de cursos fora do horário de expediente e a deficiente infraestrutura, que envolve a falta de organização e as condições do local da capacitação. Acrescenta-se que a metodologia participativa é o processo de ensino dinâmico que envolve a interação, a reflexão e a construção de conhecimento pelo educando, apresentando-se como um processo mais efetivo na aplicação do conhecimento construído. Já a metodologia expositiva é identificada como o processo de ensino baseado na transferência de conhecimento que coloca o educando como um ouvinte, sem considerar o contexto no qual está envolvido. Assim, devido à reduzida capacidade de absorção do grande volume de informações que lhes são apresentadas, seus resultados são pontuais e dificilmente aplicados (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007; BRASIL, 2003).

Complementando, Brasil (2004) destaca que as atividades educativas dos profissionais de saúde devem ser realizadas próximas à realidade de trabalho, para que estimulem a problematização de forma contextualizada e promovam o diálogo entre as políticas públicas e as singularidades dos lugares e pessoas. Entretanto, uma pesquisa recente de avaliação dos recursos humanos na atenção primária no Estado de São Paulo demonstra que a sede do município é o local em que mais ocorrem processos de capacitação, e que a própria Unidade Básica de Saúde (UBS) é pouco utilizada com esse objetivo (VIANA *et al.*, 2008).

Assim, estudo do tipo transversal, realizado em dez UBS com 110 profissionais de saúde apontaram que, quanto à origem da demanda para a realização da atividade educativa, houve predomínio de 58,1% de origem ‘externa’ e de 40,1% de origem ‘interna’ o que reflete a dificuldade de as UBS pesquisadas gerarem suas próprias demandas de atividades educativas, em termos locais. Quanto ao local, 61,6% das atividades educativas aconteceram no meio ‘externo’ e 35,2% no meio ‘interno’ ao serviço; quanto às estratégias de ensino, 60,9% foram ‘participativas’, 30,0% ‘tradicionais’ e 9,1% em ‘outras’. Complementando, o Relatório Mundial da Saúde de 2006 (OMS, 2007) destaca que cursos ministrados isolados e fora do ambiente de trabalho são pobres para a modificação das práticas dos trabalhadores (PEDUZZI *et al.*, 2009) .

Estudo recente sobre a capacitação de trabalhadores na atenção primária indicou que a longa duração das atividades educativas prejudica a adesão dos trabalhadores. Ao analisar a duração das atividades educativas, 178 (56,2%) atividades foram de curta duração, seguidas de oitenta (25,2%) atividades de média duração e de 59 (18,6%) de longa duração. Esse fato pode estar relacionado à intensa dinâmica do trabalho na saúde, impedindo que muitos trabalhadores participem de atividades educativas de longa duração durante o horário de trabalho (PEDUZZI *et al.*, 2009; VIANA *et al.*, 2008; SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

A formação de espaços reflexivos, capacitação e educação dos profissionais nos serviços de saúde visam à valorização de suas experiências e devem ser enriquecidas pela interdisciplinaridade, pois essas iniciativas são cruciais e geram um ambiente propício para a elaboração e aceitação de novas informações (TAVARES; MATOS; GONÇALVES, 2005; SCHIMITH; LIMA, 2004). No entanto, Peduzzi *et al.* (2009) aponta o predomínio de atividades educativas voltadas para o público-alvo de uma área profissional específica, reafirmando o aspecto de fragmentação das ações de saúde e a tradição do trabalho

individualizado por categorias no modo de organização do processo de trabalho em saúde.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) com 23 educadores em diabetes envolveu a participação de duas etapas de um programa de educação profissional. Os resultados mostraram mudanças significativas nas atitudes profissionais nas práticas educativas em DM2. O programa foi desenvolvido por meio de oficinas sistematizadas com o objetivo de orientar os profissionais a explorarem questões relacionadas com o tratamento da diabetes junto ao usuário, personalizar o problema, ajudar os usuários a clarificar os seus valores relacionados à saúde, estabelecer metas e ajudar os usuários a desenvolver comprometimento com um plano específico para atingir suas metas. As atitudes dos participantes em relação à autonomia do usuário mudaram significativamente desde o início para o final do programa ( $P < 0,05$ ). Em geral, os participantes foram mais favoráveis à autonomia do usuário na gestão do diabetes no final do programa do que no início do programa (ANDERSON *et al.*, 1991).

Nesse sentido, autores destacam a importância da melhoria na qualidade da atenção em saúde, sob a óptica do cuidado, enfatizando a formação em saúde como uma via potencial para a construção de novos modos de pensar e fazer saúde. No entanto, destaca a formação desses profissionais de saúde como um nó crítico nesse processo, pois perpetua as velhas práticas de ensinar saúde, centradas no modelo hospitalocêntrico de atenção, em um modo fragmentário e biologicista de olhar. Continua-se a pensar na saúde de uma maneira descontextualizada que, por si só, não dá conta da atenção integral à saúde. A universidade demonstra dificuldades de estabelecer diálogos e reflexões com os serviços de saúde, também, os trabalhadores em saúde que aí estão, em sua maioria, desconhecem essa prática, o que em grande parte é resultado da própria formação. Assim, destaca-se a importância da transformação no desenho dos cursos da área da saúde, na busca pela formação de profissionais que sejam comprometidos com a proposta do SUS e com a sociedade (MACEDO *et al.*, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2011; JONKERS *et al.*, 2012).

Estudo realizado na *University of Jyväskylä*, Finlândia, objetivou descrever como se dá o processo educativo entre enfermeiros e usuários sob a perspectiva de estimular os usuários a se expressarem. Trinta e oito sessões de educação em saúde foram filmadas entre enfermeiros e usuários realizadas em um hospital. A pesquisa revelou que a atenção dos enfermeiros frente às questões afetivas e sentimentais facilitou a participação ativa dos usuários. Assim, os usuários se manifestaram para discutir suas ideias, preocupações,

experiências e conhecimentos com esses profissionais. Os resultados indicaram que os enfermeiros foram capazes de estabelecer uma colaboração e envolver os usuários em seu próprio quadro de metas ou objetivos. O estudo concluiu que a relação baseada na parceria e no diálogo aberto entre os enfermeiros e os usuários proporcionou maior participação e comprometimento destes (KETTUNEN; POSKIPARTA; KARHILA, 2003).

Assim, as capacitações profissionais devem ser avaliadas com o objetivo de determinar os efeitos da educação sobre as necessidades dos profissionais participantes para que possam agir como facilitadores e dessa maneira, atender a proposta de práticas educativas em DM2 pautadas no modelo dialógico. Dessa forma, Brown (1999), afirma que é importante avaliar os efeitos do processo educativo, para tornar a educação uma ferramenta terapêutica importante na prática dos profissionais de saúde e ajudá-los a melhorar a metodologia de trabalho e as informações para as práticas educativas em DM2.



### 3- METODOLOGIA

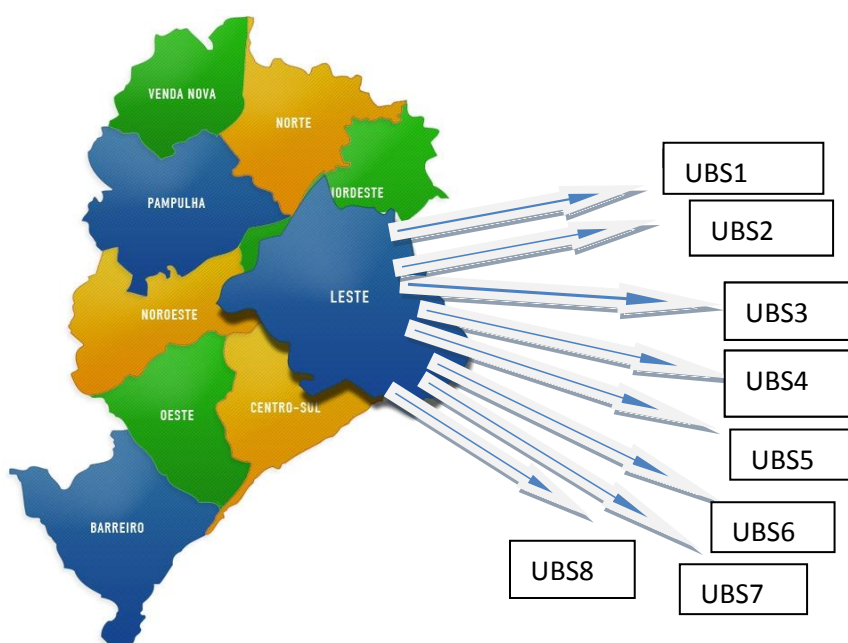
#### 3.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, quase experimental com um grupo intervenção e um grupo controle. Os métodos quase-experimentais flexibilizam as condições impostas pelas distribuições de probabilidade e inferências estatísticas para a população, impostas pelos modelos de investigação experimental puros, transferindo o centro de atenção de “causa-efeito” da prioridade temporal para a associação entre variáveis. Optou-se pelo modelo experimental de pré-teste e de pós-teste.

#### 3.2 Local do estudo

Os estudos foram desenvolvidos no município de Belo Horizonte (MG), no Distrito Sanitário Leste (DISALE), em oito Unidades de Saúde, no período de junho a agosto de 2012.

**Figura 1** Mapa dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte (MG)



Fonte: [www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br)

A escolha dessas unidades deve-se à participação da autora no projeto Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Diabetes na Atenção Primária à Saúde, bem como por haver

parceria de trabalho com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Todas as unidades trabalham com Equipes de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e atendem populações de diferentes riscos de vulnerabilidade social e de risco para o adoecimento.

### **3.3 Delineamento e população do estudo**

A população do estudo foi composta por profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) das oito unidades de saúde citadas. Os critérios de inclusão adotados foram: profissionais que trabalham com a educação em grupo e/ou individual em diabetes, visita domiciliar nas unidades de saúde e estão inseridos no projeto Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Diabetes Mellitus no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG.

Definiu-se uma amostra por conveniência, totalizando 26 profissionais de saúde.

No final, a população do estudo foi 26 profissionais de saúde, sendo 12 alocados para o grupo intervenção e 14 para o grupo controle, seguindo a alocação definida anteriormente no projeto Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Diabetes Mellitus no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG. As categorias do grupo intervenção foram: educador físico (1), enfermeiro (6), fisioterapeuta (2), nutricionista (2), psicólogo (1). As categorias para grupo controle foram: cirurgião dentista (2), enfermeiro (4), médico (6) nutricionista (1) e farmacêutico (1).

### **3.4 Instrumentos de coleta de dados**

Na coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: Formulário de Identificação Profissional, contemplando as características (idade, sexo, profissão, tempo de formado, pós-graduação, área da pós-graduação e tempo no cargo) e o protocolo “Responding to Emotion Concerns” (REC), que avalia as atitudes psicológicas do profissional de saúde frente às queixas apresentadas pelos usuários. O protocolo é originário de adaptação transcultural para o Brasil. O questionário original em inglês possui 10 questões com falas dos usuários sobre suas preocupações emocionais na diabetes; na versão brasileira constam 5 questões. As questões foram reduzidas a cinco devido à duplicação e inadequação à realidade dos usuários com DM2 que participam do projeto. Uma das questões excluídas abordava sobre o uso rotineiro da insulina, o que não condiz com a realidade da maior parte dos usuários do programa educativo. De modo similar, foi excluída uma questão que fala sobre monitoramento glicêmico na escola e no trabalho que também não é a realidade, pois grande

maioria não estuda e é aposentada. Outra questão foi excluída por apresentar-se repetitiva, falando, novamente sobre a dificuldade em fazer o monitoramento glicêmico. Foi excluída uma questão que abordava a apresentação do usuário ao profissional, que apresentava dupla interpretação quando foi realizado o piloto com o instrumento. Por fim, uma questão foi excluída por está repetitiva ao abordar a insatisfação em cuidar da doença.

Assim, as cinco falas de usuários presentes no protocolo abordam queixas como: 1-dificuldade em seguir a dieta, 2-dificuldade em fazer o monitoramento glicêmico, 3-insegurança quanto à doença, 4-falta do apoio da família e 5-raiva por ter que seguir os cuidados que a doença impõe. Em seguida, os profissionais escreveram qual a resposta daria ao usuário frente a cada uma das cinco queixas.

As respostas dos profissionais foram avaliadas segundo o modelo da escala de classificação. Os profissionais gastaram em média de 20 a 30 minutos para completar o protocolo.

### **3.5 Variáveis do estudo**

#### **Variável Dependente**

Considerada a variável resposta, ou seja, *Atitudes psicológicas*, originárias da escala de classificação do protocolo assim representadas:

#### *+ 2 Atitude: Explora problemas*

Essa variável foi definida nas respostas dos profissionais que mostravam uma forma de estimular os usuários a falarem mais sobre seus problemas.

#### *+1 Atitude: Concentra-se nos sentimentos e metas*

Essa variável foi definida nas respostas profissionais que indicavam uma exploração nos sentimentos e metas referentes à diabetes pelo usuário.

#### *0 Atitude: Neutra*

Essa variável referiu-se a comentários que estavam relacionados a falas neutras.

#### *-1 Atitude: Soluciona problemas para o usuário*

Essa variável foi definida nas respostas profissionais que focavam em conselhos não solicitados pelos usuários.

#### *-2 Atitude: Julga o usuário*

Essa variável foi definida nas respostas profissionais que indicavam um julgamento ao usuário, desde julgamentos positivos a negativos.

Para que o profissional apresente atitudes que explorem os problemas, os sentimentos e as metas dos usuários, é importante começar discutindo a principal preocupação

do usuário e o ajude a identificar a área em que este tem mais chances de estar motivado para fazer uma mudança. Esse raciocínio parte da premissa de que os usuários não são mais propensos a mudar o comportamento para responder às preocupações dos profissionais de saúde e sim para resolver problemas que lhes dizem respeito (ANDERSON; FUNNEL, 2005a).

### **Variável Independente**

São as variáveis independentes ou explicativas, investigadas como possíveis fatores de risco ou fatores relacionados a uma maior probabilidade para o evento estudado.

#### *Oficinas de Capacitação Profissional*

Representam a capacitação profissional por meio de oficinas realizadas no grupo intervenção. Nesse estudo, a capacitação profissional foi projetada para facilitar a aquisição e o aprimoramento das atitudes dos profissionais nas práticas educativas em Diabetes *Mellitus* tipo 2, sendo sistematizada conforme quadro a seguir.

**QUADRO 1** – A atitude profissional nas práticas educativas em Diabetes *Mellitus* tipo 2

Fases da oficina	Objetivos propostos	Atividade facilitadora
FASE I:	<p>1-Refletir sobre alguns dos desafios que os usuários enfrentam diariamente para cuidar do diabetes.</p> <p>2-Discutir sobre a experiência em realizar esses cuidados diariamente.</p>	<p>Dinâmica: “Com qual figura me identifico?”</p> <p>Reflexão com os profissionais de saúde a partir da seguinte questão:</p> <p>Quais dentre os profissionais presentes realizam atividades físicas regularmente e mantêm uma dieta saudável todos os dias?</p>
FASE II:	<p>1-Analisar e discutir os prós e contras da educação dialógica versus educação bancária.</p>	<p>Leitura dialogada do “Manual de Atitudes Profissionais nas Práticas educativas em DM2”.</p> <p>Definição de Atitudes</p>

	<p>2-Refletir sobre a adequação desses modelos nas práticas educativas em DM2.</p> <p>3-Refletir sobre as atitudes profissionais frente aos problemas, sentimentos e metas dos usuários.</p> <p>4-Refletir sobre as atitudes profissionais frente à solução de problemas e julgamento dos usuários.</p> <p>5-Incentivar o diálogo e a troca de experiências entre os profissionais.</p>	Profissionais nas práticas educativas em DM2 por meio de palavras-chave.
Fase III:	<p>1-Simular as preocupações reais de usuários e as atitudes dos profissionais nas práticas educativas em DM2.</p>	<p>Realização de uma simulação das atitudes profissionais frente aos problemas, sentimentos e metas dos usuários entre duplas, seguindo o modelo das falas do protocolo REC.</p> <p>Na sistematização da simulação, metade dos profissionais atuou como usuários e metade como profissionais e vice-versa, de forma que todos se passaram por usuários e profissionais.</p>
Fase IV	<p>1-Refletir sobre a importância das atitudes profissionais nas práticas educativas em diabetes, a partir da experiência pela simulação.</p>	<p>Reflexão dialogada entre o grupo sobre a simulação.</p> <p>Atividade: Conceituando as Atitudes profissionais favoráveis aos problemas, sentimentos e metas dos</p>

		usuários na prática educativa em DM2 por meio de palavras-chave.
--	--	--

## **Variável Controle**

### Idade

Neste estudo, o profissional foi questionado sobre sua idade em anos completos durante a entrevista. As idades foram categorizadas por faixa etária: 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e mais de 60 anos.

### Sexo

O sexo foi categorizado como masculino ou feminino.

### Profissão

Para fins de análise estatística, as profissões foram assim categorizadas: enfermeiro, cirurgião dentista, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista e psicólogo.

### Tempo de formado

O tempo de formado foi categorizado em anos completos, da seguinte forma: até 6 anos, de 6 a 18 anos, de 18 a 26 anos e mais de 26 anos.

### Pós-graduação

A variável pós-graduação foi categorizada como Sim ou Não.

### Área da pós-graduação

Para a análise estatística, as categorias da pós-graduação foram unidas por áreas afins, da seguinte forma:

- Obesidade e emagrecimento/ Psicologia da nutrição/ Atividade física e bases nutricionais/ Tecnologia de alimentos
- Saúde da família/ Saúde coletiva/ Saúde pública
- Neurologia e neuropediatria/ Fisioterapia neurológica
- Urgência e emergência e Trauma/ Terapia intensiva
- Infectologia
- Psicologia Humana
- Auditoria

- Enfermagem médico-cirúrgica
- Ginecologia e obstetrícia
- Enfermagem do trabalho

#### Tempo no cargo

O tempo no cargo foi definido pelos anos completos que o profissional de saúde ocupa no cargo atual, mesmo que seu trabalho tenha sido desenvolvido em outra unidade de saúde de Atenção Primária em Belo Horizonte. As categorias foram: até 1 ano, de 1 a 9 anos, de 9 a 21 anos e mais de 21 anos.

### **3.6 Procedimentos para a coleta de dados**

A coleta de dados iniciou-se após a apreciação e autorização pelos Comitês de Ética e Pesquisa e autorização da Coordenadoria Geral responsável pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte. Em seguida, foram realizadas reuniões com os gerentes das unidades e profissionais de saúde, apresentando a proposta do projeto e esclarecimento de dúvidas.

A coleta de dados foi realizada com o grupo intervenção e o grupo controle, assim sistematizada:

#### *Grupo Intervenção*

Primeiro aplicou-se o Formulário de Identificação do Profissional e o Protocolo “Responding to Emotion Concerns” (REC). O próximo passo foi a realização da capacitação profissional por meio de oficinas, no mesmo dia, nas UBS, com duração de 4 horas diárias aproximadamente. O delineamento de cada oficina envolveu 4 etapas. Ao final, foram realizadas três oficinas, com o objetivo de proporcionar flexibilidade quanto às datas e aos horários aos profissionais interessados em participar do estudo. As três oficinas contemplaram o mesmo conteúdo nos três encontros.

Após um período de dois meses, aplicou-se o pós-teste com o Protocolo “Responding to Emotion Concerns”(REC).

#### *Grupo controle*

Primeiro aplicou-se o Formulário de Identificação do Profissional e o Protocolo “Responding to Emotion Concerns”(REC). Em seguida, no mesmo dia, entregou-se o Manual de Atitudes Profissionais nas Práticas educativas em DM2 para os profissionais de saúde que foi elaborado a partir de experiências relatadas na literatura (ANDERSON; FUNNEL, 2005a).

Após um período de dois meses, aplicou-se o pós-teste com o Protocolo “Responding to Emotion Concerns”(REC).

### **3.7 Procedimento de análise de dados**

No preenchimento das respostas dos instrumentos, cada profissional se identificou pelos mesmos símbolos ou letras no pré e pós-teste. Essa estratégia foi utilizada para assegurar que os avaliadores fossem “cegos” à identidade do participante; os instrumentos preenchidos foram dispostos de ordem aleatória, ou seja, as respostas pós-teste e pré-teste foram misturadas e avaliadas de forma independente, substituindo a escala de classificação do instrumento de 5 pontos (-2 a +2) por símbolos, para evitar a ideia de gradação das resposta para os avaliadores.

A classificação das respostas dos instrumentos foi realizada por dois enfermeiros que trabalham em práticas educativas explorando os problemas, sentimentos e metas dos usuários com DM2, ou seja, cada instrumento respondido foi avaliado duas vezes. Ao final das classificações, houve divergência entre as classificações dos avaliadores, o que resultou em discussões, reflexões para se chegar a um consenso, como é apresentado a seguir:

#### *Grupo intervenção*

Pré-teste aplicado na primeira etapa para os 12 profissionais: divergência de 20% nas avaliações, chegando a 100% após discussão entre os profissionais.

Pós-teste divergência de 10% nas avaliações, chegando a 100%, após discussão entre os profissionais.

#### *Grupo controle*

Pré-teste aplicado na primeira etapa para os 14 profissionais: divergência de 16% nas avaliações, chegando a 100%, após discussão entre os profissionais.

Pós-teste divergência de 12% nas avaliações, chegando a 100%, após discussão entre os profissionais.

As pontuações gerais do pré-teste e pós-teste foram computadas, calculando a mediana dos valores individuais. As análises estatísticas foram realizadas no ambiente de programação estatística R (R Development Core Team, 2012). O nível de significância adotado foi o de 5%. Considerando a natureza ordinal das respostas ao 'teste de atitudes profissionais', foi utilizado o teste de Wilcoxon para as amostras pareadas e, assim, verificar possíveis mudanças nos escores antes e depois da 'intervenção' em cada grupo.



### **3.8 Aspectos éticos da pesquisa**

Este trabalho foi submetido aos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte atendendo às determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, concordando em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A participação dos sujeitos do estudo foi voluntária e o anonimato preservado.

#### 4-RESULTADOS

As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam as características dos profissionais de saúde dos Grupos Intervenção e Controle quanto às variáveis: profissão, idade, sexo, tempo de formado, tempo no cargo, pós-graduação e área da pós-graduação. Em seguida, as Tabelas 4 e 5 representam a estatística descritiva e os resultados de comparação entre o Grupo Intervenção e o Grupo Controle quanto às variáveis: idade, sexo, tempo de formado, tempo no cargo e pós-graduação. Os resultados mostram que os Grupos Intervenção e Controle podem ser considerados comparáveis, pois apresentaram  $p > 0,05$ .

**Tabela 1** - Distribuição dos profissionais de saúde por Grupo Intervenção e Grupo Controle, segundo a profissão. Belo Horizonte, 2012.

Variável Profissão	Grupos		Total
	Grupo Intervenção	Grupo Controle	
Cirurgião dentista	0	2	2
Educador físico	1	0	1
Enfermeiro	6	4	10
Farmacêutico	0	1	1
Fisioterapeuta	2	0	2
Médico	0	6	6
Nutricionista	2	1	3
Psicólogo	1	0	1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

**Tabela 2** - Distribuição dos profissionais de saúde por Grupo Intervenção e Grupo Controle, segundo a faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo no cargo. Belo Horizonte, 2012.

<b>Variáveis</b>	<b>Grupos</b>		
	<b>Grupo Intervenção</b>	<b>Grupo Controle</b>	
<b>Faixa Etária</b>			<b>Total</b>
20 a 29 anos	7	3	<b>10</b>
30 a 39 anos	2	6	<b>8</b>
40 a 49 anos	3	3	<b>6</b>
50 a 59 anos	0	2	<b>2</b>
Mais de 60 anos	0	0	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>
<b>Sexo</b>			<b>Total</b>
Feminino	11	12	<b>23</b>
Masculino	1	2	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>
<b>Tempo de Formado</b>			<b>Total</b>
Até 6 anos	5	5	<b>10</b>
De 6 a 18 anos	5	5	<b>10</b>
De 18 a 26 anos	2	1	<b>3</b>
Mais de 26 anos	0	3	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>
<b>Tempo no Cargo</b>			<b>Total</b>
Até 1 anos	2	5	<b>7</b>
De 1 a 9 anos	9	3	<b>12</b>
De 9 a 21 anos	0	4	<b>4</b>
Mais de 21 anos	1	2	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

**Tabela 3** - Distribuição dos profissionais de saúde por Grupo Intervenção e Grupo Controle, segundo a posse de título de pós-graduação e sua área. Belo Horizonte, 2012.

Variáveis	Grupos		Total
	Grupo Intervenção	Grupo Controle	
<b>Pós-graduação</b>			
Não	0	3	<b>3</b>
Sim	12	11	<b>23</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>
<b>Área da pós-graduação</b>			<b>Total</b>
Auditoria	0	1	<b>1</b>
Enfermagem do trabalho	1	0	<b>1</b>
Enfermagem médico-cirúrgica	1	0	<b>1</b>
Ginecologia e obstetrícia	0	1	<b>1</b>
Infectologia	1	0	<b>1</b>
Neurologia e neuropediatria, fisioterapia neurológica	2	0	<b>2</b>
Obesidade e emagrecimento, psicologia da nutrição, atividade física e bases nutricionais, tecnologia de alimentos	0	0	<b>4</b>
Psicologia humana	0	1	<b>1</b>
Saúde da família, saúde coletiva, saúde pública	1	7	<b>11</b>
Urgência e emergência, trauma e terapia intensiva	0	0	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>26</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

**Tabela 4** - Estatísticas descritivas e resultados para comparação entre os grupos quanto ao sexo e pós-graduação. Belo Horizonte, 2012.

<b>Grupo</b>	<b>Controle (n=14)</b>	<b>Intervenção (n=12)</b>	<b>Valor-p*</b>
Número de profissionais de sexo feminino	12 (85.7%)	11 (91.7%)	1.000
Número de profissionais com pós-graduação	11 (78.6%)	12 (100%)	0.225

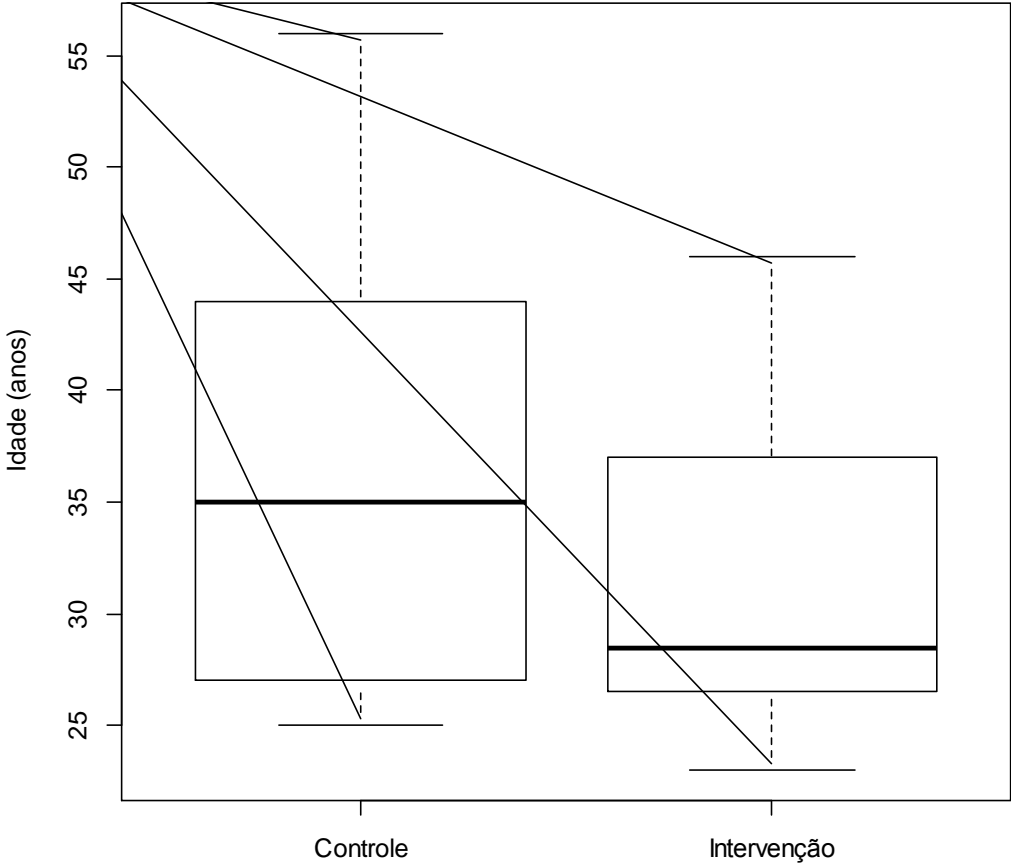
\***Teste exato de Fisher**

**Tabela 5** - Estatísticas descritivas e resultados para comparação entre os grupos quanto à idade, ao tempo de formado e ao tempo no cargo. Média  $\pm$  desvio-padrão (mediana entre parênteses). Belo Horizonte, 2012.

<b>Grupo</b>	<b>Controle (n=10)</b>	<b>Intervenção (n=12)</b>	<b>Valor-p*</b>
Idade (em anos)	36.7 $\pm$ 10.0 (35.0)	31.3 $\pm$ 7.6 (28.5)	0.172
Tempo de Formado (em meses)	142.3 $\pm$ 122.9 (117.0)	98.0 $\pm$ 88.0 (72.0)	0.439
Tempo no Cargo (em meses)	92.6 $\pm$ 107.4 (51.0)	50.8 $\pm$ 79.1 (24.0)	0.697

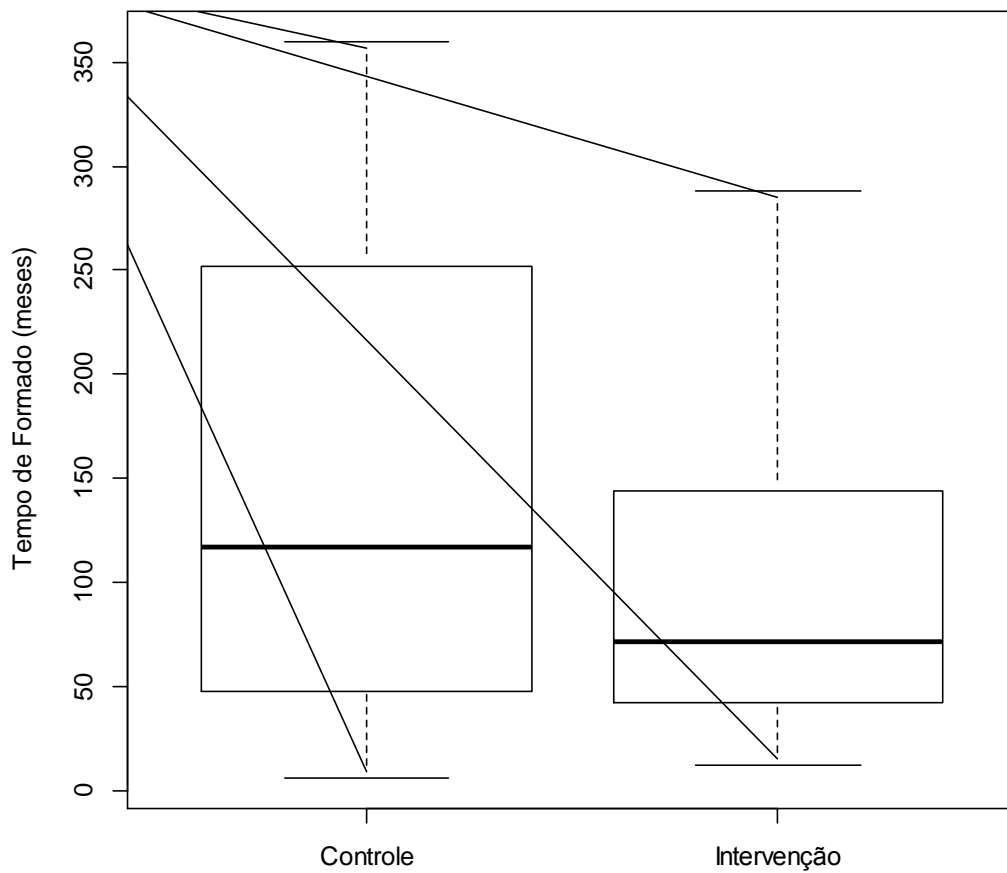
\***Teste de Mann-Whitney**

**Idade**



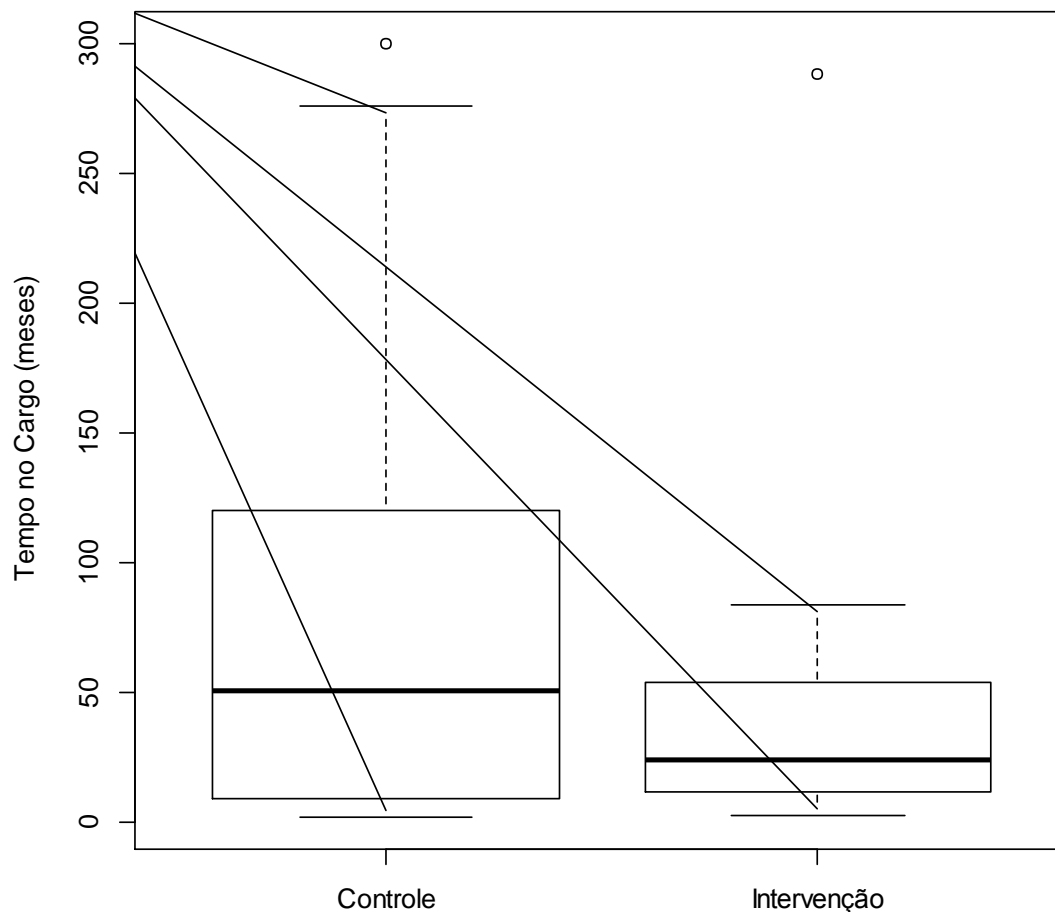
**Figura 2** – Distribuição da idade dos profissionais segundo grupo de estudo. Belo Horizonte, 2012.

## Tempo de Formado



**Figura 3** – Distribuição do tempo de formado segundo grupo de estudo a que pertencem os profissionais avaliados. Belo Horizonte, 2012.

## Tempo no Cargo



**Figura 4** – Distribuição do tempo no cargo segundo grupo de estudo a que pertencem os profissionais avaliados. Belo Horizonte, 2012.

### **Resultado de Comparação das Atitudes nas Práticas Educativas no Pré e Pós-teste nos Grupos Intervenção e Controle**

A seguir, são apresentados os resultados referentes à comparação de dados dos 12 profissionais de saúde que participaram do Grupo Intervenção (Tabelas 6 a 10 e Figuras 5 a 9) e dados dos 14 profissionais de saúde que participaram do Grupo Controle (Tabelas 11 a 15 e



Figuras 5.2 a 5.9). Para cada Grupo, e para cada uma das cinco questões do instrumento foram apresentadas uma tabela e um gráfico.

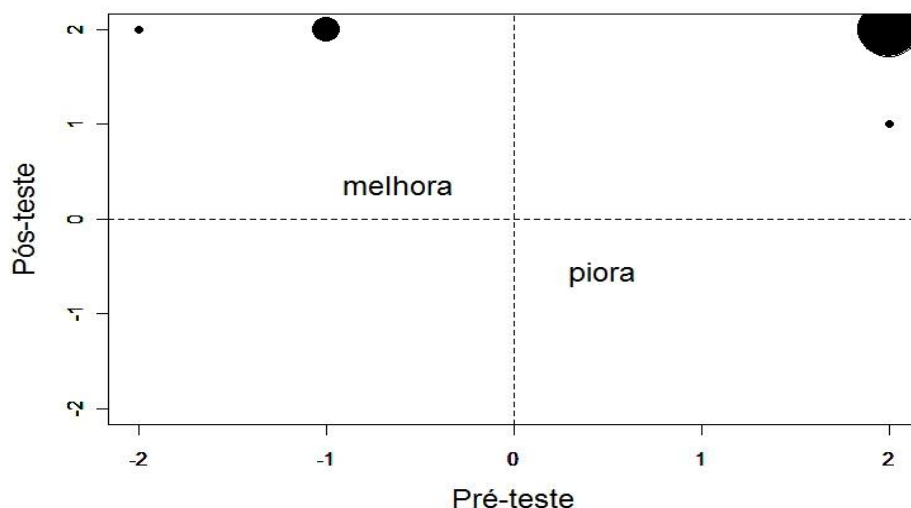
### Grupo Intervenção

A Figura 5 e a Tabela 6 nos mostram que a maioria dos profissionais já se encontrava com atitudes *Explora os problemas do usuário* antes da oficina. No entanto, os que apresentaram atitudes *Julgar o usuário* ou *Soluciona os problemas do usuário* antes das oficinas modificaram sua atitude para *Explora os problemas do usuário* e *Concentra-se nos sentimentos e metas dos usuários* depois da oficina. Entretanto, o teste estatístico para a diferença entre as pontuações medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo (p-valor = 0.05).

**Tabela 6** - Classificação das respostas à Questão 1 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	0	0	0	0	1	<b>1</b>
-1	0	0	0	0	3	<b>3</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	0	0	0	0	0	<b>0</b>
2	0	0	0	1	7	<b>8</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>12</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]



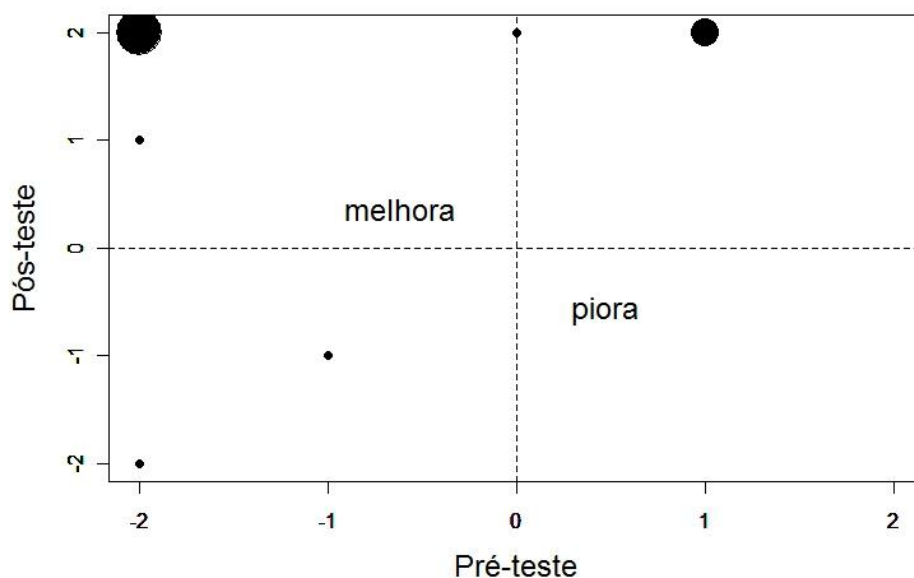
**Figura 5** – Visualização gráfica das respostas à Questão 1 segundo o momento de aplicação (pré e pós- teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na variável (Tabela 6).

A Figura 6 e a Tabela 7 nos mostram que a maioria dos profissionais se encontrava com atitudes *Julgar o Usuário* ou *Soluciona os problemas do usuário* antes da oficina e modificaram para atitudes *Explora os problemas do usuário* ou *Concentra-se nos sentimentos e metas do usuário* depois da oficina. Em geral, houve melhora nas atitudes avaliadas na Questão 2, sendo a pontuação mediana no pós teste considerada maior do que a pontuação no pré-teste (p-valor = 0.0026).

**Tabela 7** - Classificação das respostas à Questão 2 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	1	0	0	1	5	<b>7</b>
-1	0	1	0	0	0	<b>1</b>
0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
1	0	0	0	0	3	<b>3</b>
2	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>12</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]



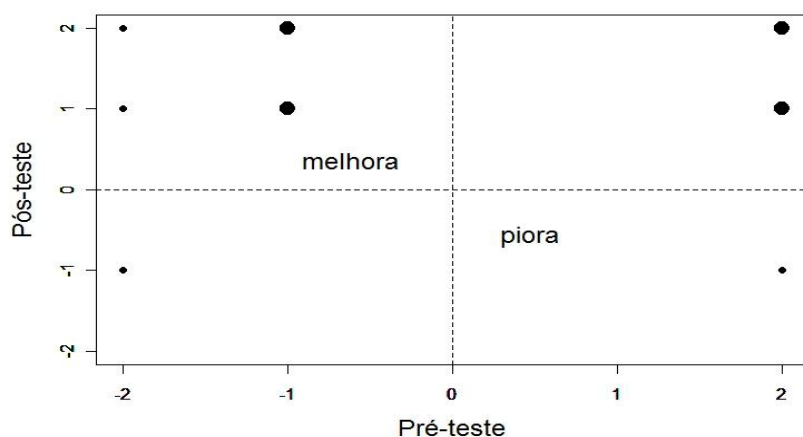
**Figura 6** – Visualização gráfica das respostas à Questão 2 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na variável (Tabela 7).

A Figura 7 e a Tabela 8 nos mostram que a maioria dos profissionais se encontrava com atitudes *Julgar o Usuário* ou *Soluciona os problemas do usuário* antes da oficina e modificaram para atitudes *Explora os problemas do usuário* ou *Concentra-se nos sentimentos e metas do usuário* depois da oficina. Os que estavam com atitudes *Explora os problemas do usuário* permaneceram com elas depois da oficina. Apesar das modificações das atitudes, o teste estatístico para a diferença entre as pontuações medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo (p-valor = 0.05).

**Tabela 8** - Classificação das respostas à Questão 3 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	0	1	0	1	1	<b>3</b>
-1	0	0	0	2	2	<b>4</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	0	0	0	0	0	<b>0</b>
2	0	1	0	2	2	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>12</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]



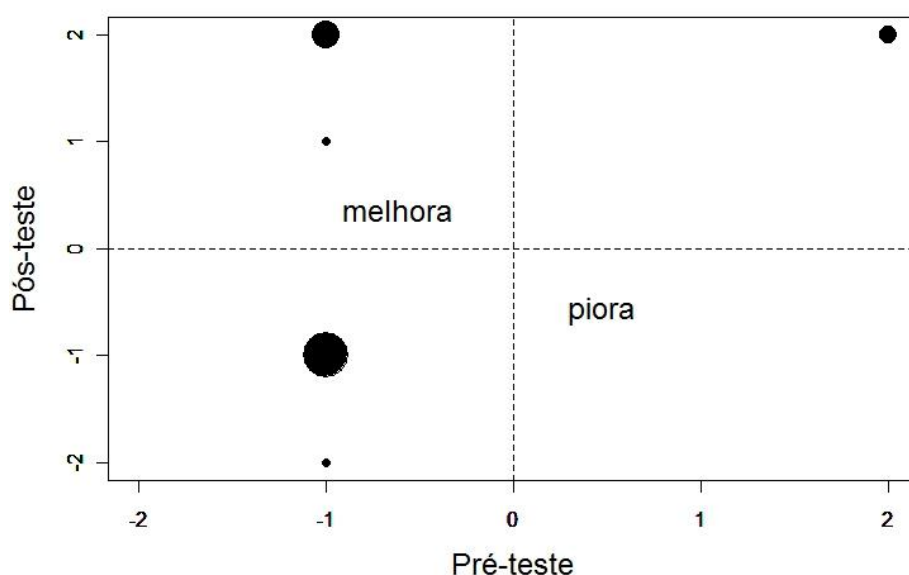
**Figura 7** – Visualização gráfica das respostas à Questão 3 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 8).

A Figura 8 e a Tabela 9 nos mostram que a maioria dos profissionais se encontrava com atitudes *Soluciona os problemas do usuário* antes da oficina e modificaram para atitudes *Explora os problemas do usuário* ou *Concentra-se nos sentimentos e metas do usuário* depois da oficina. Alguns permaneceram com as atitudes *Soluciona os problemas do usuário* e 1 modificou para *Julga o usuário*. Os que estavam com atitudes *Explora os problemas do usuário* permaneceram com elas depois da oficina. Assim, após o pós-teste, metade dos profissionais apresentou atitudes *Explora os problemas do usuário* ou *Concentra-se nos sentimentos e metas do usuário* e atitudes *Soluciona os problemas do usuário* e a *Julga o usuário*. Apesar das modificações das atitudes, o teste estatístico para a diferença entre as pontuações medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo (p-valor = 0.04).

**Tabela 9** - Classificação das respostas à Questão 4 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	0	0	0	0	0	<b>0</b>
-1	1	5	0	1	3	<b>10</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	0	0	0	0	0	<b>0</b>
2	0	0	0	0	2	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>12</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]



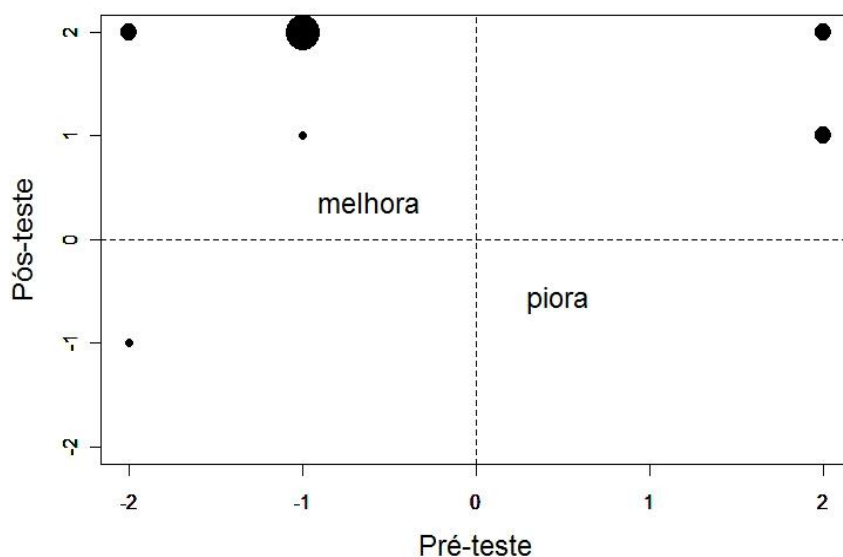
**Figura 8** – Visualização gráfica das respostas à Questão 4 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 9).

A Figura 9 e a Tabela 10 nos mostram que a maioria dos profissionais se encontrava com atitudes *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* antes da oficina e modificaram para atitudes *Explora os problemas do usuário* ou *Concentra-se nos sentimentos e objetivos do usuário* depois da oficina. Os que estavam com atitudes *Explora os problemas do usuário* permaneceram com elas depois da oficina. Em geral, houve melhora nas atitudes avaliadas na Questão 5, sendo a pontuação mediana no pós-teste considerada maior do que a pontuação no pré-teste (p-valor = 0.008).

**Tabela 10** - Classificação das respostas à Questão 5 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	0	1	0	0	2	<b>3</b>
-1	0	0	0	1	4	<b>5</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	0	0	0	0	0	<b>0</b>
2	0	0	0	2	2	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>12</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]



**Figura 9** – Visualização gráfica das respostas à Questão 5 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 10).

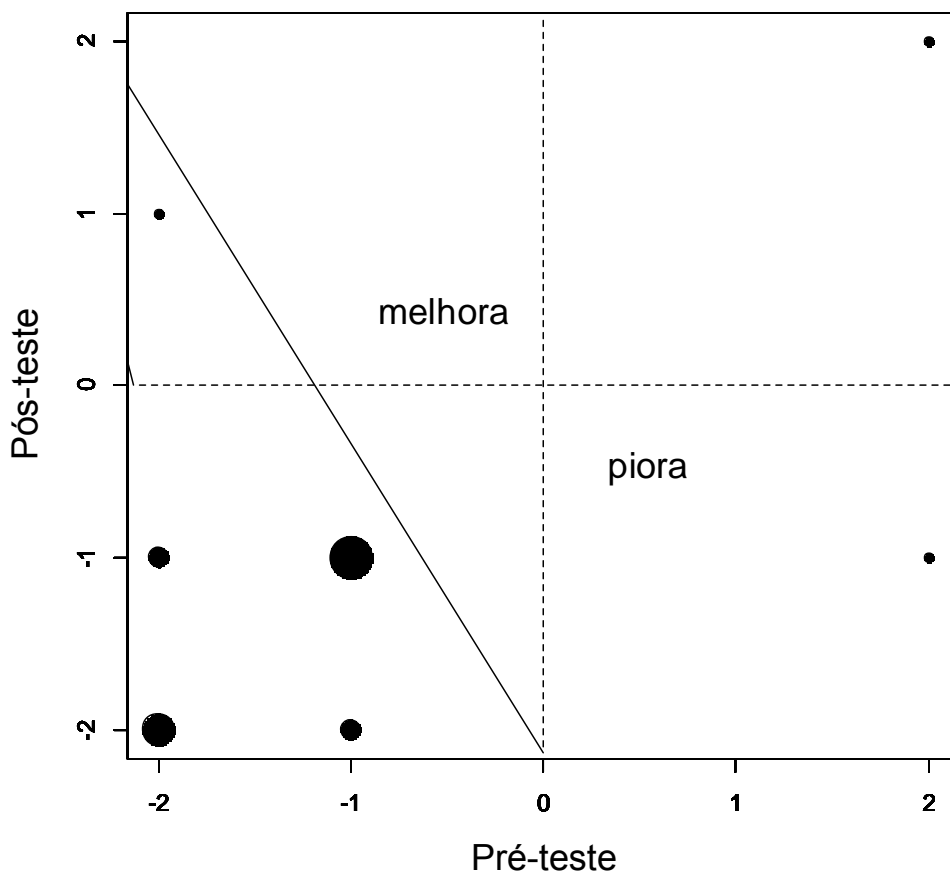
### Grupo Controle

A Figura 5.2 e a Tabela 11 nos mostram que a maioria dos profissionais se encontra com atitudes *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* no pré-teste. No entanto, após aplicar o pós-teste neste grupo, permaneceu o mesmo número de profissionais com atitude *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários*. Houve modificação de 1 profissional que apresentou atitude *Explora os problemas do usuário* para a atitude *Concentra-se nos sentimentos e metas do usuário*. O teste estatístico para a diferença entre as pontuações medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo ( $p\text{-valor} = 0.54$ ).

**Tabela 11** – Classificação das respostas à Questão 1 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	3	2	0	1	0	<b>6</b>
-1	2	4	0	0	0	<b>6</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	0	0	0	0	0	<b>0</b>
2	0	1	0	0	1	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]



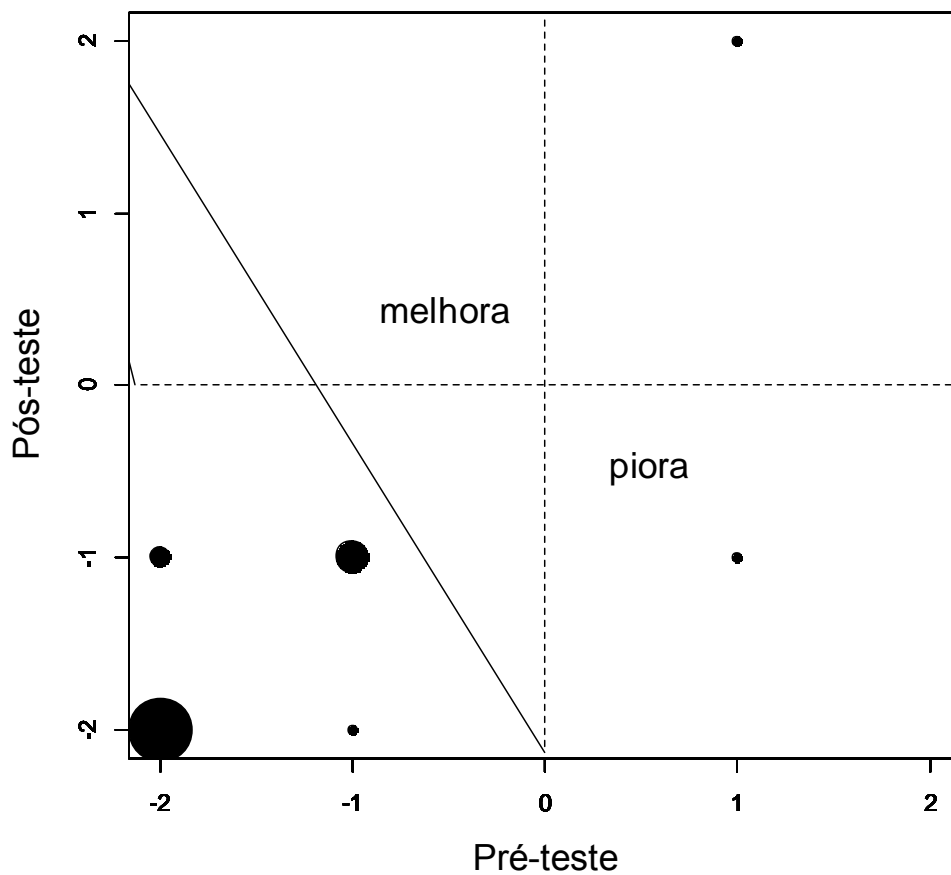
**Figura 5.2** – Visualização gráfica das respostas à Questão 1 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 11).

A Figura 6.2 e a Tabela 12 nos mostram que a maioria dos profissionais se encontrava com atitudes *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* no pré-teste e mantiveram a maioria dessas atitudes após a aplicação do pós-teste. O teste estatístico para a diferença entre as pontuações medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo (p-valor = 0.55).

**Tabela 12** - Classificação das respostas à Questão 2 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	6	2	0	0	0	<b>8</b>
-1	1	3	0	0	0	<b>4</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	0	1	0	0	1	<b>2</b>
2	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Total	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]



**Figura 6.2** – Visualização gráfica das respostas à Questão 2 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 12).

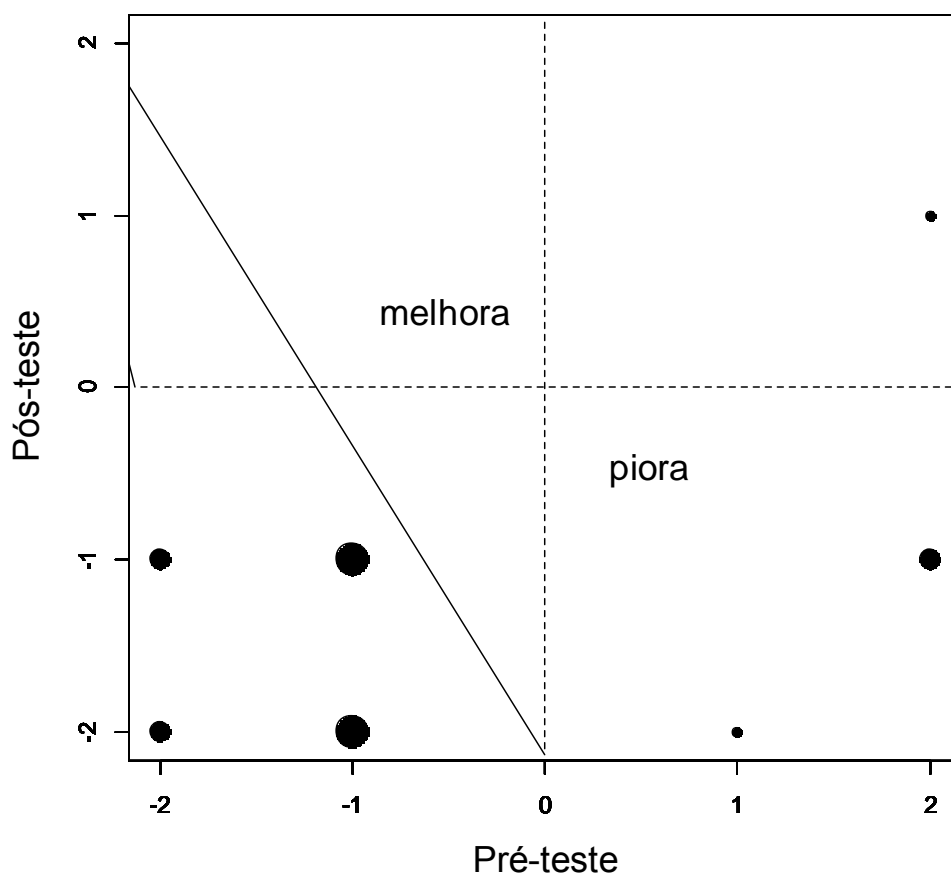


A Figura 7.2 e a Tabela 13 nos mostram que a maioria dos profissionais se encontrava com atitudes *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* no pré-teste. Três profissionais apresentaram atitude *Explora os problemas do usuário* e 1 apresentou atitude *Concentra-se nos sentimentos e metas do usuário*. Após a aplicação do pós-teste, a maioria das atitudes concentrou-se em *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* e somente 1 apresentou atitude *Explora os problemas do usuário*. O teste estatístico para a diferença entre as pontuações medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo (p-valor = 0.97).

**Tabela 13** - Classificação das respostas à Questão 3 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	2	2	0	0	0	<b>4</b>
-1	3	3	0	0	0	<b>6</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	1	0	0	0	0	<b>1</b>
2	0	2	0	1	0	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]



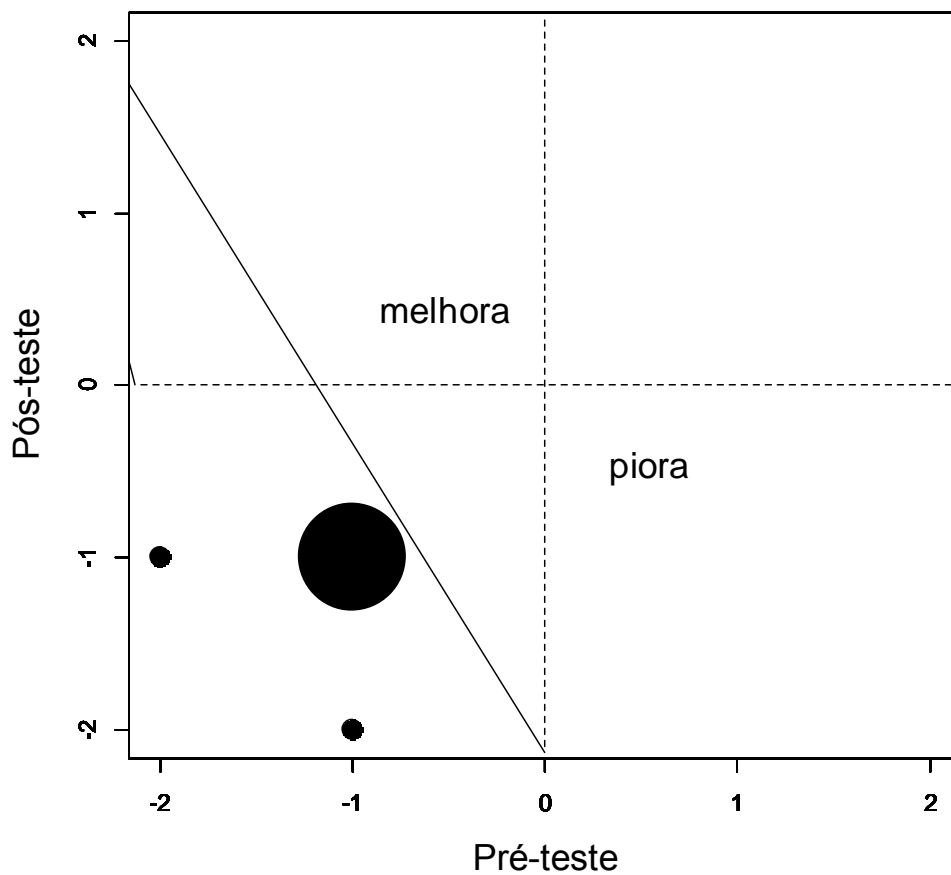
**Figura 7.2** – Visualização gráfica das respostas à Questão 3 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 13).

A Figura 8.2 e a Tabela 14 nos mostram que todos os profissionais se encontravam com atitudes *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* no pré-teste e mantiveram as mesmas atitudes na aplicação do pós-teste. O teste estatístico para a diferença entre as pontuações medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo (p-valor = 0.57).

**Tabela 14** - Classificação das respostas à questão 4 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	0	2	0	0	0	<b>2</b>
-1	2	10	0	0	0	<b>12</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	0	0	0	0	0	<b>0</b>
2	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]



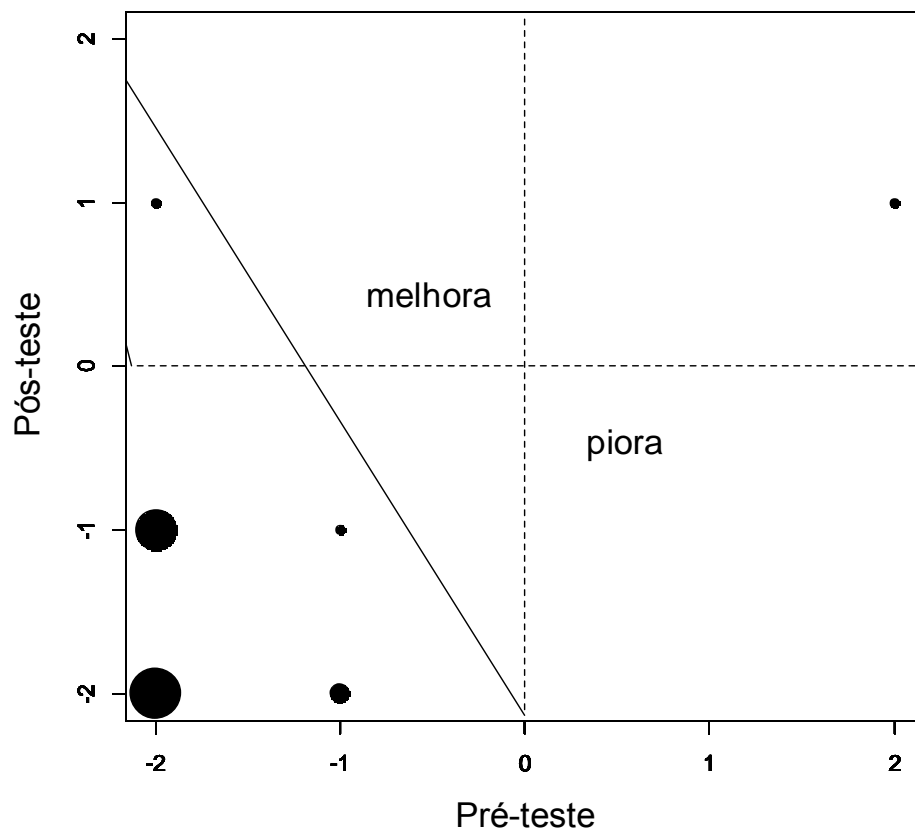
**Figura 8.2** – Visualização gráfica das respostas à Questão 4 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 14).

A Figura 9.2 e a Tabela 15 nos mostram que a maioria dos profissionais se encontrava com atitudes *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* e apenas 1 apresentou atitude *Explora o problema do usuário* no pré-teste. Depois da aplicação do pós-teste, a maioria manteve a classificação *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* e 2 profissionais apresentaram atitude *Concentra-se nos sentimentos e metas do usuário*. O teste estatístico para a diferença entre as pontuações medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo (p-valor = 0.20).

**Tabela 15** - Classificação das respostas à Questão 5 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	5	4	0	1	0	<b>10</b>
-1	2	1	0	0	0	<b>3</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	0	0	0	0	0	<b>0</b>
2	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]



**Figura 9.2** – Visualização gráfica das respostas à Questão 5 segundo o momento de aplicação (pré e pós-teste). Belo Horizonte, 2012. O tamanho do ponto é proporcional à quantidade de profissionais na categoria (Tabela 15).

## 5-DISCUSSÃO

A caracterização dos profissionais de saúde por meio da Tabela 1 mostra que a população do estudo constitui-se de uma equipe interdisciplinar. Dessa forma, destaca-se a relevância da participação de diversos profissionais, numa perspectiva interdisciplinar nas práticas educativas em DM; como enfermeiros, médicos, dentistas, farmacêuticos, educadores físicos, psicólogos entre outros. As atitudes de todos esses profissionais devem ser motivadoras durante a prestação de cuidados continuados, permanecendo em dia com as opções de tratamento, a fim de que os profissionais possam compartilhar informações relevantes com os usuários, capacitando-os a tomar decisões informadas sobre sua saúde. O trabalho em equipe deve promover a criticidade, favorecendo a capacidade de perceber em si potencialidades para interpretar as várias realidades do usuário possibilitando troca de experiências sobre as atitudes profissionais (SOARES; SADIGURSKY; SOARES, 2011).

A Tabela 2 e a Figura 2 apresentam dados referentes à idade dos profissionais e a Figura 3 apresenta dados referentes ao tempo de formado. Muitos desses profissionais estão na rede de assistência há muitos anos e, apesar de presenciarem as mudanças ocorridas no cenário da assistência e das práticas educativas, não tiveram a continuidade de sua formação garantida para exercerem a educação em saúde de maneira plena. A capacitação profissional possibilita o diálogo com os conhecimentos e as experiências prévias para a incorporação de novos saberes, ultrapassando a ideia de que a maior competência profissional estaria ligada à maior dependência de tecnologias de última geração e especializada, chegando ao ponto de desvalorizar os aspectos psicoemocionais que envolvem a diabetes (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

Atualmente existe uma tendência dos profissionais de saúde investirem em programas de pós-graduação, conforme apresentado na Tabela 3. Assim, destacam-se os programas de pós-graduação somados às oficinas de capacitação profissional que devem acontecer frequentemente no trabalho como formas de aprendizagem que valoriza as novas propostas do SUS, quanto às práticas educativas (ASSUNÇÃO; MELO; MACIEL, 2008). Sob essa perspectiva, estudo mostra que através de programas de pós-graduação, os profissionais de saúde adquiriram mais conhecimentos sobre as ferramentas de abordagem ao usuário/família na atenção básica. A pós-graduação é citada como forma de capacitação para superar as dificuldades de abordagem, muitas vezes existentes desde a formação acadêmica (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

## **5.1 As Atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em Diabetes *Mellitus* tipo 2 e os Aspectos Psicoemocionais**

O presente estudo por meio das Tabelas 6 a 10 e Figuras 5 a 9 e Tabelas 11 a 15 e Figuras 5.2 a 5.9 mostrou que os profissionais de saúde, antes das oficinas de capacitação profissional e da entrega do Manual de Atitudes Profissionais nas Práticas Educativas em DM2, apresentaram predominantemente atitudes favoráveis ao Julgamento e à Solução dos problemas para o usuário, configurando, pois, uma relação não baseada no diálogo. Ressalta-se que essas atitudes muitas vezes caracterizadas por sugestões sobre como seguir a dieta, sobre como conduzir a reeducação alimentar da família, assim como estratégias para convencê-la a apoiar o usuário na dieta; somadas a julgamentos negativos sobre o não cumprimento dos cuidados agem como dificultadores para uma relação baseada no diálogo. O predomínio dessa relação não dialógica reforça a importância da discussão sobre como os profissionais de saúde estão conduzindo as práticas educativas (ANDERSON *et al.*, 2002).

Assim, resultado semelhante a essa pesquisa foi encontrado em estudo nos Estados Unidos da América que apontou pelos usuários com DM2 as percepções quanto ao cuidado padrão baseado em atitudes paternalistas e degradantes por parte dos profissionais de saúde. Dessa forma, destaca-se a relevância em incentivar as atitudes profissionais nas práticas educativas que motivem o diálogo, como: não julgar o usuário, ouvi-lo e incentivar o planejamento de metas criadas pelos usuários (DELLASEGA; ANEL-TIANGCO; GABBAY, 2012). Isso porque um dos fatores relacionados ao mau controle do diabetes seriam as atitudes divergentes entre profissionais de saúde e usuários, em que as metas de um não concordam com as metas do outro no cuidado da doença. Gagliardino, González e Caporale (2007) apontaram que as atitudes dos membros da equipe de saúde e as atitudes de pessoas com diabetes apresentaram uma leve concordância na escala de atitudes quanto ao impacto psicossocial e emocional do diabetes e discordância no que se refere à autonomia do usuário, e dessa forma, apresentou um mau controle da doença.

Dessa maneira, os aspectos psicoemocionais da diabetes podem ser associados com o autocuidado e angústia em ter essa doença, e conseqüentemente o menor autocuidado associa-se com maior glicó-hemoglobina e com o agravamento do estado do diabetes, com grande parte deste explicado pela angústia de ter a diabetes. Estudo realizado nos EUA, com o objetivo de analisar a influência dos atributos psicoemocionais da diabetes e de autocuidado no controle glicêmico mostrou que esses atributos relacionados ao sofrimento emocional pela

diabetes contribuem para a dificuldade do controle e autocuidado da doença, piorando o estado desta ao longo do tempo (ZULMAN *et al.*, 2011).

Diante desses dados científicos, além do incentivo a programas de capacitação profissional é preciso instigar a corresponsabilidade dos usuários e sua postura ativa na produção da saúde nas práticas educativas. As decisões sobre o autocuidado devem ser tomadas em conjunto com os usuários. No entanto, ainda são marcadas por profissionais que dominam a fala no encontro clínico e enfatizam interações técnicas em detrimento das socioafetivas, conforme resultado da presente pesquisa. Assim, destaca-se a relevância em reconhecer a importância de percepções, crenças e valores adotados por profissionais e por usuários. É preciso que a prática clínica incorpore as evidências científicas e que, ao mesmo tempo, esteja focada no usuário e em suas possíveis especificidades culturais, que enfatizem a prevenção e a promoção de um estilo de vida saudável; que as decisões sobre o curso do tratamento sejam tomadas efetivamente em conjunto com o usuário (SOUZA; MENANDRO, 2011).

O resultado desse estudo, na análise do pré-teste, por meio das Tabelas 6 a 15 mostra que todos os profissionais de saúde deixaram de perguntar sobre os sentimentos assim como sobre as metas traçadas pelo próprio usuário no cuidado da doença. Esse resultado sugere a existência de dificuldades que os profissionais de saúde apresentam quando se deparam com queixas psicoemocionais, e dessa forma, sentem-se inseguros para fazer essa abordagem. Eles devem compreender que apenas o ato de ouvir é suficiente para identificar a motivação do usuário em realizar os cuidados, além de que ao demonstrar empatia diante das queixas psicoemocionais pode apresentar um cunho terapêutico e pode aumentar o vínculo entre ambos (DELLASEGA; ANEL-TIANGCO; GABBAY, 2012; ANDERSON; FUNNEL; HERNANDEZ, 2005b; ANDERSON; FUNNEL, 2005c).

Assim é importante que as atitudes profissionais explorem os problemas, os sentimentos e as metas dos usuários uma vez que a prevalência de alterações de humor em pessoas com diabetes é de cerca de duas vezes maior que na população geral, afetando os resultados de sua saúde e da qualidade de uma maneira indesejável. Além disso, estudo nos EUA mostrou que usuários com diabetes acreditam que os sintomas depressivos contribuem diretamente no aumento do açúcar no sangue (PIBERNIK-OKANOVIĆ *et al.* 2006 ). Outro estudo quanto ao aspecto psicoemocional realizado por Tuncay *et al.* (2008) com adultos



turcos com diabetes mostraram que 79% dos participantes apresentaram ansiedade, sendo que a maioria relatou associada à doença.

Sob essa perspectiva, é importante uma reflexão das atitudes profissionais que valorizam apenas o controle glicêmico a longo prazo e por outro lado desvalorizam a importância da qualidade real da vida. Essas atitudes resultam em diferenças de metas entre profissionais de saúde e usuários (PUDER *et al.*, 2006; SOUZA; MENANDRO, 2011; PIBERNIK-OKANOVIC *et al.*, 2011). No momento em que o profissional adota atitudes autoritárias, baseadas em julgamentos e em solução dos problemas sem a participação do usuário pode resultar em práticas educativas negativas. Assim ele deve repensar suas ações, pois estudo aponta que os usuários entendem muito bem a DM2 e as suas responsabilidades no autocuidado, no entanto, não cumprem porque seu contexto de vida não foi incluído no plano do autocuidado ou mesmo porque os mesmos não incluíram o diabetes como uma prioridade em suas vidas. Dessa forma, estudo mostra que o mau controle glicêmico não foi relacionado à falta de conhecimento da doença pelo usuário, mas sim a como a diabetes foi priorizada em suas vidas. A atenção para as prioridades ou metas dos usuários é necessária para realizar o controle glicêmico melhor (GREENFIELD *et al.*, 2011).

Os resultados do pré-teste mostram que das Tabelas 6 a 8 e das Tabelas 10 a 15, houve pelo menos 1 profissional de saúde que apresentou atitudes de Julgar o Usuário; sendo que, na Tabela 7, dos 12 profissionais do Grupo Intervenção, 7 apresentaram essa atitude; na Tabela 15, dos 14 profissionais do Grupo Controle, 10 apresentaram essa atitude. O estudo revela, também, que das Tabelas 6 a 15, pelo menos 1 profissional apresentou atitude Soluciona problemas para o usuário; sendo que na Tabela 14, dos 14 profissionais do Grupo Controle, 12 apresentaram essa atitude e na Tabela 9, dos 12 profissionais do Grupo Intervenção, 10 apresentaram essa atitude.

Dessa maneira, as atitudes profissionais baseadas na Solução dos Problemas pelos profissionais e não pelos usuários e baseadas no Julgamento dos comportamentos destes podem influenciar negativamente na relação de comunicação aberta e com respeito à autonomia além de levar a equívocos como; o usuário e o profissional podem não ter chegado ao assunto central, pode-se acabar resolvendo o problema errado; além de que a resolução rápida do problema pode impedir os usuários de experimentarem a intensidade de suas emoções e assim diminuir sua motivação para agir. Ademais, essas atividades dificultam uma comunicação autêntica e de maior profundidade e conseqüentemente os usuários ficam

mais susceptíveis de resistirem aos conselhos, pois se sentem pressionados a mudar, sem, no entanto estarem prontos para tal ação (ANDERSON; FUNNEL, 2005a; ANDERSON *et al.*, 2002).

Essas reações dos usuários frente às atitudes profissionais autoritárias muitas vezes são exemplificadas em situações em que mesmo quando as orientações feitas pela equipe de saúde ao usuário sobre a diabetes serem concisas e claras, os usuários admitem não cumpri-las conforme orientação devido a obstáculos como fator econômico e psicológico, desencadeando a não adesão total ao tratamento. Dessa forma, destaca-se a importância de as perspectivas no cuidado do diabetes entre usuários e profissionais serem coerentes entre si. Além disso, um dos motivos para as atitudes desses profissionais focarem na Solução e Julgamento é a necessidade que eles têm de se sentirem no controle como solucionadores de problemas (OLIVEIRA; CAMPOS; ALVES, 2010; ANDERSON; FUNNEL, 2005a).

Assim, tanto os resultados desse estudo quanto de Godinho (2011) apontam que as práticas educativas em saúde predominante não conduzem ao diálogo, divergindo da proposta do Ministério da Saúde (MS). A cada dia as pessoas diabéticas constroem suas próprias estratégias para lidarem com as condições crônicas, buscando saberes além dos saberes científicos. As práticas educativas para as pessoas diabéticas precisam configurar-se em um processo abrangente, incluindo não apenas informações sobre o tratamento tradicional, mas também fatores ambientais, maneiras de compreender e de lidar com a diabetes e, sobretudo, proporcionar espaço apropriado para a criação de vínculos entre usuários e profissionais da saúde e proporcionar maior autonomia a essas pessoas.

Por isso é importante o profissional de saúde compreender as necessidades de saúde dos usuários, apresentar habilidade de saber ouvir com atenção o outro objetivando conduzir a prática educativa baseada no diálogo, na construção do conhecimento, no respeito à autonomia do usuário. Essas atitudes são ainda mais reforçadas pelo fato das atuais alterações da sociedade no que se refere à divulgação do conhecimento científico à população, questões éticas que envolvem o cuidado à saúde, pelas lacunas de conhecimento da ciência e, principalmente porque o saber científico não é domínio exclusivo dos profissionais de saúde (FERREIRA *et al.*, 2009).

Para esse fim, as instituições de saúde necessitam modificar as estratégias tradicionais de cuidado, fugindo de algumas formas de educação instituídas e adentrando um pouco mais na maneira de pensar e agir do usuário, a fim de construir um espaço dialógico e

de participação ativa dos usuários no processo educativo. Dessa forma, destaca-se que na formação profissional, é importante que o estudante seja motivado a se comunicar claramente e a desenvolver capacidades para um adequado trabalho interdisciplinar, de modo a satisfazer as necessidades de saúde de usuários, das famílias e da comunidade. Ele deve participar da exploração de problemas e situações que tragam consigo capacidades prévias (conhecimento, valores, representações e experiências) para a construção de objetivos de aprendizagem e sua formação ético-profissional (FERREIRA *et al.*, 2009; SILVA, 2000).

Além disso, a Atenção Básica por meio da ESF incorporou novos elementos para a reorientação do processo de trabalho em saúde, que, por sua vez, tem exigido profissionais capazes de usar inovadoras propostas no processo de trabalho ligadas às relações dialógicas entre o sujeito trabalhador e o sujeito usuário. No entanto, nesses serviços de saúde encontram-se muitos profissionais com formação não contemporânea ao SUS e à ESF. Para a adaptação a essa reorientação do serviço, estes têm passado por um processo de mudanças paradigmáticas e, sem dúvida, a capacitação profissional é uma estratégia para enfrentar esses descompassos (BALCOU-DEBUSSCHE; DEBUSSCHE, 2008; PESSANHA; CUNHA, 2009).

Dessa forma, a relação entre o profissional de saúde e o usuário pressupõe um novo paradigma, em que o usuário procura o profissional não apenas para curar uma doença definida, como também para aliviar seus sofrimentos. Assim, torna-se fundamental a compreensão de que apenas o conhecimento das alternativas terapêuticas não é suficiente para o adequado acompanhamento do portador de diabetes, pois, muitas vezes, os fatores psicoemocionais são os principais obstáculos para a intensificação no tratamento. Assim ressalta-se a importância da relação dialógica entre ambos, com destaque para as atitudes profissionais baseadas nos problemas, nos sentimentos e nas metas de controle da doença apresentadas pelo usuário (ASSUNÇÃO; MELO; MACIEL, 2008).

Com essa finalidade o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, onde contempla a importância da capacitação profissional. Essa proposta entende que as atitudes dos profissionais são determinantes para uma boa condução das práticas educativas, ou seja, o planejamento das práticas educativas requer mais do que o conhecimento teórico sobre a doença. Eles devem agir como facilitadores no estabelecimento de metas para o autocuidado da doença, na perspectiva de aumentar a capacidade dos usuários

para pensar criticamente e agir com autonomia em seu autocuidado. Eles devem adotar práticas educativas centradas na liberdade e na autonomia do usuário, onde o mesmo é estimulado a refletir sobre os seus problemas na vida cotidiana por meio do diálogo, da ação-reflexão-ação, levando-o a novos níveis de consciência e, conseqüentemente, a novas formas de ação no cuidado da doença (BRASIL, 2011; SOUZA; MENANDRO, 2011; SANTOS, 2011; FREIRE, 1987).

Assim, a problematização de situações reais vividas pelo usuário na diabetes como a dificuldade quanto ao controle glicêmico, à atividade física e ao cumprimento da dieta devem ser claramente apresentadas e exploradas na prática educativa, para que em seguida seja feita uma análise crítica sobre essas situações através do diálogo caracterizado por reflexão e ação em que o usuário assuma uma posição crítica frente a sua realidade. Dessa forma, os cuidados eficazes com a diabetes requerem que os usuários e os profissionais de saúde colaborem no desenvolvimento de plano de autocuidado que integra a experiência clínica destes com as preocupações, as prioridades e os recursos daqueles; demandando, pois novas atitudes profissionais, que envolvem uma redefinição fundamental de papéis e relações dos profissionais de saúde e usuários (ANDERSON; FUNNEL; HERNANDEZ, 2005b; LA SALLE, 2010). Complementando, estudo mostra que com o aumento da duração da diabetes, os usuários tendem a adotar comportamentos saudáveis pelo respeito a sua autonomia, seus problemas, seus sentimentos e suas metas (LIU *et al.*, 2010; TOL *et al.*, 2012).

O resultado do presente estudo assim como parte da literatura aponta a importância do profissional explorar os problemas e sentimentos dos usuários, assim como suas metas. A prática educativa pautada nessas atitudes, ou seja, psicoemocionais, estão associadas com menor ansiedade, melhores habilidades de autoeficácia e participação social no controle da doença. Sob essa perspectiva, um estudo desenvolvido na Holanda mostrou que em nove meses, a intervenção psicoemocional apontou resultados mais positivos no controle da doença e foi associada com menos ansiedade (JONKERS *et al.*, 2012).

Assim, as intervenções psicoemocionais apresentam melhora na qualidade de vida do usuário. Os profissionais de saúde devem considerar os problemas, sentimentos dos usuários e suas metas no controle da doença, assim como o histórico de saúde, as crenças em saúde e a formação cultural no planejamento de estratégias específicas destinadas a modificar estilo de vida. Dessa forma, estudo na Croácia buscou determinar o impacto desse tipo de intervenção no controle glicêmico em comparação aos usuários em tratamento padrão. A intervenção

psicoemocional apresentou melhora na qualidade de vida. Os resultados apontaram que esse tipo de intervenção em DM2 mostrou afetar favoravelmente a qualidade de vida e o controle metabólico da doença (PIBERNIK-OKANOVIC *et al.*, 2011; CHANG; WALLIS; TIRALONGO, 2012).

As atitudes baseadas no modelo dialógico se caracterizam em ações, falas e gestos acolhedores, de respeito à autonomia e às metas do usuário, além de explorar os aspectos psicoemocionais destes. Como exemplo tem-se os questionamentos ao usuário sobre suas dificuldades em seguir a dieta, a atividade física, sua relação com a família, suas possibilidades em seguir metas conforme seu contexto de vida, questionamento sobre seus sentimentos em relação à doença e ao autocuidado, além de referenciar outros profissionais como parceiros no acompanhamento da doença. Assim, os profissionais estarão atuando como facilitadores no processo educativo não julgando e nem impondo soluções para o usuário, e sim explora as condições do mesmo em seguir os cuidados conforme sua realidade (ANDERSON; FUNNEL, 2010).

Sob essa perspectiva, estudo de Newton, Sasha e Koula (2011) apontou que os profissionais de saúde entendem as propostas atuais educativas, baseadas no diálogo e na autonomia como uma rejeição da abordagem paternalista. Eles enfatizaram as maneiras de equilibrar objetivos clínicos contra as preocupações dos usuários. Alguns viram a abordagem como possibilidade de melhorar a qualidade do serviço, enquanto outros viram como um processo de justiça social, sendo, portanto interpretada e utilizada de diferentes maneiras. Torna-se necessária uma clarificação de que as propostas educativas baseadas no modelo dialógico implicam na prática para os profissionais de saúde, bem como o que os profissionais de saúde percebem ser os seus objetivos múltiplos (NEWTON; SASHA; KOULA, 2011). Um estudo transversal com usuários com DM2, em Taiwan, identificou que as percepções de propostas baseadas no respeito à autonomia e ao diálogo tiveram uma influência direta estatisticamente significativa no aspecto satisfação de saúde e qualidade de vida. A angústia na diabetes teve uma influência direta e estatisticamente significativa no impacto, satisfação e preocupação com os aspectos da saúde e de qualidade de vida. O estudo concluiu que os enfermeiros devem desenvolver novas abordagens para melhorar vários aspectos relacionados com a saúde e qualidade de vida, por exemplo, capacitar os doentes para melhorar o aspecto de qualidade de vida. Para melhorar o impacto e preocupação quanto aos aspectos da saúde relacionada com a qualidade de vida, os enfermeiros devem reduzir o sofrimento sentido pelos usuários (WANG; WU; HSU, 2011).

Dessa forma, as atitudes dos profissionais de saúde devem ser de facilitadoras para um pensar crítico, um agir com autonomia e responsabilidade no desenvolvimento de habilidades e atitudes dos usuários a fim de definir metas significativas relacionadas à alimentação, atividade física e monitoramento glicêmico. O usuário com diabetes está sujeito a ansiedades, medos e expectativas de recuperação ou incapacidade inerentes a sua patologia. Esse aspecto emocional pode ser amenizado com a prestação de um cuidado que priorize o ouvir, o dialogar, o compreender e o orientar (ZULMAN *et al.*, 2011; ANDERSON, FUNNEL, 2010; CHANG; WALLIS; TIRALONGO, 2012; DELLASEGO; ANEL-TIANGCO; GABBAY, 2012).

Assim as relações entre os profissionais de saúde e usuários devem ser caracterizadas pelo respeito e pela confiança a fim de facilitar uma comunicação honesta e aberta para ambas as partes. Dessa forma, os usuários sentem-se psicologicamente seguros para expressar seus problemas, seus sentimentos assim como medos e preocupações relacionados ao diabetes. Estabelecer tais relações requer atitudes de respeito à autonomia, pois a confiança entre ambos não é garantida somente pelo fato de os profissionais terem uma formação na área da saúde (ANDERSON; FUNNEL, 2005a; POLZER, 2007; ASSUNÇÃO; MELO; MACIEL, 2008).

Durante a prática educativa, essa relação citada apresenta maior possibilidade de se chegar à questão de maior preocupação para o usuário, ou seja, relação caracterizada por atitude baseada no respeito aos sentimentos sobre os vários aspectos da vida com o diabetes. Assim, o profissional facilita ao usuário criar suas próprias metas e estratégias para melhorar o controle da doença. O papel dos profissionais deve ser de ouvir e fazer perguntas que os ajudarão a entender como é viver com diabetes e assim estará aumentando a probabilidade de os usuários modificarem os seus comportamentos de maneira positiva, o que faz os profissionais se sentirem mais realizados profissionalmente. Essas atitudes também ajudam os usuários a verem que a mudança é possível e fortalece o relacionamento de parceria (ANDERSON *et al.*, 2002; WANG; WU; HSU, 2011, SILVA, 2000, GAGLIARDINO; GONZÁLEZ; CAPORALE, 2007).

Na relação dialógica caracterizada em atitudes de respeito aos sentimentos, problemas e metas dos usuários, é importante que o profissional desenvolva competências que facilitem a comunicação no processo educativo. Assim, estudo de Cordeiro *et al.* (2009) mostrou que médicos e enfermeiros que trabalham na Saúde da Família da Região Norte

necessitam de programas de educação profissional sobre estratégias de comunicação mais eficazes entre os profissionais da equipe e a comunidade, especificamente nos temas sobre Diabetes e Hipertensão. Os médicos pesquisados demonstraram dificuldades para o acompanhamento de usuários com diabetes, pois aqueles valorizam mais as questões técnicas que as relacionais; ocorrendo o contrário em relação aos enfermeiros, cuja formação, voltada para o cuidado, estabelece um encontro diferenciado com as pessoas que acolhem. Dessa forma, reforçam-se a capacitação e o trabalho interdisciplinar por meio do qual as competências profissionais podem ser compartilhadas e modificadas. Sob essa perspectiva, estudo da Suécia buscou entender como os médicos e enfermeiros percebem a implementação de abordagem educativa pautada em metodologias de respeito à autonomia do usuário por meio de oficina de capacitação profissional. O principal resultado mostrou um conflito de papéis. Os médicos e enfermeiros conheciam o seu papel na abordagem tradicional, mas não no que diz respeito à abordagem de respeito à autonomia. Ao mesmo tempo, à medida que começou uma nova forma de trabalho, o seu papel tinha mudado de ser um especialista para ser um facilitador. Como especialistas, eles se sentiam seguros, como facilitadores precisavam de apoio em seu processo educacional. Para implementar novas metodologias em grupo de educação em diabetes, eles solicitaram apoio da participação da família e de um supervisor habituado a usar essas novas abordagens (ADOLFSSON *et al.*, 2004).

Assim as atitudes profissionais de explorar problemas, sentimentos e metas dos usuários por meio de perguntas são muito eficazes na promoção do pensamento crítico, pois cria condições para as pessoas pensarem criticamente sobre a sua condição de saúde e cuidados na diabetes. (FREIRE, 1987). Essa capacidade de usar perguntas nas práticas educativas em diabetes pode ser aperfeiçoada através das capacitações profissionais com equipe interdisciplinar (TORRES *et al.*, 2009).

## **5.2 Capacitação profissional e as atitudes nas práticas educativas em DM2**

No presente estudo, as oficinas de capacitação profissional realizadas com o Grupo Intervenção apresentaram modificações estatisticamente significativas nas atitudes dos profissionais de saúde ao se comparar com o Grupo Controle. Dentre as cinco questões replicadas no pós-teste no Grupo Intervenção, duas apresentaram modificação de atitudes favoráveis à Exploração dos problemas e Concentração nos sentimentos e metas dos usuários; representadas pela Tabela 7 e Figura 6 e, também pela Tabela 10 e Figura 9. No Grupo

Controle, não houve modificação significativas das atitudes profissionais em nenhuma das cinco questões. Dessa forma, o presente estudo mostra que a capacitação profissional é uma estratégia relevante para a sensibilização das práticas educativas dialógicas e pautadas na autonomia do usuário, sendo considerada positiva para a aquisição de conhecimentos e sensibilização do profissional quanto às dificuldades cotidianas enfrentadas usuário com diabetes na adesão às recomendações. Além disso, o tratamento do portador de diabetes exige da equipe profissional envolvida uma autoavaliação e atitudes mais positivas, no intuito de minimizar a lacuna entre o controle glicêmico intensivo e formas de atingi-lo. Assim, é preciso capacitação profissional por meio da qual as propostas educativas problematizem vários aspectos, inclusive as desigualdades sociais, como determinantes para a saúde e a qualidade de vida de indivíduos e comunidades (SERRANO-GIL; JACOB, 2010; VILELA; MENDES, 2003).

Os programas de educação profissional têm procurado aperfeiçoar diversos aspectos no sistema de atenção à saúde, como o seu modelo de gestão e a atuação dos profissionais; devendo ter como finalidade garantir a qualidade da atenção à saúde, adequada às necessidades da população usuária dos serviços e da equipe, e não somente das carências profissionais de qualificação e atualização. Dessa forma, é reforçada a relevância dos profissionais buscarem e terem acesso a espaços de reflexão sobre a prática, a atualização técnico-científica e o diálogo com usuários e demais trabalhadores que integram os serviços (PAGANI; ANDRADE, 2012; PEDUZZI *et al.*, 2009).

Assim, após a realização das oficinas de capacitação profissional, o pós-teste mostra por meio das Tabelas 6 a Tabela 10 que em todas as questões houve aumento de atitudes Explora Problemas e, em algumas, aumento das atitudes Concentra-se nos sentimentos e metas do usuário; sendo que na Tabela 7, de 0 (zero) profissional com atitude Explora Problema, após a oficina esse número subiu para 9 (nove) profissionais; na Tabela 8, de 0 (zero) profissional com atitude Concentra-se nos sentimentos e metas do usuário, após a oficina, esse número subiu para 5 (cinco) profissionais.

Dessa forma, essa resposta positiva frente aos programas de capacitação profissional justifica-se, pois, os profissionais da atenção básica à saúde que, na maioria das vezes, por iniciativa própria, desenvolvem ações educativas voltadas aos usuários, ressentem-se da falta de capacitação, quando o tema em questão é educação em diabetes. Nas capacitações profissionais, o uso de oficinas contribui para despertar do potencial reflexivo, crítico e



criativo dos profissionais para a modificação no processo educativo. Assim, as oficinas são consideradas uma estratégia pedagógica de fácil compreensão, interativa e lúdica, ou seja, as oficinas contribuíram para o planejamento do processo educativo e a estruturação de um modelo de avaliação das práticas de promoção da saúde e educação em diabetes (FESTES, ANDERSON, 1995; TORRES; MONTEIRO, 2006).

Estudo realizado por Anderson *et al.* (1991) apresentou a sistematização de um programa de capacitação profissional por meio de oficina sobre como o profissional deve apresentar atitudes favoráveis aos problemas, aos sentimentos e às metas apresentados pelos usuários. O programa destacou que o profissional deve ter discernimento e sensibilidade e ser capaz de inferir a partir do tom de voz, postura, expressões faciais e sua experiência quais os elementos de apresentação do usuário serão mais produtivos para explorar (ANDERSON *et al.*, 1991).

O estudo apresenta quatro etapas para essas atitudes. O primeiro passo envolve ajudar os usuários a explorarem questões relacionadas com o tratamento do diabetes. A segunda parte envolve personalizar o problema, ou seja, ajudar os usuários a se concentrarem em suas emoções e no significado de suas preocupações. A terceira etapa do modelo envolve ajudar os usuários a clarearem os seus valores relacionados à saúde e estabelecer metas relacionadas ao tratamento do diabetes e outros aspectos do seu desenvolvimento: físico, emocional, intelectual, social e espiritual. Finalmente, a quarta etapa do modelo concentra-se em ajudar os usuários a desenvolverem e se comprometerem com um plano específico para atingir suas metas. O estudo mostra que a maneira mais eficaz de desenvolver essas atitudes é através de registro reflexivo da prática; por exemplo, por meio de gravação de visita domiciliar ou consulta. No final, as atitudes dos participantes em relação à autonomia do paciente modificaram significativamente desde o início para o final do programa. Em geral, os participantes foram mais favoráveis à autonomia do paciente na gestão do diabetes no final do programa do que no início do programa (ANDERSON *et al.*, 1991).

A capacitação profissional sistematizada no presente estudo seguiu o modelo sugerido pela literatura que fala sobre a participação do profissional por meio da problematização e no próprio território onde se encontram as dificuldades a serem resolvidas e para as quais se exigem as devidas competências e as habilidades de trabalho em equipe. Segui, também, a participação interdisciplinar, que envolveu diversas categorias profissionais,

com o objetivo de organizar o conhecimento científico a partir de vários campos disciplinares que puderam interagir entre si (RIGOTTO; ALMEIDA, 1998; PEDUZZI *et al.* 2009).

Ademais, Brasil (2004) destaca que as atividades educativas dos profissionais de saúde devem ser realizadas próximas à realidade de trabalho, para que estimulem sua problematização de forma contextualizada e promovam o diálogo entre as políticas públicas e as singularidades dos lugares e das pessoas. (VIANA *et al.*, 2008). Complementando, o Relatório Mundial da Saúde de 2006 (OMS, 2007) destaca que cursos ministrados isolados e fora do ambiente de trabalho são pobres para a modificação das práticas dos trabalhadores. Estudo recente sobre a capacitação de trabalhadores na atenção primária indicou que a longa duração das atividades educativas prejudica a adesão dos trabalhadores. Esse fato pode estar relacionado à intensa dinâmica do trabalho na saúde, impedindo que muitos trabalhadores participem de atividades educativas de longa duração durante o horário de trabalho (VIANA *et al.*, 2008, SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

Assim as capacitações profissionais devem ser estimuladas e sistematizadas conforme a realidade do ambiente do trabalho e demandas do usuário, principalmente quando se percebe que o cenário atual das práticas educativas confronta-se com algumas inadequações em seu processo, por exemplo, o modelo tradicional da formação do profissional de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2011; JONKERS *et al.*, 2012).

Neste contexto de modificações, é inerente formar profissionais com perfil social e ético capaz de aprender a aprender, trabalhar em equipe, comunicar-se, relacionar-se com o outro e ter percepções ágeis de ações. Destaca-se a importância da transformação no desenho dos cursos da área da saúde, na busca pela formação de profissionais que sejam comprometidos com a construção de conhecimento a partir da prática nas relações com o outro, diferenciada da que ocorre atualmente; e não como atitudes e valores desenvolvidos academicamente a fim de se valorizar o fazer.

Assim, as capacitações profissionais contribuem para a superação de problemas a partir do cotidiano do exercício profissional, centrando na relação trabalhador-usuário, na busca por competências favoráveis à qualidade do atendimento à população. Todavia, para que exista um processo dialético, ou seja, criado e recriado na reflexão crítica da prática/trabalho entre os diversos saberes, científico e popular, faz-se necessário que a proposta educativa oriente para as transformações do processo de trabalho. Esse processo inclui as necessidades de aprendizagem da equipe multiprofissional baseada nos valores da

comunidade, nos seus conhecimentos, em seus hábitos e em suas atitudes (FERREIRA *et al.*, 2009; PESSANHA; CUNHA, 2009; MACEDO *et al.*, 2005).

## 6-CONCLUSÕES

A realização deste estudo permitiu mostrar que os profissionais de saúde têm o desafio de apresentar atitudes nas práticas educativas em DM2 coerentes com a proposta do Ministério da Saúde. Elas ainda são pautadas no modelo que não valoriza a autonomia do sujeito e não favorece o diálogo. Os resultados de estudos divulgados pela literatura reforçam a importância de o profissional aprender a escutar o usuário sem transferir expectativas e ansiedades. Isso não significa necessariamente realizar o pedido que lhe está sendo feito, mas exercitar o compartilhamento da angústia do usuário na impossibilidade da realização de determinados cuidados, aliviando sofrimentos e dividindo impotências. Os profissionais não devem passar por cima de toda experiência de vida e formação de uma história pessoal do usuário, entendendo e compreendendo o outro sem impor seus valores, diferentemente do que fazem os profissionais que, sozinhos, decidem a “melhor” conduta a se tomar para o usuário, justificada em seu conhecimento científico e na sua autoridade moral.

Dessa forma, é importante estabelecer atitudes pautadas no respeito às concepções dos usuários, seus sentimentos e metas, assim como ilustrar o respeito à autonomia destes ao se envolverem em seu cuidado. Essa mesma autonomia é que traz ao usuário a possibilidade de ser responsável por suas ações com consciência das consequências delas, pensar por si próprio, decidir por sua vida e ser responsável por ela.

Muitos profissionais estão na rede de assistência há muitos anos e, apesar de presenciarem as mudanças ocorridas no cenário da assistência e das práticas educativas, não tiveram a continuidade de sua formação garantida para exercerem a educação em saúde de maneira plena. Os profissionais de saúde da APS necessitam ter acesso contínuo a essas informações para a garantia de práticas educativas de qualidade. As oficinas de capacitação realizadas no presente estudo evidenciam seus resultados positivos na aprendizagem dos profissionais de saúde da APS.

Nessa perspectiva, faz-se necessário que a aprendizagem no trabalho auxilie na efetivação das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sobrepondo os desafios para a conquista da autonomia e responsabilização dos profissionais de saúde para com os usuários. Assim, a capacitação profissional deve despertar a reflexão crítica sobre sua realidade e problematizar o processo de trabalho em sua organização, considerando o diálogo com os conhecimentos e as experiências prévias para a incorporação de novos saberes.

Ademais, muitos profissionais de saúde ainda apresentavam crenças de que sua maior competência estaria ligada à maior dependência de tecnologias de última geração e especializada. Esse contexto é fundamental para entendermos a configuração das profissões e as crenças e atitudes apresentadas na formação dos profissionais de saúde. Há uma grande dificuldade nas reformas curriculares nos cursos de graduação em saúde, muitas vezes dentro das faculdades há professores com crenças e atitudes contrárias às atuais perspectivas de modificações nos cursos.

Entre outros, um dos desafios encontrado durante a realização deste trabalho foi a pesquisa bibliográfica, o que envolveu um grande esforço prevalecendo o levantamento de bibliografia internacional. Diante disso, reforça-se a importância de novos estudos sobre essa temática.

Ressalta-se, ainda, que os resultados do estudo serão complementados eventualmente, por uma parte qualitativa, o que nos permitirá trabalhar os aspectos que não foram explorados, particularmente pela análise quantitativa. Essa complementação poderá nos ajudar como recursos de documentar e avaliar a percepção e a satisfação dos usuários frente às práticas educativas baseadas em atitudes profissionais favoráveis aos problemas, aos sentimentos e às metas dos usuários. A continuidade do estudo poderá permitir avaliar a longo prazo os efeitos das práticas educativas no controle metabólico da doença.

Espera-se que este estudo possa contribuir para reflexões e discussões sobre a educação em saúde no diabetes nas Unidades Básicas de Saúde, assim como sobre a relevância de capacitações profissionais nesse processo tendo por princípio os propósitos do Ministério da Saúde para as Práticas Educativas em DM2.

## 7-REFERÊNCIAS

AJZEN, Iacjek. Attitudes. In R. Fernandez Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of psychological assessment*. 2002.Vol. 1, pp. 110-115. London: Sage Publications

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**, Botucatu ,v. 9, n.16, p.39-52, 2005.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, n. 1, p. 62-69, 2011.

ANDERSON, R.M.; FUNNEL, M.M. **Art of empowerment**: stories and strategies for diabetes educators..— 2. ed, cidade e editor, 2005a.

ANDERSON, R.M.; FUNNELL, M.M. Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. **Patient Education and Counselling**, Shannon, v. 79, n. 3, p.277-282, 2010.

ANDERSON, R.M. *et al.* Learning to Empower Patients Results of Professional EducationProgram for Diabetes Educators. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 14, n. 7, p. 584-590 , 1991.

ANDERSON, R.M.; FUNNELL, M.M.; HERNANDEZ, C.A. Choosing and Using Theories in Diabetes Education Research. DOI: 10.1177/0145721705278947. **The Diabetes Educator**, Chicago, v. 31, n. 4, p. 513-520, 2005b.

ANDERSON, R.M.; FUNNELL, M.M . **Guidelines for Using the Diabetes Care Concerns Assessment Form** Michigan Diabetes Research and Training Center, 2005c, The University of Michigan.

ANDERSON, R.M. *et al.* 101 tips for behavior change in diabetes education. Ed. Cidade:editor, 2002b

ARNOLD, M.S. *et al* . Guidelines for facilitating a patient empowerment program. **Diabetes Educator**, Chicago. V. 21, n. 4, p.308-312, 1995.

ARAÚJO *et al.* Grupo de estudos e trabalhos em saúde coletiva:práticas multiprofissionais/interdisciplinares de formação em saúde. IV Jornada de Pesquisa em Psicologia; desafios atuais nas práticas em psicologia.25 e 26 novembro 2011. Santa Cruz do Sul.

ASSUNÇÃO, L.F.; MELO, G.C.M de; MACIEL, D. Relação Médico-paciente Permeando o Currículo na Ótica do Estudante. **Revista Brasileira De Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n 3, p. 383–389, 2008.

BALCOU-DEBUSSCHE, M.; DEBUSSCHE, X., 2008). Type 2 diabetes patient education in Reunion Island: perceptions and needs of professionals in advance of the initiation of a primary care management network. **Diabetes Metab.**, v.34, n.4, p.375-381, 2008.

BAQUEDANO, I.R. *et al.* Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. **Rev Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.4, p.1017-1023, 2010.

BORBA, *et al.* Práticas educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n. 1, p. 169-176, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS.** Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil.** Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus: Caderno de Atenção Básica,** Brasília, DF, n. 16, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.** Brasília, DF, 2011.

CASTRO, V.S.; NÓBREGA-THERRIEN, S.M. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma Estratégia de Qualificação. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 211–220, 2009.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTIONS (CDCP). National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011. Atlanta, GA: U.S. **Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2011.** Disponível em: <[http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs\\_2011.pdf](http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf)>.

CHANG, H.Y.; WALLIS, M.; TIRALONGO, E. Predictors of complementary and alternative medicine use by people with type 2 diabetes. Kaohsiung, Taiwan. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.68, n.6, p. 1256-1266, 2012.

CORDEIRO H. *et al.* Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009.

CYRINO, A.P.; SCHRAIBER, L.B.; TEIXEIRA, R.R. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.13, n.30, p.93-106, 2009.

DELLASEGA C., ANEL-TIANGCO R.M., RA Gabbay XX. How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 95, n. 1, p. 37-41, 2012.

HELD, R.F. *et al.* Patient and health care provider views of depressive symptoms and diabetes in American Samoa. **Cultur Divers Ethnic Minor Psychol**, New Jersey, v, 16, n. 4, p. 461-467, 2010.

DIAS; SANTANA; SANTOS, 2006. Percebendo o ser humano diabético frente ao cuidado humanizado **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v, 59, n. 2, p. 168-171, 2006.

EAGLY, A.H; CHAIKEN, S. **The psychology of attitudes**. Fort Worth, TX: Harcourt Brace, 1993.

FAZIO, R.H. **Multiple processes by which attitudes guide behavior: The MODE model as an integrative framework**. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* San Diego, CA: Academic. v. 23, p. 75-109., 1990.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, Attitude, Intention, and Behaviour: An Introduction to Theory and Research**. Reading, MA: Addison- Wesley, 1975.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. The influence of attitudes on behavior. In D. ALBARRACÍN, B. T.; JOHNSON, M. P. **The handbook of attitudes**. Mahwah, NJ: Erlbaum . Ed Zanna, p. 173-221, 2005.

FERREIRA, R.C. *et al.* Relações éticas na Atenção Básica em Saúde: a vivência dos estudantes de medicina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p. S1533-S1540, 2009. Supplement 1.

FESTE, C.; ANDERSON, R.M. Empowerment: from philosophy to practice. **Patient Education and Counseling, Shannon**, v. 26, v. 1, p.139-144, 1995.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer: teoria e prática em educação popular**. Edição. Petrópolis: editora , 1993.

FREIRE, P. **Educação e atualidade brasileira**. Edição. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2001. <<http://www.carlosfernandes.prosaeverso.net/visualizar.php?id=1022402>> Acesso em 23 ago. 2011.

FREIRE, P. **A Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. <<http://www.sabotagem.revolt.org>>. Acesso em: 08 Julho 2011. Publicação original, 1996, digitalização 2002.

GAGLIARDINO, J.J.; GONZÁLEZ, C.; CAPORALE, J.E. The diabetes-related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 22(5), 2007.

GODINHO, L. K. **Práticas educativas na atenção básica: um estudo de caso sobre métodos de ensino**. 2011. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de



Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

GOMES, M. B. *et al.* Prevalence of type 2 diabetic patients within the targets of care guideline in daily clinical practice: a multicenter study in Brazil. **Review of Diabetic Studies**, Duisburg, v.3, n.2, p.82-87, 2006.

GREENFIELD, C. *et al.* It's not just about the HbA1c, Doc! Understanding the psychosocial is also important in managing diabetes?. **Aust J Rural Health**. 2011 Feb;19(1):15-9. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01171.x. Western Australia, Australia. PMID:21265920[PubMed - indexed for MEDLINE]

Lima, L. **Atitudes: Estrutura e Mudança**. In J. Vala e M.B. Monteiro.Ed. Psicologia Social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

LASALLE, JR. Empowering patients during insulin initiation: a real-world approach. **J Am Osteopath Assoc**; v. 110, n. 2, p. 69-78, 2010.

HAMMERSCHMIDT K.S. de A, LENARDT M.H. Tecnologia Educacional Inovadora Para O Empoderamento Junto A Idosos Com Diabetes Mellitus. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 358-365, 2010.

JAHNG, K.H. *et al.*, . Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. **Patient Education and Counseling**, Shannon, v. 57, n. 3, p. 308-314, 2005.

JONKERS, C.C. *et al.* The effectiveness of a minimal psychological intervention on self-management beliefs and behaviors in depressed chronically ill elderly persons: a randomized trial. **Int Psychogeriatr**. Maastricht, v. 24, n. 2, p. 288-97, 2012.

KETTUNEN, T.; POSKIPARTA, M.; KARHILA, P. Speech practices that facilitate patient participation in health counselling - A way to empowerment? **Health Education Journal**, cidade, v. 62, n. 4, p. 326-340, 2003.

KRÜGER, H. **Psicologia das Crenças: Perspectivas Teóricas**.1995. Tese (Doutorado) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

KRÜGHER, H. Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In: Lima MEO, Pereira ME, orgs. Estereótipos, preconceitos e discriminação. Perspectivas teóricas e metodológicas. Salvador: EDUFBA; 2004. p. 7-25.

KUNZEL, C. *et al.*, 2005. On the primary care frontlines: the role of the general practitioner in smoking-cessation activities and diabetes management. **Journal American Dent Association.**, v. 136, n. 8, p. 1144-1153, 2005.

LEVINSON, W.; GORAWARA-BHAT, R.; LAMB, J.2000. A story of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. **Journal of the American Medical Association**, v.284, n. 8, p. 23-30, 2000.

LIU M.Y. *et al.* Relationships between emotional distress, empowerment perception and self-care behavior and quality of life in patients with type 2 diabetes . **Hu Li Za Zhi**; China, v. 57, n. 2, p. 49-60, 2010.

LOCH-NECKEL, G. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. S1463-S1472, 2009. Supplement.

MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 411-418, 2005.

NEWTON, P.; SASHA, S.; KOULA, A.. Marrying contradictions: healthcare perceptions of empowerment in the care of people with Type 2 Diabetes. **Patient Education and Counseling**, Shannon, v.85, n. 3, p. 326-329, 2011.

OLIVEIRA, F.C.; CAMPOS, A.C.S.; ALVES, M.D.S.. Autocuidado do nefropata diabético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.6, p. 946-9, 2010.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1980. Ch.3, p. 35-54: Nursing and self-care.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde/MS, 2003. (Relatório Mundial).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas**. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 2007. 449 p. (Publicação Científica e Técnica, 622).

ORTIZ, L.G.C.; CABRIALES, E.C.G.; GONZÁLES, J.G.G.; MEZA, M.V.G. Self-Care Behaviors and Health Indicators in Adults with Type 2 Diabetes. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 675-80, 2010.

PAGANI, R; ANDRADE, L.O.M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 21, p. S94-S106, 2012. Supplement.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceitos e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, M. *et al.* Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.13, n.30, p.121-34, 2009.

PESSANHA, R.V.; CUNHA, F.T.S.. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 233-40, 2009.

PIBERNIK-OKANOVIC, M. *et al.* Does treatment of subsyndromal depression improve depression and diabetes related outcomes: protocol for a randomised controlled comparison of psycho-education, physical exercise and treatment as usual. **Trials**,12:17, 2011. Disponível em: <<http://www.trialsjournal.com/content/12/1/17>>. Acesso em: 25 out 2012.

POLZER, R.; MILES, M.S., 2007. Spirituality and self-management of diabetes in African Americans. **Journal Holist Nursing.**, v. 23, n. 2, p. 230-50, 2005.

PUDER, F.F. *et al.* How patients with insulin-treated Type 1 and Type 2 diabetes view their own and their physician's treatment goals. **Swiss med wkly**, Switzerland, v. 136, p. 574–580, 2006.

RIGOTTO, R. M.; ALMEIDA, V.L. Capacitando profissionais em saúde, trabalho e meio ambiente. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.163-170, 1998.

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

ROKEACH, M. **Crenças, Atitudes e Valores**. Teoria de organização e Mudança. Rio de Janeiro: Interciência, 1981.

RONZANI, T.M., STRALEN, C.J.V. Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do Sistema de Saúde brasileiro. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 6, p. 99-107, 2003a.

RONZANI, T.M., RIBEIRO, M.S. Identidade e formação profissional dos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**,Rio de Janeiro, v. 27, p.229-236, 2003b.

RONZANI, T.M., RIBEIRO, M.S. Práticas e crenças do médico de família. **Rev. Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro**, v. 28, p. 190-197, 2004.

SANTOS, Laura Maria dos. **Competências dos profissionais de Saúde Nas Práticas Educativas em Diabetes Tipo 2 na Atenção Primária à Saúde**. 2011. 80 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Belo Horizonte 2011.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO,M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 389 - 401, 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso: 10 set. 2012.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e Vínculo em um programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1487-1494, 2004.

SERRANO-GIL, M; JACOB, S. Engaging and empowering patients to manage their type 2 diabetes, Part I: a knowledge, attitude, and practice gap? **Advances in Therapy**, v. 27, n. 6, p. 321-333, 2010. DOI: 10.1007/s12325-010-0034-5

SHAW, J.E., SICREE, R.A., ZIMMET, P.Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**, Amsterdam, v. 87, n. 1, p. 4-14, 2010. DOI: 10.1016/j.diabres.2009.10.007). Disponível em <<http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/PIIS016882270900432X/fulltext>> Acesso em: 20 out 2012.

SILVA, A.M. *et al.*. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.2197-2206, 2010.

SOARES, D.A.; SADIGURSKY, D.; SOARES, I.. Competência interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes: percepção de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 4, p.677-683, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes: tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus**. Rio de Janeiro, 2007.

SOUZA, L.G.S.; MENANDRO, M.C.S. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 517-539, 2011.

TAVARES, C.M.A. ; MATOS, E. ; GONÇALVES, L. Grupo Multiprofissional de Atendimento ao Diabético: Uma Perspectiva de Atenção Interdisciplinar à Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p.213-221, 2005.

TOL, A; SHOJAEZADEH, D; SHARIFIRAD, G; ALHANI, F; TEHRANI, M.M. Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. **J Pak Med Assoc**, v. 62, n. 1, p. 16-20, 2012.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. Experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1039-47, 2003.

TORRES, H. C., MONTEIRO, M. R. P. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 4, n. 10, p. 402-406, 2006.

TORRES, H.C., *et al.* Interdisciplinaridade na educação em diabetes: percepção dos graduandos de enfermagem e nutrição. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.51-56, 2008.

TORRES, H. C. *et al.* Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 2, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 mai. 2009.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V.. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes mellitus. **Acta Scientiarum**. Health Sciences Maringá, v. 26, n. 2, p. 261-269, 2004.

TUNKAI, T. *et al.* The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. **Health and Quality of Life Outcomes**, Ankara, v. 6, n. 79, p. 1186-1477, 2008.

VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves. **Educação em Grupo Visando os Conhecimentos e as Práticas de Autocuidado em Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte – MG.** 2011. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 11, p. 525-31, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diabetes. [ serial on the Internet]; 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>>. Acesso 20 julho 2011.

WANG, R.U.; WU, L.C.; HSU, H.Y. A path model of health-related quality of life in type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in Taiwan. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v.67, n. 12, p. 2658-2667, 2011.

ZULMAN, D.M. *et al.*. The influence of diabetes psychosocial attributes and self-management practices on change in diabetes status. **Patient Education and Counseling**, Shannon, v. 87, n. 1, p. 74-80, 2012.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- 1

Venho através deste, convidá-lo a participar da pesquisa “**AVALIAÇÃO DAS ATITUDES PROFISSIONAIS NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**” que tem como objetivo “Determinar se as oficinas desenvolvidas com os profissionais de saúde favorecerão as atitudes baseadas nos problemas, nos sentimentos e nas metas apresentados pelos usuários nas práticas educativas em DM2”. Essa pesquisa tem como pesquisador responsável a Profª Drª Heloísa de Carvalho Torres da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Conhecer os resultados desta pesquisa poderá direcionar programas educativos em diabetes conforme as necessidades do usuário, visando maior adesão ao tratamento, controle da doença e retardo/prevenção das complicações.

A sua participação consiste em responder um instrumento de pesquisa com cinco questões abertas, com duração de 10 minutos, aproximadamente; participar de um programa de educação em diabetes, visando facilitar a aquisição e o aprimoramento das atitudes dos profissionais nas práticas educativas em Diabetes *Mellitus* tipo 2, com duração de 4 horas. Após dois meses será convidado novamente para responder o mesmo instrumento, anterior com previsão de aproximadamente 10 minutos.

Informo que sua participação na pesquisa não acarreta riscos, desconfortos e despesas. Também solicitamos o seu consentimento para que os dados sejam apresentados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas.

A sua participação ou não na pesquisa não trará prejuízo a você.

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,.....,RG....., estou devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação, tenho a garantia que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto cause prejuízo ao meu seguimento na unidade de saúde.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_, 20\_\_.

---

Participante/Profissional

---

Pesquisador

Qualquer dúvida para esclarecimentos entrar em contato com:

[1] Contatos: Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Prédio da Reitoria, 7° andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270-901. Tel: (31) 3409-4592.

[2] Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (COEP) :Avenida Afonso Pena, 2336 - 9° andar , Bairro Funcionários - Belo Horizonte/MG. Tel:(31)3277-5309 e-mail: [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)

[3] Heloísa de Carvalho Torres na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenadora do Projeto pelo telefone (31) 3409-9845 ou pelo email [heloisa@enf.ufmg.br](mailto:heloisa@enf.ufmg.br). Endereço: Escola de enfermagem – UFMG. Av. Alfredo Balena, 5o andar, sala 520, Santa Efigênia. BH-MG.

[4] Gizele Ferreira David, Mestranda pela Escola de enfermagem da UFMG. Telefone: 38-99040571 e-mail: [gizeledavid@hotmail.com](mailto:gizeledavid@hotmail.com)

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-2

Venho através deste, convidá-lo a participar da pesquisa “**AVALIAÇÃO DAS ATITUDES PROFISSIONAIS NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**” que tem como objetivo “Determinar se as oficinas desenvolvidas com os profissionais de saúde favorecerão as atitudes baseadas nos problemas, nos sentimentos e nas metas apresentados pelos usuários nas práticas educativas em DM2”. Essa pesquisa tem como pesquisador responsável a Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Heloísa de Carvalho Torres da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Conhecer os resultados desta pesquisa poderá direcionar programas educativos em diabetes, conforme as necessidades do usuário, visando maior adesão ao tratamento, controle da doença e retardo/prevenção das complicações. A sua participação consiste em responder um instrumento de pesquisa com duração de 10 minutos, aproximadamente; em seguida, será entregue o Manual de Atitudes Profissionais nas Práticas educativas em DM2 para os profissionais de saúde manusearem e lerem. Após um período de dois meses, será convidado novamente a responder o mesmo instrumento.

Informo que sua participação na pesquisa não acarreta riscos, desconfortos e despesas. Também solicitamos o seu consentimento para que os dados sejam apresentados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas.

A sua participação ou não na pesquisa não trará prejuízo a você.

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,.....,RG....., estou devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação, tenho a garantia que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto cause prejuízo ao meu seguimento na unidade de saúde.

Belo Horizonte, \_\_\_ de \_\_\_, 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante/Profissional



Pesquisador

Qualquer dúvida para esclarecimentos entrar em contato com:

[1] Contatos: Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270-901. Tel: (31) 3409-4592.

[2] Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (COEP) :Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar , Bairro Funcionários - Belo Horizonte/MG. Tel:(31)3277-5309 e-mail: [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)

[3] Heloísa de Carvalho Torres na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenadora do Projeto pelo telefone (31) 3409-9845 ou pelo email [helois@enf.ufmg.br](mailto:helois@enf.ufmg.br). Endereço: Escola de enfermagem – UFMG. Av. Alfredo Balena, 5o andar, sala 520, Santa Efigênia. BH-MG.

[4] Gizele Ferreira David, Mestranda pela Escola de enfermagem da UFMG. Telefone: 38-99040571 e-mail: [gizeledavid@hotmail.com](mailto:gizeledavid@hotmail.com)

## APÊNDICE C – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Graduação: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Pós-graduação:  Sim  Não

Se sim, qual área? \_\_\_\_\_

Tempo no cargo: \_\_\_\_\_

## ANEXOS

### ANEXO A – QUESTIONÁRIO

#### “Responding to Emotion Concerns” (REC)

1) Paciente: “Eu tive muita dificuldade em seguir minha dieta durante os feriados”.

Profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Paciente: “Eu realmente odeio testar meu sangue 4 ou 5 vezes por dia”.

Profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) Paciente: “Há certos dias em que eu sinto que simplesmente não vou conseguir continuar cuidando do diabetes”.

Profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) Paciente: “É tão difícil seguir uma dieta. Meu marido quer que eu faça comidas que ele gosta o tempo todo”.

Profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5) Paciente: “Seguir aquela dieta é difícil demais. Eu realmente odeio fazer isso”.

Profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **ANEXO B - ARTIGO I**

O presente artigo foi elaborado a partir de dados coletados durante a realização desta pesquisa e foi aprovado pela Revista Ciência, Cuidado e Saúde, ISSN 1677-3861 (impresso) e ISSN 1984-7513 (on-line), que é publicada trimestralmente pelo Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM.

### **ATTITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

### **ATTITUDES OF HEALTH EDUCATION IN PRACTICE IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN PRIMARY**

### **ACTITUDES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PRÁCTICA EN LA DIABETES MELLITUS EN PRIMARIA**

DAVID, Gizele Ferreira<sup>(1)</sup>,  
TORRES, Heloisa de Carvalho<sup>(2)</sup>,  
REIS, Ilka Afonso<sup>(3)</sup>

#### **Artigo Original**

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG. Contato: E-mail: gizeledavid@hotmail.com; Telefone: (031) 3409-9850

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora do Projeto Educação em Diabetes. Contato: E-mail: heloisa.ufmg@gmail.com; Telefone: (031) 3409-9850

<sup>3</sup> Estatística. Doutora em Sensoriamento Remoto, Professora do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: ilka@est.ufmg.br; Telefone: (031) 3409-5937.

#### **Endereço para correspondência.**

Helôisa de Carvalho Torres

Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, UFMG

Av. Alfredo Balena, 190. Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG 30130-100, Brasil.

E-mail: heloisa.ufmg@gmail.com

**Resumo:** Identificar as atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em Diabetes Mellitus na Atenção Primária. Sessenta profissionais de saúde inseridos em oito unidades básicas de Belo Horizonte-MG, ano de 2012. A avaliação foi mediante um questionário específico: atitudes do profissional em responder as queixas emocionais e as metas dos usuários em relação à dieta e atividade física. Observou-se o predomínio para um esquema antidialógico, por parte dos profissionais, no qual o diálogo é utilizado como instrumento para solucionar os problemas sobre o diabetes e ditar o comportamento em relação às práticas de autocuidado. Resultando em uma comunicação insuficiente, influenciando na autonomia do usuário e afastando a expressão dos sentimentos em relação à doença. Assim, destaca-se a importância de novas atitudes profissionais nas práticas educativas, que envolvam uma redefinição fundamental de papéis e relações dos profissionais e usuários, explorar questões relacionadas ao tratamento junto ao usuário, personalizar o problema, ajudar os usuários a clarificar seus valores relacionados à saúde, estabelecer metas, desenvolver o comprometimento do usuário com um plano específico para atingir seus objetivos para o autocuidado requerido pelo diabetes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Pessoal Técnico de Saúde; Diabetes Mellitus Tipo 2.

**Abstract:** Identify the attitudes of health professionals in the educational practices in Diabetes Mellitus in Primary Care. Sixty health professionals entered into eight basic units of Belo Horizonte, MG, 2012. Evaluation was through a specific questionnaire: the professional attitudes to answer complaints and emotional goals of the users in relation to diet and physical activity. There was a predominance for a scheme antidialogico, by professionals, where dialogue is used as a tool to solve problems about diabetes and dictate behavior in relation to self-care practices. Resulting in poor communication, influencing the user autonomy and away the expression of feelings about the disease. Thus, we highlight the importance of new professional attitudes in educational practices, which involve a fundamental redefinition of roles and relationships of users and professionals to explore issues related to treatment among users, personalize the problem, help users clarify their values related health, set goals, develop user engagement with a specific plan to achieve their goals for self care required by diabetes.

**KEYWORDS:** Knowledge, Attitudes, Practice, Allied Health Personnel; Type 2 Diabetes Mellitus.

**Resumen:** Identificar las actitudes de los profesionales de la salud en las prácticas educativas en la Diabetes Mellitus en Atención Primaria. Sesenta profesionales de la salud ha entrado en ocho unidades básicas de Belo Horizonte, MG, 2012. La evaluación fue a través de un cuestionario específico: las actitudes profesionales para responder a las quejas y las metas emocionales de los usuarios en relación con la dieta y la actividad física. Hubo un predominio de antidialogico esquema, por profesionales, donde el diálogo se utiliza como una herramienta para resolver problemas acerca de la diabetes y dictar el comportamiento en relación con las prácticas de auto-cuidado. Dando por resultado la falta de comunicación, que influyen en la autonomía de los usuarios y lejos la expresión de los sentimientos sobre la enfermedad. Así, se destaca la importancia de las nuevas actitudes profesionales en las prácticas educativas, que implican una redefinición fundamental de los roles y las relaciones de los usuarios y profesionales para explorar temas relacionados con el tratamiento entre los usuarios, personalizar el problema, ayudar a los usuarios a aclarar sus

valores relacionados con la salud, las metas establecidas, desarrollar el compromiso del usuario con un plan específico para alcanzar sus metas para el cuidado personal requerido por la diabetes.

**PALABRAS CLAVE:** Conocimiento, Actitudes y Prácticas, personal de salud aliado, Diabetes Mellitus Tipo 2

## **INTRODUÇÃO**

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) compreende 90% dos casos da doença presentes no mundo e está relacionado com o excesso de peso e com a inatividade física<sup>(1,2)</sup>. Devido ao aumento de usuários com DM2, faz-se necessário identificar fatores que influenciam positivamente no controle da doença. Estas prioridades antecipam os resultados focalizados nas atitudes dos profissionais de saúde, o qual tem por meta desenvolver habilidades e fortalecer as práticas educativas para o autocuidado requerido pelo diabetes, de modo a promover no usuário um estado saudável<sup>(3-5)</sup>.

As atitudes dos profissionais de saúde para responder as queixas emocionais e as metas dos usuários são variáveis importantes para uma boa condução das práticas educativas e devem ser facilitadoras para um pensar crítico, um agir com autonomia e responsabilidade no desenvolvimento de habilidades e atitudes dos usuários, a fim de definir metas relacionadas à alimentação e atividade física, conforme seu contexto de vida, levando os usuários a conscientizarem-se de que suas ações fazem a diferença no tratamento da doença<sup>(6-8)</sup>.

Considerando que as atitudes dos profissionais são fundamentais para o autocuidado, as unidades básicas de saúde têm procurado conhecer as atitudes desses nas práticas educativas em DM, ou seja, se as atitudes profissionais são baseadas em perguntas e falas que ajudarão o usuário a ser capaz de tomar decisões e responsabilizar-se por suas atividades cotidianas baseadas em suas metas. Diante disso, o estudo propõe identificar as atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em DM2 na Atenção Primária à Saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido entre 60 profissionais de saúde, de ambos os sexos, na faixa etária entre 30 e 70 anos, realizado em oito UBS, da região Leste de Belo Horizonte (MG), inseridas no programa educativo em DM2, ano de 2012.

Foram utilizados dois instrumentos: Formulário de Identificação Profissional, contemplando as características (idade, sexo, profissão, tempo de formado, pós-graduação, área da pós-graduação e tempo no cargo) e o protocolo “Responding to Emotion Concerns” (REC), que avalia as atitudes psicológicas do profissional de saúde frente às queixas apresentadas pelos usuários. O protocolo foi apresentado por 5 falas de usuários abordando queixas como: 1-dificuldade em seguir a dieta, 2-dificuldade em seguir o controle glicêmico, 3- insegurança quanto à doença, 4-falta do apoio da família e 5-raiva por ter que seguir os cuidados que a doença impõe <sup>(6)</sup>. Em seguida, os profissionais escreveram qual a resposta daria ao usuário frente a cada uma das 5 queixas.

As respostas dos profissionais foram avaliadas segundo o modelo da escala de classificação: Atitude “Explora problemas” (+2). Essa categoria foi definida nas respostas profissionais que mostravam uma forma de estimular os usuários a falarem mais sobre seus problemas; Atitude “Concentra-se nos sentimentos e metas” (+1). Essa categoria foi definida nas respostas que indicavam uma exploração nos sentimentos e metas referentes à diabetes pelo usuário; Atitude Neutra (0). Essa categoria referiu-se a comentários que estavam relacionados a falas neutras; Atitude “Soluciona problemas para o usuário” (-1). Essa categoria foi definida nas respostas profissionais que focavam em conselhos não solicitados pelos usuários; Atitude “Julga o usuário” (-2). Essa categoria foi definida nas respostas profissionais que indicavam um julgamento ao usuário (positivos a negativos). Os profissionais gastaram em média de 20 a 30 minutos para completar o protocolo.

A classificação das respostas do instrumento atitudes psicológica (REC) foi realizada por dois especialistas enfermeiros que trabalham com práticas educativas em DM, buscando

explorar os problemas, sentimentos e metas dos usuários. Ao final das classificações das respostas, houve divergência por parte dos avaliadores em 25% das respostas dos questionários. As classificações que divergiram foram discutidas para maximizar a precisão de cada resposta. Após análise, chegou-se a um consenso total na classificação, ou seja, melhorou-se o nível preliminar de 75% para 100% de concordância entre as classificações das respostas.

As análises estatísticas foram realizadas no ambiente de programação estatística R (R Development Core Team, 2012). O nível de significância adotado foi o de 5%. A análise da relação entre as características profissionais e as respostas ao instrumento atitudes psicológica (REC) foram feitas de forma descritiva, com o uso de tabelas de contingência.

O trabalho foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG, mediante os Pareceres 204.967 e 262.225, respeitando a resolução 196/96 do Ministério da Saúde

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequências das respostas à questão 1 do protocolo, segundo as categorias profissionais. Os respondentes apresentaram predominantemente atitudes de julgar o usuário e solucionar os problemas. A exceção foi para o enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo que apresentaram atitudes de explora os problemas, apresentando os valores de 41%, 100%, 66% e 100%, respectivamente.



**Tabela 1** - Distribuição de frequências das respostas (percentuais entre parênteses) dos 60 profissionais de saúde à Questão 1, segundo a profissão. Belo Horizonte, 2012.

Variáveis	Classificação das Atitudes Profissionais					
	-2	-1	0	1	2	TOTAL
Aux /Tec saúde bucal	3 (100)	0	0	0	0	3
Aux /Tec enfermagem	9 (39)	12 (52)	0	0	2 (08)	23
Cirurgião dentista	3 (42)	3 (42)	0	0	1 (14)	7
Educador físico	0	1 (100)	0	0	0	1
Enfermeiro	4 (33)	3 (25)	0	0	5 (41)	12
Farmacêutico	1 (100)	0	0	0	0	1
Fisioterapeuta	0	0	0	0	2 (100)	2
Médico	1 (20)	3 (60)	0	0	1 (20)	5
Nutricionista	0	1 (33)	0	0	2 (66)	3
Psicólogo	0	0	0	0	3 (100)	3
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>60</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

Na questão 2, a maioria dos profissionais apresentou atitudes de julgar o usuário. A exceção foi o psicólogo, que mostrou atitudes de explorar os problemas (66%) e concentrar-se nos sentimentos e metas (33%). Na questão 3, atitudes de julgar e solucionar os problemas para o usuário foi a que mais prevaleceu com exceção do fisioterapeuta, que apresentou uma frequência de 50% em atitudes de solucionar os problemas para o usuário e 50% em atitudes de explorar problemas; o psicólogo apresentou atitudes de concentrar-se nos sentimentos e metas (33%) e explorar problemas (66%). Na questão 4, prevaleceram as atitudes de solucionar os problemas para o usuário, com exceção do farmacêutico, com 100% em atitudes de julgar o usuário; e para o psicólogo, com 100% de atitudes de explorar problemas. Na questão 5, prevaleceram as atitudes de julgar o usuário e solucionar os problemas para o usuário, com exceção do psicólogo que apresentou atitudes de explorar problemas do usuário (100%).

Os achados revelam que os profissionais de saúde apresentaram predominantemente atitudes favoráveis ao julgamento e à solução dos problemas para o usuário, configurando, pois, uma relação não baseada no diálogo. O predomínio dessa relação reforça a importância

da discussão sobre como os profissionais estão conduzindo as práticas educativas. Autores <sup>(7-9)</sup> acrescentam que as intervenções devem ser orientadas na valorização de problemas, sentimentos, metas dos usuários, e no respeito aos aspectos psicoemocionais que afetam sua saúde. Essas atitudes caracterizadas por sugestões sobre como seguir a dieta e somadas a julgamentos negativos sobre o não cumprimento dos cuidados, agem como dificultadores para uma relação baseada no diálogo. Os questionamentos ao usuário sobre as dificuldades e possibilidades em seguir metas conforme seu contexto de vida, os sentimentos em relação à doença agem como facilitadores no processo educativo. Atitudes divergentes entre profissionais e usuários, em que as metas de ambos não concordam entre si, seriam um dos fatores relacionados ao mau controle da diabetes.

Estudos<sup>(10-13)</sup> apontaram que as atitudes dos profissionais de saúde e usuários apresentaram uma leve concordância na escala de atitudes quanto ao impacto psicoemocional do diabetes e discordância no que se refere à autonomia do usuário, apresentando péssimo controle da doença. Os atributos psicoemocionais podem ser associados a dieta, atividade física e angústia em ter diabetes, e, conseqüentemente, a falta da mudança de comportamento associa-se com aumento da glicose e com as atitudes emocionais de não aceitar a doença. Assim, os aspectos psicoemocionais relacionados ao sofrimento pelo diabetes contribuem para a dificuldade no controle da doença, piorando o estado desta ao longo do tempo <sup>(13,14)</sup>.

É preciso que os profissionais de saúde entendam as propostas das práticas educativas, baseadas no diálogo e na autonomia como uma rejeição da abordagem paternalista e que passem a enfatizar as maneiras de equilibrar objetivos clínicos contra as preocupações dos usuários. Para tanto, torna-se necessária uma clarificação de que as propostas educativas baseadas no modelo dialógico implicam na prática para os profissionais, levando-os a perceber quais são seus objetivos múltiplos, a desenvolver abordagens para melhorar os aspectos relacionados à saúde, por exemplo, capacitar os usuários para melhorar o aspecto de

qualidade de vida <sup>(15,16)</sup>.

Nas questões quanto à categoria profissional, a maioria apresentou atitude favorável à solução dos problemas e/ou ao julgamento dos usuários, com exceção do psicólogo que predominou as atitudes de explora problemas e concentra-se nos sentimentos e metas dos usuários. Estudos <sup>(17,18)</sup> revelam que a participação de diversos profissionais nas práticas educativas em DM, como enfermeiros, médicos, dentistas, farmacêuticos, educadores físicos, psicólogos entre outros dão destaque para as atitudes motivadoras durante a prestação de cuidados e quando o tratamento e metas dos usuários concordam entre si melhora o controle da doença. As atitudes devem ser motivadoras durante a prestação de cuidados continuados, permanecendo em dia com as opções de tratamento e as orientações de gestão, a fim de que os profissionais possam comunicar informações relevantes para os usuários, capacitando-os a tomar decisões informadas sobre sua saúde. Destaca-se o trabalho em equipe que promove a criticidade, favorecendo a capacidade de perceber em si potencialidades para interpretar as várias realidades do usuário possibilitando troca de experiências sobre as atitudes profissionais baseadas nos sentimentos, problemas e metas dos usuários.

A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequências das respostas dos profissionais de saúde à questão 1 segundo a faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo no cargo. Quanto à variável faixa etária, os profissionais mais jovens apresentaram atitudes explora problemas do usuário. As demais faixas etárias demonstraram maior frequência nas atitudes de julgar o usuário e solucionar os problemas.

Os profissionais com mais de 60 anos, apresentaram um empate entre as categorias julgar o usuário e concentrou-se nos sentimentos e metas, com valores de 40%. Quanto ao sexo, os profissionais de ambos os sexos apresentaram mais atitudes julgar o usuário e solucionar os problemas. Quanto ao tempo de formado, na faixa de até 6 anos, em 40% dos profissionais, as atitudes foram de explora problemas do usuário. As demais categorias

apresentaram mais atitudes de julgar o usuário e solucionar os problemas (Tabela 2). Quanto ao tempo no cargo, os profissionais de 1 a 9 anos apresentaram 42% de atitudes explorar problemas. Nas demais, prevaleceram atitudes solucionar os problemas para o usuário.

**Tabela 2** - Distribuição de frequências das respostas (percentuais entre parênteses) dos profissionais de saúde à Questão 1 segundo a faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo no cargo. Belo Horizonte, 2012.

<b>Variáveis</b>	<b>Classificação das Atitudes Profissionais</b>				
	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Faixa Etária</b>					
20 a 29 anos	3 (25)	4 (33)	0	0	5 (41)
30 a 39 anos	5 (38)	4 (30)	0	0	4 (30)
40 a 49 anos	7 (43)	5 (31)	0	0	4 (25)
50 a 59 anos	4 (28)	9 (64)	0	0	1 (07)
Mais de 60 anos	2 (40)	1 (20)	0	0	2 (40)
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>16</b>
<b>Sexo</b>					
Feminino	18 (34)	21 (39)	0	0	14 (26)
Masculino	3 (42)	2 (28)	0	0	2 (28)
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>16</b>
<b>Tempo de Formado</b>					
Até 6 anos	5 (33)	4 (26)	0	0	6 (40)
De 6 a 18 anos	5 (33)	7 (46)	0	0	3 (20)
De 18 a 26 anos	6 (40)	4 (26)	0	0	5 (33)
Mais de 26 anos	5 (35)	7 (50)	0	0	2 (14)
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>16</b>
<b>Tempo no Cargo</b>					
Até 1 anos	5 (31)	6 (37)	0	0	5 (31)
De 1 a 9 anos	5 (35)	3 (21)	0	0	6 (42)
De 9 a 21 anos	4 (30)	6 (46)	0	0	3 (23)
Mais de 21 anos	6 (40)	7 (46)	0	0	2 (13)
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>16</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

Na questão 2, as variáveis: faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo no cargo, independentemente das classes das variáveis, os profissionais apresentaram mais atitudes de julgar o usuário. Na questão 3, os profissionais apresentaram mais atitudes de julgar o usuário e solucionar os problemas para o usuário. Na questão 4, os profissionais apresentaram atitudes

de solucionar os problemas para o usuário, com exceção para a categoria “tempo no cargo maior do que 21 anos”, na qual prevaleceu a atitude julgar o usuário. Por fim, na questão 5, houve mais atitudes de solucionar os problemas para o usuário, com exceção para a categoria com “mais de 60 anos”, na qual foram mais presentes julgar o usuário e concentra-se nos sentimentos e metas dos usuários, com valores de 40% em ambas.

A Tabela 3 apresenta a distribuição de frequências das respostas dos profissionais à questão 1 segundo a posse de título de pós-graduação e sua área. Entre os que não possuem pós-graduação, a atitude de solucionar os problemas para o usuário apresentou-se mais frequente, e entre os que possuem pós-graduação, a atitude de explorar problemas do usuário prevaleceu.

**Tabela 3** - Distribuição de frequências das respostas (percentuais entre parênteses) dos profissionais de saúde à Questão 1 segundo a posse de título de pós-graduação e sua área. Belo Horizonte, 2012.

<b>Variáveis</b>	<b>Classificação das Atitudes Profissionais</b>					<b>Total</b>
	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	
<b>Pós-graduação</b>						
Não	14 (41)	15 (44)	0	0	5 (14)	34
Sim	7 (26)	8 (30)	0	0	11 (42)	26
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>16</b>	<b>60</b>
<b>Área da pós-graduação*</b>						
Auditoria	0	1 (50)	0	0	0	1 (50)
Enfermagem do trabalho	0	0	0	0	1 (50)	1 (50)
Enfermagem médico-cirúrgica	0	1 (50)	0	0	0	1 (50)
Ginecologia e obstetrícia	0	1 (50)	0	0	0	1 (50)
Infectologia	0	0	0	0	1 (50)	1 (50)
Neurologia e neuropediatria, fisioterapia neurológica	0	0	0	0	2 (50)	2 (50)
Obesidade e emagrecimento, psicologia da nutrição, atividade física e bases nutricionais, tecnologia de alimentos	0	2 (25)	0	0	2 (25)	4 (50)
Psicologia humana	0	0	0	0	1 (50)	1 (50)
Saúde da família, saúde coletiva, saúde pública	6 (28)	3 (13)	0	0	2 (9)	11 (50)
Urgência e emergência, trauma e terapia intensiva	1 (16)	0	0	0	2 (33)	3 (50)
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>26</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

Nota: \*A Variável refere-se aos 26 profissionais que apresentaram pós-graduação

Na questão 2, entre os que não possuem pós-graduação, a atitude de solucionar os problemas para o usuário apresentou-se mais frequente, e entre os que possuem pós-graduação, a atitude de explorar problemas do usuário predominou. Na questão 3, a atitude de solucionar os problemas para o usuário prevaleceu entre os que possuem pós-graduação, e entre os que possuem, as atitudes de julgar os usuários e solucionar problemas do usuário foram mais presentes. Na questão 4, ambas as classes apresentaram maior frequência para a atitude de solucionar os problemas para o usuário. Na questão 5, ambas as classes apresentaram maior frequência para a atitude de julgar os usuários.

Tanto na Tabela 3 quanto na questão 2 referente à categoria pós-graduação, os profissionais que possuíam pós-graduação apresentaram atitudes de explorar os problemas do usuário e, quem não possuía pós-graduação, apresentou mais atitudes de julgar e solucionar os problemas do usuário. Assim, destacam-se os programas de pós-graduação como uma forma de aprendizagem que valoriza as novas propostas do SUS, quanto às práticas educativas<sup>(18)</sup>.

Estudo<sup>(19)</sup> mostrou que através de programas de pós-graduação, os profissionais de saúde apresentaram mudanças de atitudes, adquirindo mais conhecimentos sobre as ferramentas de abordagem ao usuário/família na atenção básica. Muitos profissionais apresentam limitações para lidar com usuários no contexto da atenção básica de saúde conforme as propostas do SUS e assim a pós-graduação é citada como forma de capacitação para superar tal dificuldade, muitas vezes existente desde a formação acadêmica.

A importância do profissional compreender as necessidades de saúde dos usuários, saber ouvir com atenção o outro, ter calma e prudência em suas atitudes, ser tolerante com as suas manifestações é uma forma de conduzir a prática educativa baseada no diálogo e no respeito à autonomia do usuário. Essas atitudes são reforçadas pelo aumento prevalência da

doença, pelas alterações da sociedade quanto à divulgação do conhecimento científico, pelas questões éticas que envolvem o cuidado à saúde, pelas lacunas de conhecimento da ciência e, principalmente, porque o saber científico não é domínio exclusivo dos profissionais de saúde<sup>(18)</sup>.

Os usuários com DM constroem suas próprias estratégias para lidarem com essa condição crônica, buscando outros saberes além dos saberes científicos. As práticas educativas para eles precisam se configurar em um processo abrangente, incluindo não apenas informações sobre o tratamento tradicional, mas proporcionando espaço apropriado para a criação de vínculos entre usuários e profissionais e proporcionar autonomia<sup>(18)</sup>.

Dessa forma, destaca-se que, na formação profissional, é importante que o estudante seja motivado a se comunicar claramente e a desenvolver capacidades para um adequado trabalho em equipe, vivenciando situações que tragam capacidades prévias (conhecimento, valores e experiências) para a construção de objetivos de aprendizagem e sua formação ético-profissional<sup>(17,18)</sup>. Muitos profissionais estão na rede de assistência há muitos anos conforme apresentado na Tabela 3 e, apesar de presenciarem as mudanças ocorridas no cenário da assistência e das práticas educativas, não tiveram a continuidade de sua formação garantida para exercerem a educação em saúde de maneira plena.

Nessa perspectiva, faz-se necessário que a aprendizagem no trabalho auxilie na efetivação das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sobrepondo os desafios para a conquista da autonomia e responsabilização dos profissionais de saúde para com os usuários. Assim, a capacitação profissional é evidenciada em estudo como estratégias positivas na aprendizagem dos profissionais de saúde da APS capaz de despertar a reflexão crítica sobre sua realidade e problematizar o processo de trabalho em sua organização<sup>(19,20)</sup>. A capacitação possibilita o diálogo com os conhecimentos e as experiências prévias para a incorporação de novos saberes, ultrapassando a ideia de que a maior competência profissional

estaria ligada à maior dependência de tecnologias de última geração e especializada, chegando ao ponto de desvalorizar os aspectos psicoemocionais que envolvem a diabetes.

Ressalta-se que este estudo foi desdobrado para oficinas de capacitação das atitudes profissionais baseadas em perguntas e falas que ajudarão o usuário a ser capaz de tomar decisões e responsabilizar-se por suas atividades cotidianas fundamentadas nas metas para o cumprimento do autocuidado.

## **CONCLUSÃO**

A realização deste estudo permitiu demonstrar que os profissionais de saúde têm o desafio de apresentar atitudes nas práticas educativas em DM2 coerentes com a proposta do Ministério da Saúde. Assim, destaca-se a importância de o profissional aprender a escutar o usuário sem transferir expectativas e ansiedades o que não significa necessariamente realizar o pedido que lhe está sendo feito, mas exercitar o compartilhamento da angústia do usuário na impossibilidade da realização de determinados cuidados, aliviando sofrimentos e dividindo impotências.

Em síntese, a relação entre o profissional de saúde e o usuário pressupõe um novo paradigma, em que o usuário procura o profissional não apenas para curar uma doença definida, como também para aliviar seus sofrimentos. Tornando fundamental a compreensão de que apenas o conhecimento das alternativas terapêuticas não é suficiente para o adequado acompanhamento do diabetes, pois, muitas vezes, os fatores psicoemocionais são os principais obstáculos para a intensificação no tratamento. Resultando na importância da relação dialógica entre ambos, com ênfase para as atitudes profissionais baseadas nos problemas, sentimentos e metas de controle da doença apresentadas pelo usuário.

Espera-se que este estudo possa contribuir para reflexões e discussões sobre como está sendo realizada a educação em saúde na diabetes nas Unidades Básicas de Saúde, assim como a proposta do Ministério da Saúde para as Práticas Educativas em DM2.



## REFERÊNCIAS

- 1- Organização Pan-americana de Saúde. Saúde nas Américas. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde. 2007: 449.
- 2- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2010 Jan; 87(1):4-14.
- 3- Anderson RM, Funnell MM. Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Education and Counselling*. 2010; 79(3):277-282.
- 4- Torres HC, Santos L. Práticas Educativas em Diabetes Mellitus: compreendendo as competências dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2012; (3):576-582.
- 5- Greenfield, C. It's not just about the HbA1c, Doc! Understanding the psychosocial is also important in managing diabetes? *Aust J Rural Health*. 2011; Feb;19(1):15-9.
- 6- Anderson RM, Funnell MM, Barr PA, Dedrick RR, Davis WK. Learning to Empower Patients Results of Professional Education Program for Diabetes Educators. *Diabetes Care*. 1991; 14(7):584-590.
- 7- Tol A, Shojaezadeh D, Sharifirad G, Alhani F, Tehrani. MM. Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. *J Pak Med Assoc*. 2012; 62(1):16-20.
- 8- Dellasega C, Anel-Tiangco RM, Gabbay RA. How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2012; 95(1):37-41.
- 9- Pereira FL, Torres HC, Alexandre LR, Candido Na. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. *Ciência, Cuidado & Saúde*. 2009; 8: 410-421.
- 10- Pibernik-okanovic, M, Ajduković D, Lovrenčić MV, Hermanns N. Does treatment of subsyndromal depression improve depression and diabetes related outcomes: protocol for a randomised controlled comparison of psycho-education, physical exercise and treatment as usual. *Trials*. 2011; 12-17.
- 11- Chang HY, Wallis M, Tiralongo E. Predictors of complementary and alternative medicine use by people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 68(6):1256-1266.
- 12- Gagliardino JJ, González C, Caporale JE. The diabetes-related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2007; 22(5):304-307.
- 13- Zulman DM, Rosland AM, Choi H, Langa KM, Heisler M . The influence of diabetes psychosocial attributes and self-management practices on change in diabetes status. *Patient Education and Counseling*. 2012; 87(1):74-80.
- 14- Jonkers C.C, Lamers F, Bosma H, Metsemakers JF, Van Eijk JT. The effectiveness of a minimal psychological intervention on self-management beliefs and behaviors in depressed chronically ill elderly persons: a randomized trial. *Int Psychogeriatr*. 2012; 24(2):288-97.
- 15- Newton P, Sasha S, Koula A. Marrying contradictions: healthcare perceptions of empowerment in the care of people with Type 2 Diabetes. *Patient Education and Counseling*. 2011; 85(3):326-329.

- 16- Wang RU, Wu LC, Hsu HY. A path model of health-related quality of life in type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in Taiwan. *Journal Advanced Nursing*. 2011; 67(12):2658-2667.
- 17-Soares DA, Sadigursky D, Soares I. Competência interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes: percepção de enfermeiros. *Rev Bras Enferm*, 2011; 64(4):677-683.
- 18- Assunção LF, Melo GCM, Maciel D. Relação Médico-paciente Permeando o Currículo na Ótica do Estudante. *Revista Brasileira De Educação Médica*. 2008; 32(3):383–389.
- 19-Castro VS, Nóbrega-Therrien SM. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma Estratégia de Qualificação. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33(2): 211–220.
- 20- Pagani R, Andrade LOM. Preceptorial de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde Soc*. 2012; 21(Supl):94-106.

### **AGRADECIMENTOS**

A Fundação de Amparo a Pesquisa em Minas Gerais (FAPEMIG Processo N°: APQ-7445-5.01-07) pelo apoio financeiro na realização do estudo.

## **ANEXO C – ARTIGO II**

O presente artigo foi elaborado a partir de dados coletados durante a realização desta pesquisa e será enviado para Revista Acta Paulista de Enfermagem – (Acta Paul Enferm.), ISSN 1982-0194, publicação eletrônica técnico-científica da Escola Paulista de Enfermagem – EPE da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

### **AVALIAÇÃO DAS ATITUDES PROFISSIONAIS NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

### **ATTITUDES EVALUATION OF PROFESSIONAL PRACTICES IN EDUCATION IN DIABETES MELLITUS IN PRIMARY**

### **ACTITUDES DE EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA EDUCACIÓN EN LA DIABETES MELLITUS EN PRIMARIA**

DAVID, Gizele Ferreira<sup>(1)</sup>,  
TORRES, Heloisa de Carvalho<sup>(2)</sup>,  
REIS, Ilka Afonso<sup>(3)</sup>

#### **Artigo Original**

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG. Contato: E-mail: gizeledavid@hotmail.com; Telefone: (031) 3409-9850

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora do Projeto Educação em Diabetes. Contato: E-mail: heloisa.ufmg@gmail.com; Telefone: (031) 3409-9850

<sup>3</sup> Estatística. Doutora em Sensoriamento Remoto, Professora do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: ilka@est.ufmg.br; Telefone: (031) 3409-5937.

**Endereço para correspondência.**

Heloisa de Carvalho Torres

Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, UFMG

Av. Alfredo Balena, 190. Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG 30130-100, Brasil.

E-mail: heloisa.ufmg@gmail.com

**Resumo:**Determinar se as oficinas desenvolvidas com os profissionais de saúde favorecerão as atitudes baseadas nos problemas, nos sentimentos e nas metas apresentados pelos usuários nas práticas educativas em DM2. Vinte e seis profissionais de saúde inseridos em oito unidades básicas de Belo Horizonte-MG, ano de 2012, sendo 12 alocados para o Grupo Intervenção, que participaram de oficinas de capacitação profissional e 14 para o Grupo Controle, que receberam o Manual de Atitudes Profissionais em DM2. Foi aplicado o questionário REC no pré e pós-teste em ambos os Grupos que avalia as atitudes psicológicas do profissional de saúde frente às queixas apresentadas pelos usuários. Os resultados do pré-teste apontam que nos dois Grupos, os profissionais apresentaram predominantemente atitudes favoráveis ao Julgamento e à Solução dos problemas para o usuário, configurando, pois, uma relação não baseada no diálogo. O pós-teste aplicado no Grupo Intervenção apresentou mudanças estatisticamente significativas nas atitudes dos profissionais ao se comparar com o Grupo Controle. Assim, os profissionais de saúde têm o desafio de apresentar atitudes nas práticas educativas em DM2 coerentes com a proposta do Ministério da Saúde, estabelecendo atitudes baseadas no respeito às concepções dos usuários, seus sentimentos e metas, assim como ilustrar o respeito à autonomia destes ao se envolverem em seu cuidado. As oficinas de capacitação profissional evidenciam seus resultados positivos na aprendizagem dos profissionais de saúde da APS, considerando o diálogo com os conhecimentos e as experiências prévias para a incorporação de novos saberes. **PALAVRAS-CHAVE:** Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Pessoal Técnico de Saúde; Diabetes Mellitus Tipo 2.

**Abstract:**Determine if the workshops developed with health professionals favor attitudes based on problems, feelings, and goals submitted by users in the educational practices in DM2. Vinte-six health professionals entered into eight basic units of Belo Horizonte-MG, year 2012, and 12 allocated to the intervention group who participated in professional training workshops and 14 for the control group, which received the manual Attitudes Professionals in DM2. REC questionnaire was applied in pre-and post-test in both groups to evaluate the psychological attitudes of health professionals in the face of complaints from users. The results of the pretest showed that in both groups, professionals showed mostly favorable attitudes to the trial and the solution of problems for the user, configuring, therefore, not a relationship based on dialogue. The post-test applied in the intervention group showed statistically significant changes in the attitudes of professionals when compared with the control group. Thus, health professionals have the challenge of presenting attitudes in educational practices in DM2 consistent with the proposal of the Ministry of Health, establishing attitudes based on respect for the concepts of users, their feelings and goals, as well as illustrate respect for the autonomy of these become involved in their care. The professional training workshops show positive results in learning of health professionals from APS, considering dialogue with knowledge and experience prior to the incorporation of new

saberes. **KEYWORDS:** Knowledge, Attitudes, Practice, Personnel Technician health, Type 2 Diabetes Mellitus.

**Resumen:** Determinar si los talleres desarrollados con profesionales de la salud a favor de actitudes basadas en problemas, sentimientos y objetivos presentados por los usuarios en las prácticas educativas de los profesionales de la salud y seis DM2. Vinte entrado en ocho unidades básicas de Belo Horizonte-MG, año 2012, y 12 asignados al grupo de intervención que participaron en los talleres de formación profesional y 14 para el grupo control, que recibió las actitudes manuales profesionales en DM2. REC cuestionario fue aplicado en pre-y post-test en los dos grupos para evaluar las actitudes psicológicas de los profesionales de la salud en el rostro de las quejas de los usuarios. Los resultados del pre-test mostraron que en ambos grupos, los profesionales mostraron actitudes favorables sobre todo para el ensayo y la solución de problemas para el usuario, la configuración, por lo tanto, no es una relación basada en el diálogo. El post-test aplicado en el grupo de intervención mostró cambios estadísticamente significativos en las actitudes de los profesionales, en comparación con el grupo control. Por lo tanto, los profesionales de la salud tienen el reto de las actitudes que presentan en las prácticas educativas en DM2 en consonancia con la propuesta del Ministerio de Salud, que establece las actitudes basadas en el respeto a los conceptos de los usuarios, sus sentimientos y metas, así como mostrar respeto a la autonomía de estos involucrarse en su cuidado. Los talleres de formación profesional muestran resultados positivos en el aprendizaje de los profesionales de la salud de la APS, teniendo en cuenta el diálogo con los conocimientos y experiencias previas a la incorporación de nuevos saberes. **PALABRAS CLAVE:** Conocimientos, Actitudes y Práctica, Técnico de Personal Salud, Type 2 Diabetes Mellitus.

## INTRODUÇÃO

As atitudes dos profissionais de saúde fundamentadas na dialógica e que tenha por objetivo explorar as queixas emocionais e as metas de autocuidado dos usuários tem apresentado resultados positivos no controle metabólico da doença <sup>(1-4)</sup>. Essas atitudes são importantes variáveis para a condução das práticas educativas a fim de ajudar os usuários a definir metas relacionadas à alimentação e à atividade física, conforme seu contexto de vida, levando-os a conscientizarem –se de que suas ações fazem a diferença no tratamento da doença <sup>(5-7)</sup>.

Assim, considerando que as atitudes dos profissionais são fundamentais para o autocuidado, novas políticas de capacitação profissional estão sendo lançadas contemplando a implementação de estratégias para a formação profissional e qualificação das equipes de

saúde para a abordagem dessas doenças <sup>(8-9)</sup>. Nessa perspectiva, estudo mostra por meio de intervenção de capacitação profissional que as atitudes desses profissionais de saúde em relação à autonomia do usuário modificaram significativamente desde o início para o final do programa educativo <sup>(5)</sup>.

Diante do apresentado, a proposta da capacitação profissional enriquecida pela participação da equipe interdisciplinar é uma estratégia facilitadora para a discussão de atitudes profissionais frente aos problemas, aos sentimentos e às metas apresentados pelos usuários. Esse espaço é importante para lidar com a questão de como e quando novas informações incorporadas geram modificações nas atitudes e nos comportamentos <sup>(3,5,8)</sup>.

Diante disso, o estudo propõe determinar se as oficinas desenvolvidas com os profissionais de saúde favorecerão as atitudes baseadas nos problemas, nos sentimentos e nas metas apresentados pelos usuários nas práticas educativas em DM2.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quase-experimental com abordagem quantitativa desenvolvido em um grupo intervenção e um grupo controle, nos quais optou-se pelo modelo experimental de pré-teste e de pós-teste. A população foi composta por 26 profissionais de saúde de oito UBS, da região Leste de Belo Horizonte (MG), sendo 12 alocadas no Grupo Intervenção, que participaram das oficinas de capacitação profissional, e 14 alocados para o Grupo Controle, que receberam o Manual de Atitudes Profissionais nas Práticas educativas em DM2.

Utilizou-se um Formulário de Identificação Profissional, contemplando as características (idade, sexo, profissão, tempo de formado, pós-graduação, área da pós-graduação e tempo no cargo) e o protocolo “Responding to Emotion Concerns” (REC), que avalia as atitudes psicológicas do profissional de saúde frente às queixas apresentadas pelos usuários. Os instrumentos foram aplicados no pré-teste e pós-teste nos Grupos Intervenção e

Controle. O protocolo foi apresentado por 5 falas de usuários abordando queixas como: 1- dificuldade em seguir a dieta, 2-dificuldade em seguir o controle glicêmico, 3- insegurança quanto à doença, 4-falta do apoio da família e 5-raiva por ter que seguir os cuidados que a doença impõe <sup>(6)</sup>. Em seguida, os profissionais escreveram qual a resposta daria ao usuário frente a cada uma das 5 queixas.

As respostas dos profissionais foram avaliadas segundo o modelo da escala de classificação: Atitude “Explora problemas” (+2). Essa categoria foi definida nas respostas profissionais que mostravam uma forma de estimular os usuários a falarem mais sobre seus problemas; Atitude “Concentra-se nos sentimentos e metas” (+1). Essa categoria foi definida nas respostas que indicavam uma exploração nos sentimentos e metas referentes à diabetes pelo usuário; Atitude Neutra (0). Essa categoria referiu-se a comentários que estavam relacionados a falas neutras; Atitude “Soluciona problemas para o usuário” (-1). Essa categoria foi definida nas respostas profissionais que focavam em conselhos não solicitados pelos usuários; Atitude “Julga o usuário” (-2). Essa categoria foi definida nas respostas profissionais que indicavam um julgamento ao usuário (positivos a negativos). Os profissionais gastaram em média de 20 a 30 minutos para completar o protocolo.

Dois enfermeiros que trabalham com práticas educativas em DM buscando explorar os problemas, sentimentos e metas dos usuários classificaram as respostas do instrumento atitudes psicológicas (REC). No Grupo Intervenção, houve divergência por parte dos avaliadores: pré-teste de 20% de divergência nas avaliações, chegando a 100% de concordância após discussão entre os profissionais; pós-teste de 10%, chegando a 100%, após discussão. No Grupo Controle, as divergências foram: pré-teste de 16% de divergência nas avaliações, chegando a 100% de concordância após discussão entre os profissionais; pós-teste de 12%, chegando a 100%, após discussão.

As análises estatísticas foram realizadas no ambiente de programação estatística R (R

Development Core Team, 2012) e foi utilizado o teste de Wilcoxon para as amostras pareadas e, assim, verificar possíveis mudanças nos escores antes e depois da 'intervenção' em cada grupo. O nível de significância adotado foi o de 5%. O trabalho foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG, mediante os Pareceres 204.967 e 262.225, respeitando a resolução 196/96 do Ministério da Saúde <sup>(10)</sup>.

## RESULTADOS

O estudo mostrou que os profissionais de saúde, na aplicação do pré-teste com o Grupo Controle e Intervenção apresentaram predominantemente atitudes favoráveis ao Julgamento e à Solução dos problemas para o usuário, configurando, pois, uma relação não baseada no diálogo.

Após a aplicação do pós-teste no Grupo Intervenção, nas questões 1-dificuldade em seguir a dieta, 3- insegurança quanto à doença e 4-falta do apoio da família, observou-se que muitos profissionais de saúde melhoraram sua atitude de *Julgar os usuários ou Solucionar os problemas do usuário* para *Explora os problemas do usuário ou Concentra-se nos sentimentos e metas dos usuários*. No entanto, o teste estatístico para a diferença entre as pontuações medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo ( $p=0,05$ ,  $p=0,05$  e  $p=0,04$ , respectivamente).

A Tabela 1 nos mostra que a maioria dos profissionais do Grupo Intervenção na questão 2-dificuldade em seguir o controle glicêmico, encontrava-se com atitudes *Julgar o Usuário* ou *Soluciona os problemas do usuário* antes da oficina e mudaram para atitudes *Explora os problemas do usuário* ou *Concentra-se nos sentimentos e metas do usuário* depois da oficina. Em geral, houve melhora nas atitudes avaliadas na questão 2-dificuldade em seguir o controle glicêmico, sendo a pontuação mediana no pós-teste considerada maior do que a pontuação no pré-teste ( $p = 0.0026$ ).



**Tabela 1** - Classificação das respostas à Questão 2 no pré-teste e no pós-teste, Grupo Intervenção. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	1	0	0	1	5	<b>7</b>
-1	0	1	0	0	0	<b>1</b>
0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
1	0	0	0	0	3	<b>3</b>
2	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>12</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

A Tabela 2 nos mostra que a maioria dos profissionais do Grupo Intervenção na questão 5-raiva por ter que seguir os cuidados que a doença impõe, encontrava-se com atitudes *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* antes da oficina e mudaram para atitudes *Explora os problemas do usuário* ou *Concentra-se nos sentimentos e objetivos do usuário* depois da oficina. Os que estavam com atitudes *Explora os problemas do usuário* permaneceram com elas depois da oficina. Em geral, houve melhora nas atitudes avaliadas na Questão 5-raiva por ter que seguir os cuidados que a doença impõe, sendo a pontuação mediana no pós-teste considerada maior do que a pontuação no pré-teste ( $p= 0.008$ ).

**Tabela 2** - Classificação das respostas à Questão 5 no pré-teste e no pós-teste, Grupo Intervenção. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	0	1	0	0	2	<b>3</b>
-1	0	0	0	1	4	<b>5</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	0	0	0	0	0	<b>0</b>
2	0	0	0	2	2	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>12</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

Após a aplicação do pós-teste no Grupo Controle, a maioria dos profissionais permaneceram com atitudes *Julgar os usuários* ou *Solucionar os problemas do usuário* nas cinco questões aplicadas. Ou seja, o teste estatístico para a diferença entre as pontuações

medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo para as cinco questões ( $p=0,54$ ,  $p=0,55$ ,  $p=0,97$ ,  $p=0,57$  e  $p=0,20$  respectivamente).

As tabelas 3 e 4 apresentam os resultados das análises do Grupo Controle quanto a aplicação das questões 2 e 5. Conforme apresentado, não houve melhora estatística das atitudes profissionais, ao contrário do apresentado pelas tabelas 1 e 2 no Grupo Intervenção referindo-se às mesmas questões 2 e 5, que apresentaram melhora das atitudes profissionais.

A Tabela 3 nos mostra que a maioria dos profissionais se encontrava com atitudes *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* no pré-teste e mantiveram a maioria dessas atitudes após a aplicação do pós-teste. O teste estatístico para a diferença entre as pontuações medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo ( $p = 0.55$ ).

**Tabela 3** - Classificação das respostas à Questão 2 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	6	2	0	0	0	<b>8</b>
-1	1	3	0	0	0	<b>4</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	0	1	0	0	1	<b>2</b>
2	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

A Tabela 4 nos mostra que a maioria dos profissionais se encontrava com atitudes *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* e apenas 1 apresentou atitude *Explora o problema do usuário* no pré-teste. Depois da aplicação do pós-teste, a maioria manteve a classificação *Soluciona os problemas do usuário* e *Julga os usuários* e 2 profissionais apresentaram atitude *Concentra-se nos sentimentos e metas do usuário*. O teste estatístico para a diferença entre as pontuações medianas no pós e pré-teste foi considerado inconclusivo ( $p\text{-valor} = 0.20$ ).

**Tabela 4** - Classificação das respostas à Questão 5 no pré-teste e no pós-teste. Belo Horizonte, 2012.

Pré-teste	Pós-teste					Total
	-2	-1	0	1	2	
-2	5	4	0	1	0	<b>10</b>
-1	2	1	0	0	0	<b>3</b>
0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
1	0	0	0	0	0	<b>0</b>
2	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

A Tabela 5 apresenta as características dos profissionais de saúde dos Grupos Intervenção e Controle quanto às variáveis: profissão e pós-graduação. Em seguida, a Tabela 6 apresenta as características do Grupo Intervenção e do Grupo Controle quanto às variáveis: idade, sexo, tempo de formado e tempo no cargo. A estatística descritiva usada para comparar os Grupos Intervenção e Controle quanto às variáveis sexo e pós-graduação; entre idade, tempo de formado e tempo no cargo mostraram que os Grupos podem ser considerados comparáveis, pois apresentaram  $p > 0,05$ .

**Tabela 5** - Distribuição dos profissionais de saúde por Grupo Intervenção e Grupo Controle, segundo a profissão e pós-graduação. Belo Horizonte, 2012.

Variável	Grupos		
	Grupo Intervenção	Grupo Controle	Total
<b>Profissão</b>			
Cirurgião dentista	0	2	<b>2</b>
Educador físico	1	0	<b>1</b>
Enfermeiro	6	4	<b>10</b>
Farmacêutico	0	1	<b>1</b>
Fisioterapeuta	2	0	<b>2</b>
Médico	0	6	<b>6</b>
Nutricionista	2	1	<b>3</b>
Psicólogo	1	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>
<b>Pós-graduação</b>			

Sim	12	11	23
Não	0	3	3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

**Tabela 6** - Distribuição dos profissionais de saúde por Grupo Intervenção e Grupo Controle, segundo a faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo no cargo. Belo Horizonte, 2012.

Variáveis	Grupos		Total
	Grupo Intervenção	Grupo Controle	
<b>Faixa Etária</b>			<b>Total</b>
20 a 29 anos	7	3	<b>10</b>
30 a 39 anos	2	6	<b>8</b>
40 a 49 anos	3	3	<b>6</b>
50 a 59 anos	0	2	<b>2</b>
Mais de 60 anos	0	0	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>
<b>Sexo</b>			<b>Total</b>
Feminino	11	12	<b>23</b>
Masculino	1	2	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>
<b>Tempo de Formado</b>			<b>Total</b>
Até 6 anos	5	5	<b>10</b>
De 6 a 18 anos	5	5	<b>10</b>
De 18 a 26 anos	2	1	<b>3</b>
Mais de 26 anos	0	3	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>
<b>Tempo no Cargo</b>			<b>Total</b>
Até 1 anos	2	5	<b>7</b>
De 1 a 9 anos	9	3	<b>12</b>
De 9 a 21 anos	0	4	<b>4</b>

Mais de 21 anos	1	2	3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>26</b>

---

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo [Dados de 2012]

## DISCUSSÃO

O predomínio de atitudes profissionais favoráveis ao Julgamento e à Solução dos problemas para o usuário identificadas no pré-teste em ambos os grupos, configura, pois, uma relação não baseada no diálogo. Essas atitudes muitas vezes caracterizadas por sugestões sobre como seguir a dieta, sobre como conduzir a reeducação alimentar somadas a julgamentos negativos sobre o não cumprimento dos cuidados agem como dificultadores para uma relação baseada no diálogo. O predomínio dessa relação não dialógica reforça a importância da discussão sobre como os profissionais de saúde estão conduzindo as práticas educativas <sup>(8,11)</sup>.

Muitas das vezes, os profissionais de saúde deixam de perguntar sobre os sentimentos e sobre as metas traçadas pelo usuário no cuidado da doença, o que sugere a existência de dificuldades e insegurança entre os profissionais de saúde em lidarem com queixas psicoemocionais. Eles devem compreender que apenas o ato de ouvir é suficiente para identificar a motivação do usuário em realizar os cuidados, além de que ao demonstrar empatia diante das queixas psicoemocionais pode apresentar um cunho terapêutico e pode aumentar o vínculo entre ambos <sup>(7,12-13)</sup>.

Sob essa perspectiva, é importante uma reflexão das atitudes profissionais que valorizam apenas o controle glicêmico a longo prazo e por outro lado desvalorizam a importância da qualidade real da vida. Essas atitudes resultam em diferenças de metas entre profissionais de saúde e usuários <sup>(14-16)</sup>. No momento em que o profissional adota atitudes autoritárias, baseadas em julgamentos e em solução dos problemas sem a participação do usuário pode resultar em práticas educativas negativas. Assim ele deve repensar suas ações,

pois estudo aponta que os usuários entendem muito bem a DM2 e as suas responsabilidades no autocuidado, no entanto, não cumprem porque seu contexto de vida não foi incluído no plano do autocuidado ou mesmo porque os mesmos não incluíram o diabetes como uma prioridade em suas vidas.

Concordando com os resultados desse estudo, pesquisa aponta que as práticas educativas em saúde predominante não conduzem ao diálogo, divergindo da proposta do Ministério da Saúde (MS) <sup>(7,17)</sup>.

Para esse fim, as instituições de saúde necessitam mudar as estratégias tradicionais de cuidado, fugindo de algumas formas de educação instituídas e adentrando um pouco mais na maneira de pensar e agir do usuário, a fim de construir um espaço dialógico e de participação ativa dos usuários no processo educativo. Dessa forma, destaca-se que na formação profissional, é importante que o estudante seja motivado a se comunicar claramente e a desenvolver capacidades para um adequado trabalho em equipe, de modo a satisfazer as necessidades de saúde de usuários, das famílias e da comunidade. Ele deve participar da exploração de problemas e situações que tragam consigo capacidades prévias (conhecimento, valores, representações e experiências) para a construção de objetivos de aprendizagem e sua formação ético-profissional <sup>(18)</sup>.

Assim as atitudes profissionais de explorar problemas, sentimentos e metas dos usuários por meio de perguntas são muito eficazes na promoção do pensamento crítico, pois cria condições para as pessoas pensarem criticamente sobre a sua condição de saúde e cuidados no diabetes <sup>(19)</sup>. Essa capacidade de usar perguntas nas práticas educativas em diabetes pode ser aperfeiçoada através das capacitações profissionais com equipe interdisciplinar <sup>(3,20)</sup>.

Dessa forma, o presente estudo mostra que a capacitação profissional é uma estratégia relevante para a sensibilização das práticas educativas dialógicas e pautadas na autonomia do

usuário. Ela é considerada positiva para a aquisição de conhecimentos e sensibilização do profissional quanto às dificuldades cotidianas enfrentadas pelo usuário na adesão às recomendações. Além disso, o tratamento do usuário com diabetes exige da equipe profissional envolvida uma autoavaliação e atitudes mais positivas, no intuito de minimizar a lacuna entre o controle glicêmico intensivo e formas de atingi-lo. Assim, é preciso capacitação profissional por meio da qual as propostas educativas problematizem vários aspectos determinantes para a saúde e a qualidade de vida dos usuários <sup>(21,22)</sup>.

Os profissionais devem buscar e terem acesso a espaços de reflexão sobre a prática, a atualização técnico-científica e o diálogo com usuários e demais trabalhadores que integram os serviços <sup>(23,24)</sup>. A resposta positiva frente aos programas de capacitação profissional justifica-se, pois, os profissionais da atenção básica à saúde que, na maioria das vezes, por iniciativa própria, desenvolvem ações educativas voltadas aos usuários, ressentem-se da falta de capacitação, quando o tema em questão é educação em diabetes. Nas capacitações profissionais, o uso de oficinas contribui para despertar do potencial reflexivo, crítico e criativo dos profissionais para a mudança no processo educativo, além de serem consideradas uma estratégia pedagógica de fácil compreensão, interativa e lúdica, ou seja, as oficinas contribuirão para o planejamento do processo educativo e a estruturação de um modelo de avaliação das práticas de promoção da saúde e educação em diabetes <sup>(25)</sup>.

A capacitação profissional sistematizada no presente estudo seguiu o modelo sugerido pela literatura que fala sobre a participação do profissional por meio da problematização e no próprio território onde se encontram as dificuldades a serem resolvidas e para as quais se exigem as devidas competências e as habilidades de trabalho em equipe. Seguiu, também, a participação interdisciplinar, que envolveu diversas categorias profissionais, com o objetivo de organizar o conhecimento científico a partir de vários campos disciplinares que puderam interagir entre si <sup>(24,26)</sup>.

## CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu mostrar que as capacitações profissionais devem ser estimuladas e sistematizadas conforme a realidade do ambiente do trabalho e demandas do usuário, principalmente quando se percebe que o cenário atual das práticas educativas confronta-se com algumas inadequações em seu processo, por exemplo, o modelo tradicional da formação do profissional de saúde.

Muitos profissionais estão na rede de assistência há muitos anos e, apesar de presenciarem as mudanças ocorridas no cenário da assistência e das práticas educativas, não tiveram a continuidade de sua formação garantida para exercerem a educação em saúde de maneira plena. Os profissionais de saúde da APS necessitam ter acesso contínuo a essas informações para a garantia de práticas educativas de qualidade. As oficinas de capacitação realizadas no presente estudo evidenciam seus resultados positivos na aprendizagem dos profissionais de saúde da APS.

Nessa perspectiva, faz-se necessário que a aprendizagem no trabalho auxilie na efetivação das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sobrepondo os desafios para a conquista da autonomia e responsabilização dos profissionais de saúde para com os usuários. Assim, a capacitação profissional deve despertar a reflexão crítica sobre sua realidade e problematizar o processo de trabalho em sua organização, considerando o diálogo com os conhecimentos e as experiências prévias para a incorporação de novos saberes.

## REFERÊNCIAS

- 1- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2010 Jan; 87(1):4-14.
- 2- Anderson RM, Funnell MM. Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Education and Counselling*. 2010; 79(3):277-282.
- 3- Torres HC, Santos L. Práticas Educativas em Diabetes Mellitus: compreendendo as competências dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2012; (3):576-582.
- 4- Greenfield, C. It's not just about the HbA1c, Doc! Understanding the psychosocial is also important in managing diabetes? *Aust J Rural Health*. 2011; Feb;19(1):15-9.



- 5- Anderson RM, Funnell MM, Barr PA, Dedrick RR, Davis WK. Learning to Empower Patients Results of Professional Education Program for Diabetes Educators. *Diabetes Care*.1991; 14(7):584-590.
- 6- Tol A, Shojaezadeh D, Sharifirad G, Alhani F, Tehrani. MM. Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. *J Pak Med Assoc*. 2012; 62(1):16-20.
- 7- Dellasega C, Anel-Tiangco RM, Gabbay RA. How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2012; 95(1):37-41.
- 8-David GF, Torres HC, Reis IA. Atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em diabetes mellitus na atenção primária. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 2013.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília, DF, 2011.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1996.
- 11- Anderson RM *et al*. 101 tips for behavior change in diabetes education. Ed. Cidade:editor, 2002.
- 12- Anderson RM, Funnell MM, Hernandez CA. Choosing and Using Theories in Diabetes Education Research. DOI: 10.1177/0145721705278947. *The Diabetes Educator*. 2005; 31(4): 513-520.
- 13- Anderson RM, Funnell MM . Guidelines for Using the Diabetes Care Concerns Assessment Form. Michigan Diabetes Research and Training Center. 2005. The University of Michigan.
- 14- Puder FF. *et al*. How patients with insulin-treated Type 1 and Type 2 diabetes view their own and their physician's treatment goals. *Swiss med wkly*. 2006; 136: 574–580.
- 15- Souza LGS, Menandro MCS. Atenção primária à saúde:diretrizes, desafios e recomendações.Revisão de bibliografia internacional. *Physis Revista de Saúde Coletiva*.2011; 20(2): 517-539.
- 16-- Pibernik-okanovic, M, Ajduković D, Lovrenčić MV, Hermanns N. Does treatment of subsyndromal depression improve depression and diabetes related outcomes: protocol for a randomised controlled comparison of psycho-education, physical exercise and treatment as usual. *Trials*. 2011; 12-17.
- 17- Godinho L K. Práticas educativas na atenção básica: um estudo de caso sobre métodos de ensino. 2011. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- 18- Ferreira RC. *et al*. Relações éticas na Atenção Básica em Saúde: a vivência dos estudantes de medicina. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(Supl):1533-1540.
- 19- Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- 20- Torres H C. *et al*. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(2). Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 mai. 2009.

21- Serrano-Gil M, Jacob, S. Engaging and empowering patients to manage their type 2 diabetes, Part I: a knowledge, attitude, and practice gap? *Advances in Therapy*. 2010; 27(6):321-333. DOI: 10.1007/s12325-010-0034-5

22- Vilela EM, Mendes, IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003; 11: p. 525-31.

23- Pagani R, Andrade LOM. Preceptorial de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde Soc*. 2012; 21(Supl):94-106.

24- Peduzzi M. et al. Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. *Interface - Comunic., Saude, Educ*. 2009; 13(30):121-34.

25- Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling*. 1995; 26(1):139-144.

26- Rigotto R M, Almeida VL. Capacitando profissionais em saúde, trabalho e meio ambiente. *Ciências e Saúde Coletiva*. 1998; 3(2):163-170.

## **AGRADECIMENTOS**

A Fundação de Amparo a Pesquisa em Minas Gerais (FAPEMIG Processo N°: APQ-7445-5.01-07) pelo apoio financeiro na realização do estudo.

## ANEXO D – ARTIGO III

O presente artigo foi elaborado a partir de dados coletados durante a realização desta pesquisa e foi enviado para Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene que é editada pela Universidade Federal do Ceará, sob a responsabilidade do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Tem sua origem na Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE). Em 2013, torna-se periódico bimestral e bilíngue.

### **PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NAS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM DIABETES\***

#### *PERCEPTIONS OF HEALTH ON INTERDISCIPLINARY WORK IN EDUCATIONAL STRATEGIES IN DIABETES*

#### *PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN ESTRATEGIAS EDUCATIVAS EN DIABETES*

Gizele Ferreira David<sup>1</sup>, Heloisa de Carvalho Torres<sup>2</sup>

Objetivou-se analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre as estratégias educativas em diabetes realizadas por equipe interdisciplinar na atenção primária. Um total de doze profissionais de saúde inseridos em unidades básicas, Belo Horizonte-MG, março-abril, 2011, participaram dos grupos focais objetivando problematizar a experiência do trabalho interdisciplinar na prática educativa e os fatores que agem como facilitadores ou barreiras para a efetividade da educação em diabetes. Os resultados foram organizados a partir da identificação das categorias: 1) Questões relacionadas e/ou atribuídas à própria clientela, 2) Capacitação profissional; 3) Trabalho multidisciplinar e 4) Planejamento das ações educativas. O estudo mostra a importância de se planejar e avaliar as práticas educativas, a inserção do trabalho interdisciplinar nas intervenções como forma a estabelecer estratégias de promoção, prevenção e controle da doença.

**Descritores:** Educação em Saúde; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

To analyze the perception of the interdisciplinary work of health professionals in primary care educational strategies related to diabetes mellitus. A total of twelve health professionals included in basic Belo Horizonte-MG, march-april 2011, participated in focus groups aimed to discuss the experience of working in interdisciplinary educational practice and the factors that act as facilitators or barriers to the effectiveness of self-control in diabetes education. The results were organized from the identification of the following categories: 1)

---

\*Extraído da dissertação Avaliação Das Atitudes Profissionais Nas Práticas Educativas Em Diabetes Mellitus Na Atenção Primária, apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2011, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira especialista em Enfermagem do Trabalho. Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: gizeledavid@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFM, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: heloisa@enf.ufmg.br

Autor correspondente: Heloísa de Carvalho Torres

Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG CEP 30130-100. E-mail: [heloisa.ufmg@gmail.com](mailto:heloisa.ufmg@gmail.com)

Issues related and / or assigned to their own customers, 2) Vocational training, 3) Work multidisciplinary and 4) Planning educational activities. This study shows the importance of planning and evaluating educational practices, integration in interdisciplinary work in the interventions as a way to establish strategies for promotion, disease prevention and control.

**Descriptors:** Health Education; Patient Care Team; Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Nursing.

Para analizar la percepción del trabajo interdisciplinario de profesionales de la salud en las estrategias de atención primaria educativas relacionadas con la diabetes mellitus. Un total de doce profesionales de la salud incluidos en el básico de Belo Horizonte-MG, marzo-abril 2011, participaron en grupos focales dirigidas a discutir la experiencia de trabajar en la práctica educativa interdisciplinaria y de los factores que actúan como facilitadores u obstáculos para la eficacia del autocontrol en la diabetes la educación. Los resultados fueron organizados a partir de la identificación de las siguientes categorías: 1) Cuestiones relacionadas y / o asignado a sus propios clientes, 2) Formación profesional, 3) el trabajo multidisciplinar y 4) planificación de las actividades educativas. Este estudio muestra la importancia de planificación y evaluación de las prácticas educativas, de integración en el trabajo interdisciplinario en las intervenciones como una manera de establecer estrategias para prevención de enfermedades, promoción y control.

**Descritores:** Educação em Saúde; Grupo de Atenção ao Paciente; Diabetes Mellitus; Atenção Primária de Saúde; Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

As ações educativas em Diabetes Mellitus (DM), baseadas em conceitos da teoria educacional e comportamental, como conhecimentos, habilidades e atitudes acerca da doença devem ser construídos a partir de um modelo assistencial abrangente que vise à humanização e o compromisso com o atendimento das necessidades reais dos usuários levando em consideração seu cotidiano de vida e participação de diversos profissionais de saúde<sup>(1)</sup>.

A efetividade das propostas educativas inclui a capacitação dos profissionais e das equipes de saúde a partir da perspectiva dos determinantes socioambientais que influenciam no processo saúde e doença, mas, sobretudo, na adoção de um modelo dialógico que valorize os saberes da comunidade somando-os aos saberes científicos e transformando-os quando apropriado<sup>(1-4)</sup>. Essa construção do conhecimento deve ser enriquecida pela interdisciplinaridade, a qual é caracterizada pela troca de diversos saberes que transcendem os da área da saúde e englobam outras áreas, como as sociais e humanas. Para tanto, é preciso romper com a visão fragmentada e determinista constituída por bases disciplinares isoladas e adotar um modelo que contextualize idéias por meio de relações horizontalizadas e da troca de experiências<sup>(5)</sup>.

De forma complementar, autores<sup>(5-6)</sup> acrescentam que para alcançar resultados positivos com a educação em diabetes é necessário estabelecer o trabalho interdisciplinar entre os profissionais de saúde, conhecimentos atualizados sobre a doença, habilidades pedagógicas, comunicação efetiva, escuta e compreensão, bem como a capacidade de negociação com os indivíduos e a utilização de estratégias dinâmicas e interativas visando a redução das barreiras ao atendimento de qualidade ao indivíduo.

Na tentativa de proporcionar aos profissionais de saúde a vivência do trabalho interdisciplinar foi implantado o programa educativo em diabetes na Atenção Primária fundamentado nos aspectos cognitivos, sociais e culturais na construção dos conhecimentos e habilidades, buscando a dialética entre os saberes e a ação. Por ser um empreendimento inovador na formação profissional, buscou-se analisar o programa, a partir da experiência dos profissionais, julgando que sua vivência forneceria subsídios necessários que respondam às demandas dos serviços básicos de saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre as estratégias educativas em diabetes realizadas por equipe interdisciplinar na Atenção primária.

## **MÉTODO**

A presente pesquisa fundamenta-se no estudo de caso com abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório. Foi desenvolvida em duas Unidades de Saúde na região Leste de Belo Horizonte/MG, de março a abril, ano de 2011. A escolha pelo local deve-se ao fato do desenvolvimento do Projeto intitulado “Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Diabetes no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG” decorrente de vínculo com serviços universitários.

Todos os profissionais de saúde que trabalharam no programa educativo em DM2 foram convidados a se inserir no estudo, entretanto, alguns não compareceram por motivos de férias, atestado médico e outras atividades agendadas no dia. Participaram do estudo 12 profissionais, sendo: 2 fisioterapeutas, 2 farmacêuticos, 2 nutricionistas, 3 enfermeiros, 2 psicólogos e 1 médico. A integridade da intervenção deve-se a efetividade do programa na sua implantação/implementação, sendo bem recebida pelos profissionais e implantado de acordo com o planejado e com boa qualidade e a duração de um ano.

O programa educativo foi efetivo na implantação e sua implementação nas duas unidades, não divergiu muito devido à similaridade do contexto em que se inserem estas unidades dentro da rede do município de Belo Horizonte. O processo foi bem recebido pelos profissionais e seguiu todas as etapas do planejamento, buscando um padrão de qualidade e adequação ao contexto quando necessário.

A coleta de informações procedeu-se pela técnica de grupo focal, tendo como objetivo problematizar a experiência do trabalho interdisciplinar voltado para as práticas educativas em

diabetes com a participação de profissionais de diversas áreas de conhecimentos, assim como levantar os pontos positivos, as barreiras/dificuldades na realização do programa. Em cada Unidade de Saúde ocorreu um grupo focal com duração de aproximadamente uma hora e meia.

A técnica de grupo focal estuda as relações e representações de diferentes grupos de profissionais, incluindo os variados processos de trabalho e também a população, além disso, o animador deve ser uma figura neutra capaz de instigar os participantes e ao mesmo tempo não expor em hipótese alguma suas próprias relevâncias<sup>(7)</sup>.

Os encontros foram norteados pelos seguintes temas: importância dos conhecimentos multidisciplinares como facilitadores na atividade educativa, integração entre os profissionais e usuários, mudanças ocorridas no programa educativo em diabetes, resolução de problemas/dificuldades durante a prática educativa e sugestões para melhorias e inovações.

Para fins de manutenção do anonimato, adotou-se na entrevista a numeração (P1, P2, P3, P4, ..., P10), para a distinção dos participantes. O material dos grupos focais foi registrado manualmente, gravado, sistematizado e categorizado para compor um banco de dados, considerando-se opiniões recorrentes, dissensos e consensos. Em seguida, realizou-se o processamento e a interpretação dos dados a partir do enfoque da análise temática<sup>(7)</sup>.

As principais categorias resultantes da análise do material dizem respeito a: 1) Questões relacionadas e/ou atribuídas à própria clientela, 2) Capacitação profissional, 3) Trabalho multidisciplinar, e uma subcategoria vínculo profissional – usuário e 4) Planejamento das ações educativas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG (Nº 0024.040410.203.09), tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS**

Os achados foram agrupados em categorias, levando-se em consideração os aspectos destacados pelos profissionais de saúde. As categorias apresentam as significações dos atores sociais, suas aspirações, atitudes, crenças e valores, implicadas em todo o processo de conhecimento, refletindo em suas propostas e diretrizes para o trabalho cotidiano.

Há destaque, como veremos a seguir, para as ações desenvolvidas em grupo, capacitação profissional tanto na esfera pedagógica como de conhecimento técnico-científico,

vinculação do usuário ao serviço e, conseqüentemente aos grupos, além da valorização da interdisciplinaridade.

### **Questões relacionadas e/ou atribuídas à própria clientela**

Este tema foi abordado inicialmente por meio da queixa de alguns participantes sobre a dificuldade em conciliar uma metodologia condizente ao baixo nível cognitivo e o grau de escolaridade dos usuários, resultando em dificuldade em atingi-los quanto ao proposto na prática educativa. *O usuário aqui é basicamente analfabeto, a gente bate na tecla que ele vai aprender com a repetição, mas dependendo do nível cognitivo da pessoa, ela vai ter muita dificuldade em aprender sobre a doença. As pessoas que tem vindo nesses encontros, a maioria são idosas, com muita dificuldade de compreensão... a gente explica e você termina de falar, você percebe que a pessoa não assimilou nada (P1).*

Como vimos, os profissionais da atenção primária se defrontam com os determinantes sociais da saúde que se traduzem no baixo nível educacional e cognitivo dos usuários. A questão de como contornar na prática esse obstáculo remete a incorporação de um modelo de educação e promoção em saúde que tem por base o empoderamento; tendo por princípio o desenvolvimento de aprendizagem participativa, criação de vínculos e calcada nas necessidades dos usuários.

Cabe a reflexão sobre a importância de que a atenção primária possa investir em estratégias de educação em saúde, tendo por base boas teorias pedagógicas. A formação de espaços reflexivos, capacitação e educação permanente dos profissionais nos serviços de saúde vis-à-vis a valorização das experiências dos usuários são iniciativas cruciais, gerando um ambiente propício para a elaboração e aceitação de novas informações.

### **Capacitação profissional**

Quando se discute a importância da capacitação dos profissionais, todos pensam que a proposta é interessante, uma vez que tem sempre informações novas surgindo para o tratamento da doença. Fica claro que na maioria das vezes os profissionais acabam conduzindo as práticas educativas com pouco preparo, gerando insegurança, dúvidas e insatisfação com o produto final do trabalho, tal como visto no depoimento a seguir. Eu acho que pra fazer trabalho em grupo precisa de criatividade. A capacitação para trabalhar em grupo é sempre bem vinda. A gente nunca teve capacitação para trabalhar em grupo, somente agora nesse programa educativo (P4).

A capacitação é vista como a solução dos problemas relacionados às técnicas de trabalho em grupo e de atualização da bagagem técnico-científica. Essa dificuldade fundamenta-se pela formação acadêmica destes profissionais voltada para os saberes tradicionais, não dialógicos, não emancipatórios e não baseados na construção compartilhada de conhecimentos, na qual as práticas de saúde eram traduzidas pela idéia simplista de transmissão de saberes e de mudança de comportamento.

Além da capacitação, o trabalho multidisciplinar foi colocado pelos participantes como ponto primordial para o desempenho do programa educativo como abordado a seguir.

### **Trabalho multidisciplinar**

Os profissionais destacam a importância do trabalho multidisciplinar na atuação interdisciplinar durante as práticas educativas, valorizando os diversos saberes que se complementam e facilitam a abordagem ao usuário, tal como apresentado no depoimento a seguir. *O conhecimento vai completando com o do outro profissional, a gente aprende com a nutricionista, a fisioterapeuta e com os outros profissionais, cada um vê de uma forma e a partir do momento que nós trabalhamos juntos, consegue ver a pratica educativa menos fragmentada,, consegue fazer o todo, é muito vantajoso* (P12).

Foi relatado que os profissionais de saúde que participaram juntos no programa educativo em DM, apontaram que os saberes de cada um ajudam no momento das dúvidas dos usuários, valorizam o trabalho interdisciplinar, acrescentando a importância do aprendizado mútuo, como ressaltado no depoimento a seguir. *É importante, porque na verdade o usuário precisa ter o olhar de outras áreas. Porque se a gente coloca somente um profissional no grupo para falar da fisiopatologia, da aplicação da insulina, apenas essas questões, fica voltado somente para este aspecto. E quando trabalham outros profissionais, a gente pode ver o usuário como um todo* (P3).

A atuação interdisciplinar é uma forma de valorização dos profissionais e dos usuários, sendo vista, sob esse aspecto, como ação facilitadora das práticas educativas.

### **Vínculo profissional-usuário**

O relato dos entrevistados deixou evidente alguns pontos a serem pensados por meio da experiência que tiveram: é importante criar estratégias que incentivem o aumento de vínculo entre os profissionais e os usuários para melhorar os resultados das práticas educativas. *Nesse grupo participa a fisioterapeuta, o farmacêutico e a nutricionista, o grupo tem uma dinâmica interativa, porque os usuários têm espaço para falar de seus problemas eles têm uma vida muito dura, e para você compreende-los tem que fazer assim, às vezes colocando aquele problema no grupo de repente,*



*escutando, ouvindo várias opiniões é como se o indivíduo estivesse falando, é impressionante como que ajuda, eles saem dos encontros mais aliviados (P7).*

O depoimento acima aponta em compreender o aspecto social cognitivo e a linguagem do usuário na adoção do modelo dialógico que valorize os saberes da comunidade somando-os aos saberes científicos, e à utilização de estratégias dinâmicas e interativas visando a redução das barreiras ao atendimento de qualidade ao indivíduo, além de planejar as estratégias educativas para que o programa em DM ocorra de forma proveitosa para ambos os lados e, principalmente, sob a óptica do usuário

### **Planejamento das ações educativas em DM**

Quanto à discussão sobre adequar um planejamento de ações para a atividade educativa, os entrevistados falaram que procuram se organizar, antecipadamente em reuniões. *A gente sempre discute na reunião uma vez no mês a respeito do grupo, troca idéia sobre o que vai fazer, qual material vai usar e se for para desenvolver o material o profissional conversa com os colegas da universidade que coordenam os grupos com o serviço (P4).*

Percebe-se que o planejamento é visto como um instrumento importante para o alcance de melhores resultados durante o processo educativo. Isso aconteceria, conforme citado por alguns dos entrevistados, com uma articulação entre os profissionais e os acadêmicos para programar com antecedência as atividades no processo educativo e não fazê-las sem discussão prévia.

Este planejamento é primordial para que no dia do grupo ocorra a participação ativa do usuário na construção do conhecimento e na compreensão das orientações, assim como a identificação de suas limitações no processo educativo.

## **DISCUSSÃO**

Constatou-se, porém, que embora presentes nos programas, as ações multiprofissionais e interdisciplinares nem sempre são concretamente traduzidas em estratégias de aprendizagem. As dificuldades para a interdisciplinaridade e trabalhos em grupo devem-se à formação dos profissionais no modelo pedagógico tradicional, ao distanciamento da responsabilidade social e vínculo com o usuário, desestimulando o desenvolvimento de ações que demandem maior dedicação<sup>(8-9)</sup>.

A sistematização das práticas educativas em DM2 é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado<sup>(10)</sup>. A abertura para novas metodologias de produção de conhecimento por meio do processo de cuidar

humano permite um olhar diferenciado para os contornos do processo saúde/doença<sup>(11-12)</sup>. As contribuições do programa educativo no trabalho interdisciplinar mostram um resultado significativo na promoção do autocuidado do usuário com DM2 e na organização dos serviços de saúde. Além disso, o programa possibilita a interação entre as áreas de atuação. Esse estudo mostra que as práticas educativas em diabetes devem ser discutidas e avaliadas, pois as mesmas têm um impacto positivo, quando realizadas por profissionais capacitados, de maneira sistematizada e com destaque no trabalho interdisciplinar.

Cabe a reflexão sobre a importância de que a atenção primária possa investir em estratégias de educação em saúde, tendo por base boas teorias pedagógicas. A formação de espaços reflexivos, capacitação e educação permanente dos profissionais nos serviços de saúde vis-à-vis a valorização das experiências dos usuários são iniciativas cruciais, gerando um ambiente propício para a elaboração e aceitação de novas informações<sup>(8-10)</sup>. As informações e evidências científicas só fazem sentido se puderem ser relacionadas às experiências prévias e ao cotidiano de vida dos usuários que devem ser considerados como sujeitos ativos do processo educativo. Além disso, os programas educativos tem que lidar com a questão de como e quando novas informações incorporadas geram mudanças de atitudes e comportamentos. Conhecimento e empoderamento são mecanismos importantes nas estratégias educativas, mas frequentemente insuficientes para provocar mudanças de comportamento. Mudança de atitudes e hábitos implica na incorporação de novos valores que precisam ser socialmente compartilhados<sup>(11-12)</sup>. Assim, programas e ações educativas podem ser efetivos, mas os resultados e impactos não serem imediatos. Mudanças de comportamento precisam ser assimiladas socialmente, isto é, diante de grupos de referência, como entre familiares, amigos, colegas de trabalho, entre outros.

Importa perceber que as estratégias educativas centradas nos fatores de risco à saúde só fazem sentido para os usuários quando associadas às suas condições de vida e de trabalho. É preciso que as propostas educativas problematizem as desigualdades sociais como determinantes para a saúde e a qualidade de vida de indivíduos e comunidade<sup>(11)</sup>.

Corroborando com este dado, estudo<sup>(13)</sup> mostra que os profissionais apresentam consciência da necessidade de estruturar o processo educativo em relação à organização e o planejamento das atividades de ensino e aprendizagem, as dificuldades em lidar com dinâmicas, seja pela falta de hábito e/ou conhecimento, indicando a importância da padronização do processo educativo em grupo, e do envolvimento com outros profissionais e, a comunicação em saúde com o

indivíduo na realidade em que este se insere, de maneira a promover a difusão do conhecimento<sup>(14)</sup>.

A interdisciplinaridade possibilita o contato com diferentes estruturas, oferecendo condições do profissional de saúde perceber o homem como um todo, ultrapassando a especificidade de sua formação acadêmica, trazendo novas formas de cooperação e comunicação com os usuários, sobrepondo à valorização da concepção biológica do processo saúde e doença<sup>(15)</sup>. Substitui a maneira de transmitir e produzir o conhecimento, ampliando a visão de mundo, da realidade, e de cada um de nós enquanto pessoa e profissional. Assim, podemos falar de interdisciplinaridade a partir do momento que houver a comunicação entre conceitos e disciplinas dando origem a um novo conhecimento<sup>(11)</sup>.

Isso nos coloca diante da questão da integridade da intervenção, da sua duração e da sustentabilidade das estratégias educativas para que seja possível observar resultados mais efetivos. Há uma cadeia lógica no impacto esperado dos programas educativos em DM2 que precisa ser observada: primeiro devem ocorrer mudanças na relação entre profissionais e pacientes criando condições propícias para a troca de conhecimento e saberes, em seguida mudanças na percepção dos pacientes sobre a doença e seus principais fatores de risco, gerando autonomia no autocuidado e, finalmente no controle glicêmico. Isso nos revela a complexidade envolvida nos programas e estratégias educativas<sup>(15)</sup>. Importa perceber que as estratégias educativas centradas nos fatores de risco a saúde só fazem sentido para os usuários e pacientes quando associadas às suas condições de vida e de trabalho, já que como enfatizava Paulo Freire, não há conhecimento separado de um engajamento ativo ou de um envolvimento daquele que quer conhecer com aquilo que quer conhecer. É preciso que as propostas educativas problematizem tanto os fatores de risco como as desigualdades sociais como determinantes para a saúde e a qualidade de vida de indivíduos e comunidades<sup>(16-17)</sup>.

A importância da formação desta competência durante a graduação, que busca a autonomia e a responsabilidade do estudante diante do aprendizado, formando um profissional crítico e atualizado, capaz de promover mudanças com a equipe de trabalho e com a comunidade. A educação deve estar articulada entre teoria e prática, na participação ativa do estudante e na problematização da realidade<sup>(11-12)</sup>.

Para que a interdisciplinaridade ocorra é necessário desenvolver o trabalho em conjunto, no qual o objeto de estudo e os métodos devem ser gradativamente estabelecidos pela equipe, existindo reciprocidade, enriquecimento mútuo e horizontalização das relações de poder. A solução dos problemas exige sujeitos ativos e responsáveis pelo sucesso das ações, engajados

em processos de aprendizagem compartilhada, abertura e formação de redes, princípio da autonomia dos membros dos grupos, cooperação, trabalho das diferenças e a comunicação dos achados científicos<sup>(17)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os profissionais da atenção primária se defrontam com os determinantes sociais da saúde que se traduzem entre outros fatores pelo baixo nível educacional dos usuários. A questão de como contornar na prática esse obstáculo remete a incorporação de um modelo de educação e promoção em saúde que tem por base o empoderamento, tendo por princípio o desenvolvimento de aprendizagem participativa, criação de vínculos e calcada nas necessidades dos usuários.

Um modelo que recupere a saúde como uma prática socialmente construída e compreendida simultaneamente dentro de um enfoque institucional e estratégico, relacionada a contextos reflexivos em que estão inseridos os agentes sociais. Nesse caso, é necessário que as estratégias educativas estejam associadas não só a uma perspectiva interdisciplinar, mas incentivem ações intersetoriais, tão importantes para a mudança do modelo assistencial da atenção primária tão discutida no âmbito do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Prac.* 2010; 87(1):4-14.
2. Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
3. Rodrigues ACS, Vieira GLC, Torres HC. A proposta de educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2): 531-7.
4. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007; 12(2):455-64.
5. Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(2): 338-46.

6. Albuquerque VS, Batista RS, Tanji S, Moço, ETSM. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. *Interface - Comunic Saude Educ.* 2009;13(31):261-72.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
8. Torres HC, Amaral MA, Amorim MM, Cyrino AP, Bodstein R. Training of professionals, acting in primary health care, in Diabetes Mellitus education. *Rev Acta Paul. Enferm.* 2010; 23(6):751-6.
9. Frigo LF, Silva RM, Mattos KM, Boeira GS, Manfio F, Piais E, Mendes TG. Ação educativa interdisciplinar para pacientes com diabetes na atenção básica: uma revisão bibliográfica. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2012; 2(4):141-143.
10. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do Vínculo na Implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(2):358-64.
11. Sousa IF, Bogo D, Bastos PRHO. Formação interdisciplinar para atuação no sistema único de saúde: síntese de artigos publicados no Brasil. *Rev Saúde Com UFMT.* 2011; 9(2): 49-59.
12. Torres HC, Salomon IMM, Jansen AK, Albernaz PM. Interdisciplinaridade na Educação em Diabetes: Percepção dos Graduandos e Enfermagem e Nutrição. *Rev Enferm UERJ.* 2008; 16(3):351-6.
13. Torres HC, Rozemberge B, Amaral MA, Bodstein RCA. A percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação em diabetes mellitus no Brasil. *BMC Public Health.* 2010; 10:583-8.
14. Torres HC, Monteiro MRP. Educação em Saúde sobre Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Programa de Saúde da Família em Belo Horizonte. *Rev Min Enferm.* 2006; 10(4):402-6.
15. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(1 Suppl):1463-72.
16. Freire P. A educação como Prática da Liberdade. 34<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
17. Borbal AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TMC. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Rev Rene.* 2013; 14(2):394-04.

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Pesquisador:** HELOISA DE CARVALHO TORRES

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 08360312.6.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 204.967

**Data da Relatoria:** 28/02/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo prospectivo, visando na primeira etapa, averiguar atitudes dos profissionais de saúde relativas às práticas educativas na diabetes melito tipo 2 (DM2). Na segunda etapa o profissional participará de oficina sobre o tema, após a qual, responderá novamente o mesmo questionário que respondeu na primeira etapa.

A amostra da primeira etapa será de 60 profissionais de saude, dentre os quais serão selecionados os sujeitos da segunda etapa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as atitudes dos profissionais de saúde em relação aos problemas, sentimentos e metas para o controle da doença nas práticas educativas em Diabetes Mellitus tipo 2.

Comparar as atitudes dos profissionais de saúde antes e após oficinas de capacitação sobre Atitudes nas práticas educativas em Diabetes Mellitus tipo 2. Aprofundar os conhecimentos dos profissionais sobre as atitudes nas práticas educativas em DM2.

Descrever as característica dos profissionais de saúde e suas atitudes nas práticas educativas em diabetes.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Identifica como possível risco o constrangimento durante a coleta de dados. Informa que, conhecendo os resultados desta pesquisa poderão auxiliar a sistematização de programas de educação profissional projetados para facilitar o desenvolvimento de atitudes favoráveis na maximização da abordagem frente aos problemas, sentimentos e metas dos usuários, principalmente porque essa abordagem requer habilidades e atitudes que muitas vezes não são incluídas na formação da maioria dos profissionais de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é interessante, e permitirá melhor compreensão das opiniões dos profissionais de saúde que atuam em Belo Horizonte, sobre as práticas educativas em DM2.

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

As pesquisadoras apresentaram: folha de rosto devidamente assinada, projeto de pesquisa, TCLE, parecer do Departamento de origem, ficha de inscrição, tradução do instrumento de coleta de dados que será usado, termo de compromisso da pesquisadora, se comprometendo a cumprir as normas éticas. No projeto original Informa que não haverá riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa e em caso de dúvidas, orienta que procure COEP/UFMG. Informa ainda que haverá publicações, mas não fornece garantia de sigilo.

**Recomendações:**

O Projeto "ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA" da pesquisadora responsável HELOISA DE CARVALHO TORRES refez adequadamente o TCLE com referência ao papel do COEP. Apresentou as garantias de sigilo aos sujeitos da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Projeto "ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA" da pesquisadora responsável HELOISA DE CARVALHO TORRES está recomendado para aprovação.

**Situação do Parecer:**

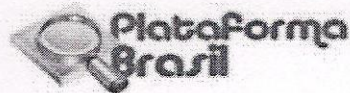
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 25 de Fevereiro de 2013

---

**Assinador por:**

**Maria Teresa Marques Amaral  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



## **ANEXO F- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SMSA-BH**



PREFEITURA  
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/  
SMSA-BH



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Pesquisador:** HELOISA DE CARVALHO TORRES

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 08360312.6.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 262.225

**Data da Relatoria:** 20/03/2013

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisadora tem como ponto de partida a valorização da formação e experiência de cada profissional, compreendidas como fator determinante para propiciar um pensamento reflexivo e o desenvolvimento de novas práticas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo tem como objeto identificar as atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa a ser desenvolvido em duas etapas. Na primeira etapa, será desenvolvido um estudo transversal que pretende descrever as características profissionais quanto à atitude profissional nas práticas educativas com os portadores do Diabetes Mellitus tipo 2. Na segunda etapa, será desenvolvido um estudo quase experimental com dois grupos: controle e intervenção. Como proposta de intervenção será realizada uma capacitação profissional por meio de oficinas com duração de 4 horas diárias sobre o tema: A atitude profissional nas práticas educativas em Diabetes Mellitus tipo 2. Ao final, serão realizadas três oficinas, com o objetivo de proporcionar flexibilidade quanto às datas e aos horários para os profissionais interessados em participar e as oficinas contemplarão o mesmo conteúdo dos encontros. Em seguida, será aplicado o pós-teste utilizando-se o mesmo instrumento da primeira etapa da pesquisa. Para o grupo controle será entregue aos profissionais o Manual de Atitudes

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

**Bairro:** Funcionários

**CEP:** 30.130-007

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br

Continuação do Parecer: 262.225

**Objetivo Secundário:**

Comparar as atitudes dos profissionais de saúde antes e após oficinas de capacitação sobre Atitudes nas práticas educativas em Diabetes Mellitus tipo 2.

\* Aprofundar os conhecimentos dos profissionais sobre as atitudes nas práticas educativas em DM2.

\* Descrever as características dos profissionais de saúde e suas atitudes nas práticas educativas em diabetes

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Na proposta a pesquisadora informa que serão adotados princípios de rigor metodológico para prevenir possíveis riscos para os profissionais na coleta dos dados. Ainda considera a possibilidade de risco pelo constrangimento dos entrevistados.

**Benefícios:**

A pesquisadora afirma que o levantamento das atitudes dos profissionais poderá subsidiar à adoção de estratégias de educação permanente que poderão facilitar o desenvolvimento de atitudes favoráveis dos profissionais de saúde sobre as práticas educativas em DM2. E, que os resultados do projeto serão retornados para os Centros de Saúde envolvidos, com vistas à sistematização e planejamento das práticas educativas em DM tipo 2.

No que diz respeito aos possíveis benefícios, o pesquisador afirma que o levantamento das atitudes dos profissionais poderá subsidiar a adoção de estratégias de educação permanente que poderão facilitar o desenvolvimento de atitudes favoráveis na maximização da abordagem frente aos problemas, sentimentos e metas dos usuários, porque essa abordagem requer habilidades e atitudes que muitas vezes não são incluídas na formação da maioria dos profissionais de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem fundamentado e tem mérito científico. Foram anexados os pareceres do COEP/UFMG atestando a viabilidade do projeto.

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

Foram anexados ao projeto os seguintes documentos e informações:

- Folha de Rosto (completa e com assinatura do pesquisador responsável);

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

**Bairro:** Funcionários

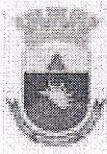
**CEP:** 30.130-007

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 262.225

**Objetivo Secundário:**

Comparar as atitudes dos profissionais de saúde antes e após oficinas de capacitação sobre Atitudes nas práticas educativas em Diabetes Mellitus tipo 2.

\* Aprofundar os conhecimentos dos profissionais sobre as atitudes nas práticas educativas em DM2.

\* Descrever as características dos profissionais de saúde e suas atitudes nas práticas educativas em diabetes

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Na proposta a pesquisadora informa que serão adotados princípios de rigor metodológico para prevenir possíveis riscos para os profissionais na coleta dos dados. Ainda considera a possibilidade de risco pelo constrangimento dos entrevistados.

**Benefícios:**

A pesquisadora afirma que o levantamento das atitudes dos profissionais poderá subsidiar à adoção de estratégias de educação permanente que poderão facilitar o desenvolvimento de atitudes favoráveis dos profissionais de saúde sobre as práticas educativas em DM2. E, que os resultados do projeto serão retornados para os Centros de Saúde envolvidos, com vistas à sistematização e planejamento das práticas educativas em DM tipo 2.

No que diz respeito aos possíveis benefícios, o pesquisador afirma que o levantamento das atitudes dos profissionais poderá subsidiar a adoção de estratégias de educação permanente que poderão facilitar o desenvolvimento de atitudes favoráveis na maximização da abordagem frente aos problemas, sentimentos e metas dos usuários, porque essa abordagem requer habilidades e atitudes que muitas vezes não são incluídas na formação da maioria dos profissionais de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem fundamentado e tem mérito científico. Foram anexados os pareceres do COEP/UFMG atestando a viabilidade do projeto.

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

Foram anexados ao projeto os seguintes documentos e informações:

- Folha de Rosto (completa e com assinatura do pesquisador responsável);

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

**Bairro:** Funcionários

**CEP:** 30.130-007

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



PREFEITURA  
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/  
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 262.225

- Documento apresentado por Elizete Conceição Carvalho, Gerente da GERASA do Distrito Leste/SMSA, incluindo a GEAS/SMSA como instituição coparticipante.
- TCLEs: Os textos foram elaborados com linguagem clara e acessível aos possíveis participantes, além de contemplar os contatos dos pesquisadores.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 196/96, considera aprovado o projeto <ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA>.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 196/96. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios anuais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

#### **Situação do Parecer:**

Aprovado

#### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

**Bairro:** Funcionários

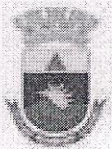
**CEP:** 30.130-007

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



**PREFEITURA  
BELO HORIZONTE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/  
SMSA-BH**



Continuação do Parecer: 262.225

BELO HORIZONTE, 03 de Maio de 2013

---

**Assinador por:  
Eduardo Prates Miranda  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

**Bairro:** Funcionários

**CEP:** 30.130-007

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br

