

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Educação em saúde como estratégia para acompanhamento de pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 no Programa Saúde da Família.

Patrícia Vital Oliveira e Silva

BELO HORIZONTE / MG

2011

Patrícia Vital Oliveira e Silva

Educação em saúde como estratégia para acompanhamento de pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 no Programa Saúde da Família.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^a. Anadias Trajano Camargos

BELO HORIZONTE / MG

2011

Patrícia Vital Oliveira e Silva

Educação em saúde como estratégia para acompanhamento de pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 no Programa Saúde da Família.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^a. Anadias Trajano Camargos

Banca Examinadora:

Profa. Anadias Trajano Camargos - orientador

Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos

Aprovado em Belo Horizonte: 02/07/2011

RESUMO

Este estudo tem como foco central a educação em saúde para o portador de Diabetes Mellitus (DM) configura-se como um dos principais problemas de Saúde Pública no Brasil e atualmente é um dos transtornos crônicos mais freqüentes do mundo. O DM tipo 2 constitui entre 85% e 90% de todos os casos, principalmente em países em desenvolvimento. No Brasil, no ano de 2030, essa prevalência será de mais de 11 milhões de portadores da doença, portanto, iniciativas para a promoção e educação em saúde constituem uma das estratégias de prevenção e controle dessa enfermidade. Trata-se de uma revisão integrativa disponível na literatura sobre o tema educação em saúde como estratégia para acompanhamento de pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 considerando o Programa Saúde da Família como modelo de reorientação do SUS e estratégia da Atenção Primária à Saúde. Este estudo justifica-se pela dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde para o efetivo controle metabólico do diabetes mellitus tendo em vista a baixa adesão às práticas de autocuidado. Tem como objetivo identificar na literatura de que maneira a prática educativa na Atenção Primária em Saúde/Programa Saúde da Família pode contribuir no tratamento do DM tipo 2. Para o desenvolvimento desse estudo, foi realizada consulta à base de dados SciELO e outras durante o período de janeiro a abril de 2011. Os resultados desta pesquisa apontam que as práticas educativas em diabetes constituem ferramenta importante na construção de novos conhecimentos levando a uma prática de comportamentos preventivos e de promoção à saúde visando tornar os portadores desta doença co-responsáveis pelo seu controle e capazes de gerenciá-la. Assim, foi possível demonstrar a importância da educação em saúde como estratégia eficaz para melhorar e manter o bom controle do Diabetes mellitus tipo 2 quando conduzida de forma dialógica e por equipe multiprofissional, considerando o Programa Saúde da Família como modelo de reorientação do SUS e estratégia da Atenção Primária à Saúde. Este estudo justifica-se pela dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde para o efetivo controle metabólico do diabetes mellitus tendo em vista a baixa adesão às práticas de autocuidado.

Descritores: Profissionais de Saúde; Práticas Educativas, Diabetes Mellitus tipo 2 e Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study is the central focus for health education with Diabetes Mellitus (DM) appears as a major public health problems in Brazil and is currently one of the most common chronic disorders in the world. The type 2 diabetes is between 85% and 90% of all cases, especially in developing countries. In Brazil, in 2030, this prevalence is more than 11 million carriers of the disease, therefore, initiatives to promote health and education is one of the strategies for prevention and control of this disease. It is an integrative review available literature on the subject of health education as a strategy for monitoring patients with diabetes mellitus type 2 considering the Family Health Program as a model of refocusing the strategy of the NHS and Primary Health Care This study justified by the difficulty encountered by health professionals for effective metabolic control of diabetes mellitus in order to lower adherence to self-care practices. Aims to identify how the literature of educational practice in Primary Health Care / Family Health Program can help in the treatment of type 2 diabetes. For the development of this study was conducted to query the database and other SciELO during the period from January to April 2011. Our results indicate that the educational practices in diabetes is an important tool in the construction of new knowledge leading to a practice of preventive behaviors and health promotion in order to make the carriers of this disease co-responsible for their control and can manage it. Thus, it was possible to demonstrate the importance of health education as an effective strategy for improving and maintaining good control of diabetes mellitus type 2 when conducted in a dialogical and multidisciplinary team, considering the Family Health Program as a model for reorienting the SUS and strategy of Primary Health Care This study is justified by the difficulty encountered by health professionals for effective metabolic control of diabetes mellitus in order to lower adherence to self-care practices.

Keywords: Health Professionals; Educational Practices Type 2 Diabetes Mellitus and the Family Health Program.

SUMÁRIO

1. Introdução	06
2. Objetivos	08
2.1 Objetivo geral	08
2.2 Objetivos específicos	08
3. Contextualização	09
3.1 Breve histórico sobre a importância do Sistema Único de Saúde	09
3.2 Breve histórico acerca da Atenção Primária à Saúde	10
3.3 Concepções históricas sobre o Programa Saúde da Família	12
3.4 Conceituação e classificação de Diabetes mellitus	13
3.5 Educação em saúde e o autocuidado em Diabetes mellitus tipo 2	16
4. Metodologia	20
4.1 Cenário	20
4.2 Sujeitos	20
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	21
4.4 Instrumento de coleta de dados	21
4.5 Variáveis do estudo	21
5. Resultados e discussão	22
6. Considerações finais	26
Referências bibliográficas	28
Apêndice	31

INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus* (DM) configura-se uma das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) mais freqüentes. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo mundo, cerca de 177 milhões de pessoas eram portadoras da doença em 2000 com expectativa de alcançar 350 milhões em 2025 (BRASIL, 2006a). No Brasil estima-se em torno de 10 milhões de diabéticos em 2010 (BRASIL, 2006a).

O aumento da incidência e prevalência, em particular do *Diabetes Mellitus* tipo 2, vem alcançando proporções epidêmicas. Fatores como o envelhecimento da população, a urbanização e a adoção de estilo de vida pouco saudáveis como o sedentarismo, a dieta inadequada bem como a obesidade são os principais contribuintes para este aumento que acontece principalmente em países pobres e em desenvolvimento.

O DM apresenta alta e precoce morbimortalidade. O impacto na redução na expectativa e na qualidade de vida é considerável. Esta doença é a quarta causa de morte no mundo sendo responsável por 9% da mortalidade mundial total, é o fator mais comum de doença renal crônica terminal, amputação não traumática de membros inferiores e cegueira irreversível; além de aumentar em duas a quatro vezes o risco de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005).

Ressalta-se a necessidade de organizar os sistemas de saúde para lidar com problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência que impulsionam a epidemia de DM. A implementação de estratégias em saúde, economicamente eficazes, para prevenir o DM e suas complicações, por meio do cuidado integral, de forma resolutiva e de qualidade, é prioridade de saúde pública (BRASIL, 2006a).

O tratamento do DM, tanto na perspectiva do paciente como do profissional de saúde, é complexo e difícil de ser realizado, o que tem acarretado dificuldade no controle da doença. Modificações nos hábitos de vida relacionadas ao tipo de dieta e à realização de atividades físicas, monitorização glicêmica e uso diário de medicamentos constituem os fundamentos da terapia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005). Sendo que a adoção de um estilo de vida saudável, com prática regular de atividades físicas e a ingestão de dieta adequada, é praticamente duas vezes mais efetiva que o tratamento farmacológico no controle do DM. No entanto, a ocorrência de mudança no estilo de vida para a prevenção de complicações e

promoção da saúde no tratamento das doenças crônicas é caracterizada pela baixa adesão.

Segundo a Carta de Otawa (1986) a promoção da saúde deve ser entendida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificar os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, resultando conseqüentemente em uma perícia natural no controle deste processo. (BRASIL, 2002)

Para se pensar em uma política pública voltada para o *diabetes* necessita de educação e conscientização da população visando à mudança efetiva do estilo de vida para isso os gestores devem promover uma melhor capacitação dos profissionais de saúde, para orientações aos portadores da doença, que transcenda o tratamento puramente medicamentoso já que diferentes estudos mostram que os serviços de saúde não está preparado para orientar corretamente o paciente portador de diabetes quanto aos cuidados a serem tomados quando o assunto é educação nutricional e mudança de estilo de vida. (BRASIL, 2006a)

Pode se afirmar que ausência de uma equipe multiprofissional favorece a vulnerabilidade dos serviços de saúde, quanto à adoção dos hábitos de vida saudáveis preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes e pela OMS. Neste contexto, questiona-se: Como a literatura acadêmica vem abordando a educação em saúde por intermédio do Programa de Saúde da Família (PSF) como um recurso no tratamento do *diabetes mellitus* tipo 2? Para responder este questionamento ou inquietação, busca-se na literatura responder a pergunta que originou este trabalho.

As repercussões do DM, no que se refere tanto às incapacitações e à mortalidade prematura, quanto aos custos relacionados ao seu controle e ao tratamento de suas complicações (retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia, pé neuropático) o impacto pessoal, familiar e social da doença reafirma cada vez mais a necessidade de investimento em programas de educação em saúde (BRASIL, 2006a).

Neste contexto, o presente trabalho analisa, com base no conhecimento disponível na literatura, aspectos relevantes da educação em saúde como estratégia de promoção, prevenção e tratamento visando melhor controle do portador de DM tipo 2 na Atenção Primária à Saúde/Programa Saúde da Família.

Este estudo se justifica pela importância da atuação de uma equipe multiprofissional como elemento técnico capaz de viabilizar uma melhor qualidade da assistência prestada ao portador de DM, pois evidências científicas mostram que os pacientes quando acompanhados de forma sistemática por equipe multiprofissional de saúde preveniram e/ou protelaram as complicações crônicas durante a evolução do DM. (COTTA, 2007).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender de que maneira a prática educativa na Atenção Primária em Saúde/Programa Saúde da Família pode contribuir no tratamento do DM tipo 2.

2.2 Objetivos específicos

Identificar na literatura como a educação em saúde pode contribuir para o controle metabólico dos portadores de *diabetes mellitus* tipo 2 na Atenção Primária em Saúde/Programa Saúde da Família.

Identificar na literatura quais os fatores facilitadores e dificultadores para o desenvolvimento das práticas educativas em *diabetes mellitus* tipo 2 na Atenção Primária.

3. CONTEXTESTUALIZAÇÃO

3.1. Breve histórico sobre a importância do Sistema Único de Saúde na Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família

O movimento da “Reforma Sanitária” brasileira, do ponto de vista da mobilização social, democrática e política, iniciou-se no final da década de 70, e se antecede à realização de uma importante conferência sobre cuidados primários à saúde, ocorrida na então URSS, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, na cidade de Alma Ata, em 1978. (MENDES, 2004)

A conferência reafirma o conceito de saúde como um direito humano fundamental, traduzido por (...) um completo bem-estar físico, social e mental, e não somente a ausência de doenças, que depende de uma atuação que vá além do setor saúde para sua consecução (...). (OPAS, 1978).

A conferência de Alma Ata serviu de estímulo para realização de outras conferências e debates em saúde em todo mundo. No Brasil, resultou na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O relatório final da 8ª conferência destaca três pontos importantes: saúde como direito, com destaque para ampliação do conceito de saúde; reformulação do Sistema Nacional de Saúde, traduzindo a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde, com o necessário fortalecimento e expansão do Setor Público; e financiamento setorial, indicando que o setor seria financiado por várias fontes de recurso inclusive da Previdência social. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986)

A 8ª Conferência deixou como principal legado à população brasileira, a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária que defendia a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS). (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

O SUS foi implantado através da Constituição Federal de 1988 e constitui um conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo território nacional, com direção única em cada esfera do governo. Assim, o SUS deve garantir saúde como direito de todos mediante políticas públicas, que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos à saúde e acesso universal e igualitário às ações e serviços, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1988).

Com a regulamentação do SUS através da promulgação das Leis Federais 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da

saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e 8.142/90 que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. A organização da saúde no país passa por um processo de mudanças significativas, marcadas pela descentralização dos serviços, mediante a participação das três esferas do governo (União, Estados e Municípios), além do setor privado, com o qual o Estado passa a celebrar contratos e convênios. Estas medidas visam garantir os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da regionalização e da hierarquização dos serviços, dentro de uma mesma lógica de funcionamento em todo território nacional. (MS, 1990; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1992).

A Universalidade, enquanto princípio trouxe o conceito de acesso garantido a todas as pessoas, independente de sexo, renda, raça, procedência, ocupação, nível social ou outras características sociais ou individuais. A Equidade como princípio norteador de justiça social, deve tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde as necessidades da população são maiores. A Integralidade procura ver o indivíduo como um todo, incluindo em seu conceito a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da população. (CUNHA, 2003)

No contexto do SUS a Atenção Básica pode ser definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. (BRASIL, 2006b)

A AB é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006b)

3.2. Breve histórico acerca da Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária é o nível do sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para o atendimento de necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2002)

Segundo Mendes, Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais: o papel resolutivo, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o organizador, relacionado à sua natureza de centro de comunicação visando organizar os fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde; e o de responsabilização: visando co-responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam. (MENDES, 2002)

Ainda segundo Starfield, a Atenção Primária à Saúde deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário.

Assim, a Atenção Básica deve possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006b)

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do Diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. (BRASIL, 2006b)

3.3 Concepções históricas sobre o Programa Saúde da Família

Na década de 90 foi elaborado o Programa Saúde da Família (PSF) como uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde centrada no médico e no hospital para um modelo centrado no usuário, na família e na comunidade em conformidade com os princípios do SUS. (BRASIL, 2001). Embora rotulado como programa o PSF caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados através da incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente dos grupos mais vulneráveis. (BRASIL, 1997).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006b).

As Equipes de Saúde da Família (ESF) precisam ser multiprofissionais compostas por, no mínimo um enfermeiro, um médico, dois auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de famílias por equipe é em média 600 a 1000 famílias correspondendo a 2.400 a 4.500 habitantes. (COSTA, *et al*, 2009).

Desta forma, a ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e se alicerça sobre três grandes pilares: a família o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe.

De acordo com processo de trabalho da Atenção Básica dentre as atividades previstas para a ESF podemos destacar: o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida, bem como desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis.

Desta forma, o trabalho das equipes do PSF ao priorizar a assistência a alguns grupos populacionais considerados de maior risco a agravos, como os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, considera a prevenção primária (redução e controle de fatores de risco) no controle sistêmico e permanente das doenças e para isso lança mão da educação em saúde, em grupo de patologias específicas, para aumentar a conscientização sobre a doença, o número de indivíduos diagnosticados e em

tratamento possibilitando melhor controle da doença e até diminuição das complicações.

3.4 Conceituação e classificação de Diabetes mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios na secreção da insulina, entre outros. (BRASIL, 2006a)

O DM pode ser classificado em tipos (classificação etiológica), definida de acordo com defeitos ou processos específicos, e em estágios de desenvolvimento, pré-clínicos e clínicos. Na classificação etiológica encontramos o diabetes tipo 1, anteriormente chamado de juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outros tipos de diabetes são o diabetes gestacional, tipos menos freqüentes que podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta do pâncreas ou da ação da insulina, de doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes.

- Diabetes mellitus tipo 1: o termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

- Diabetes mellitus tipo 2: o termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação de insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso.

Os vários tipos de diabetes podem progredir para estágios avançados de doença, em que é necessário o uso de insulina para o controle glicêmico. Além disso, antes do diabetes ser diagnosticado, já é possível observar alterações na regulação glicêmica (tolerância à glicose diminuída e glicemia de jejum alterada), e o seu reconhecimento permite a orientação de intervenções preventivas.

Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, enquanto que os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento. Em ambos os casos, a coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é responsabilidade da equipe de atenção básica. (BRASIL, 2006a)

Os sintomas clássicos do DM são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. Entretanto, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, cerca de 50%, e a suspeita clínica deve ocorrer a partir de fatores indicativos de maior risco para a doença. Nestes casos, testes de rastreamento estão indicados uma vez que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída), podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do diabetes tipo 2.

A glicemia de jejum é o exame de escolha no diagnóstico de diabetes em crianças e em adultos, excetuando-se as gestantes. Os critérios diagnósticos de diabetes mellitus são: glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl, sendo o jejum definido como nenhuma ingestão calórica por um período mínimo de 8hs ou na presença de sintomas de hiperglicemia, uma glicemia casual maior ou igual a 200 mg/dl, sendo casual definido como sendo em qualquer horário do dia e independente do horário da última refeição ou glicemia maior ou igual a 200 mg/dl, 2 horas após ingestão de 75 g de glicose anidra ou equivalente ou glicohemoglobina maior ou igual a 6,5% por método que seja NGSP em 2 ocasiões. Os valores devem ser baseados na glicemia plasmática e para as glicemias realizadas em jejum deve-se confirmar o diagnóstico com uma segunda medida da glicemia se não houver sintomas relacionados à hiperglicemia.

Apesar de não serem recomendados de rotina, os testes de tolerância têm utilidade na avaliação subsequente de pacientes que possuem glicemia de jejum normal e forte suspeita de diabetes ou naqueles que apresentam glicemia de jejum alterada (Pré-Diabetes). Uma hiperglicemia insuficiente para estabelecer o diagnóstico de diabetes e acima dos valores considerados normais deve ser categorizada como glicemia de jejum alterada ou intolerância a carboidratos, dependendo do exame utilizado em sua identificação:

- Glicemia de jejum alterada: glicemia de jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL.

- Intolerância a carboidratos: Glicemia 2 horas após 75g de glicose entre 140 mg/dL e 199 mg/dL.
- Glicohemoglobina entre 5,7 – 6,4%.

A glicemia de jejum alterada e a intolerância a carboidratos têm sido denominadas “pré diabetes”. Essas duas categorias do “pré-diabetes” são fatores de risco para do desenvolvimento do diabetes e para doenças cardiovasculares.

O diabetes tipo 2 freqüentemente não é diagnosticado até que ocorram complicações da doença e aproximadamente um terço dos portadores de diabetes tipo 2 podem não saber do diagnóstico. Exames simples estão disponíveis para detecção da doença pré-clínica e existem intervenções efetivas para prevenir a progressão do pré-diabetes para o diabetes e para reduzir o risco de complicações. Dessa maneira, o rastreamento do diabetes tipo 2 e do pré-diabetes deve ser considerado em todos os adultos (independente da idade) com IMC \geq 25 e um ou mais fatores de risco para doença cardiovascular. Como a idade é um importante fator de risco, recomenda-se também o rastreamento de indivíduos sem fatores de risco a partir dos 45 anos de idade.

O DM tipo 2 tem como alvos terapêuticos dois planos básicos, o controle glicêmico, através da mudança do estilo de vida e farmacoterapia, visando prevenir complicações agudas e a prevenção das complicações crônicas que se dá a partir das intervenções metabólicas e cardiovasculares bem como da detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes.

A prevenção terciária, em que complicações já ocorreram, é, ainda hoje, a que consome a maior parte dos investimentos. A prevenção secundária reforça a importância do tratamento adequado do diabético sem complicações. A prevenção primária, de interesse mais recente, tem como finalidade impedir o aparecimento da doença. Está bem demonstrado hoje que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída), podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do diabetes tipo 2. Por exemplo, mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em 3 anos. Essas mudanças visavam discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso alcançado, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras (especialmente as saturadas), e atividade física regular. Intervenções farmacológicas também se mostraram eficazes.

O tratamento medicamentoso pode ser feito com os anti-diabéticos orais ou insulina. Os anti-diabéticos orais são divididos basicamente em medicamentos que não aumentam a secreção de insulina: metformina (biguanida), rosiglitazona e pioglitazona (tiazolidinedionas ou glitazonas) e acarbose (inibidor da α -glicosidase) e medicamentos que aumentam a oferta de insulina: são os secretagogos de insulina ou

sulfoniluréias, clorpropamida, glibenclamida, gliclazida, glipizida, e glimepirida. O DM tipo 2 caracteriza-se por um estado de resistência à insulina acompanhado por uma disfunção progressiva da célula beta. Medidas como mudanças no estilo de vida, redução de peso e exercícios contribuem para reduzir a resistência insulínica, mas não impedem a perda progressiva da capacidade de secretar insulina que estes pacientes apresentam com a evolução da doença. Com isso, as modificações do estilo de vida e os antidiabéticos orais tendem a se tornar ineficazes no controle glicêmico de muitos pacientes (cerca de 20% deles), sendo necessário insulinizá-los. Se o controle não for obtido apenas com a aplicação da insulina basal (insulinização basal), devemos pensar no uso de doses de insulina em bolus antecedendo às refeições (insulinização prandial).

O tratamento do diabetes tipo 2 está baseado na mudança de hábitos de vida como a redução e manutenção do peso a partir de uma alimentação adequada e prática de exercícios físicos e no tratamento medicamentoso. A equipe de saúde, multidisciplinar, é responsável por coordenar o cuidado e programar atividades de educação em saúde que visem à efetividade e adesão dos pacientes ao acompanhamento proposto. (BRASIL, 2006a).

3.5 Educação saúde e o autocuidado em Diabetes mellitus tipo 2

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso utilizado pelos profissionais da saúde, por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde atinge a vida cotidiana das pessoas levando à compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença e desta forma oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. (ALVES, 2005).

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, Vasconcelos (1989; 1999) destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Os serviços de saúde, em especial a APS, através da educação em saúde para o autocuidado têm grande potencialidade no enfrentamento dos problemas de saúde locais, já que estes serviços têm como característica a maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. Desta forma, fortalecendo a relação com a população e os movimentos sociais e criando vínculos entre as ações de saúde e o cotidiano das pessoas. (VASCONCELOS, 2001; 2002). Para Mendes (1996), os serviços de atenção básica precisam lançar mão de tecnologias de alta complexidade que envolvam

conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais destacamos a educação em saúde.

A prática educativa na saúde pública tem passado por transformações desde o seu início. Desde a educação sanitarista, como forma de prevenção de doenças, caracterizada por uma prática autoritária e normalizadora até os modelos mais atuais, como o da Educação Popular (EP).

A EP iniciou suas experiências pioneiras nas décadas de 1970 e 1980. Trata-se de uma estratégia de reorientação do funcionamento do serviço com a valorização da participação da população no cotidiano das práticas de saúde. Segundo Vasconcelos (2004), a EP deve utilizar como ponto de partida do processo da educação o conhecimento anterior do educando e permitir que o mesmo desenvolva capacidade de análise crítica sobre a realidade.

Para Alves (2005), seguindo a premissa da EP o processo de educação em saúde deve estar baseado em uma postura dialógica. No modelo dialógico, profissionais e usuários atuam como iguais, o diálogo é privilegiado e a troca de saberes ajuda o indivíduo a reconhecer-se como construtor do seu conhecimento, já que a partir da sua realidade é que se extraem as suas demandas por aprendizagem. O reconhecimento do usuário como portador de um saber, traz a possibilidade de transformação dos saberes existentes e não apenas informar para a saúde. Este modelo apreende de forma abrangente as necessidades de saúde dos usuários e torna a prática educativa mais humanizada. (ALVES, 2005)

Para o desenvolvimento pleno de tais ações, é necessário entender a ação educativa com a ótica da integralidade e da participação comunitária do SUS. Primeiramente a ação deve estar contida em todos os atendimentos sejam eles individuais ou coletivos sempre com vistas à emancipação do sujeito nas questões relacionadas ao autocuidado. Também é necessário que esse participe de todas as fases do processo de educação e que a prática seja desenvolvida a partir das necessidades e expectativas do sujeito e coletividade. (ALVES, 2005).

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos. (BRASIL, 1997).

O tratamento do diabetes tipo 2 baseado no uso de fármacos, adoção de dieta balanceada e prática de exercícios físicos regulares, requer a mudança de estilo de

vida dos portadores da doença e principalmente a manutenção desses novos hábitos. Para muitos usuários com diabetes, a necessidade de mudanças no estilo de vida, leva a uma baixa adesão ao tratamento principalmente no que se refere às práticas de autocuidado. A equipe de saúde é responsável por coordenar o cuidado e programar atividades de educação em saúde que visem não apenas a adesão ao acompanhamento proposto, mas também à efetividade. (BRASIL, 2006).

Segundo Torres *et al* (2002; 2004), as ações educativas quando conduzidas por profissionais de saúde capacitados e com suas competências delineadas no processo de aprendizagem contribuem para o melhor controle metabólico, sendo esse o responsável por conduzir as condições favoráveis ao processo de aquisição de conhecimento que possam levar a mudança nos hábitos de vida e manejo da doença.

Desta forma, em estudos sobre educação em saúde e diabetes, Torres *et al*. (2009) mostram que indivíduos que participaram de atividades educativas sistematizadas, tiveram melhora estatisticamente significativa do controle metabólico, tendo em vista dos níveis de glicohemoglobina, assim como aumento no conhecimento sobre o gerenciamento da doença.

Martins e Comiotto (2006), em estudo sobre o autocuidado em diabetes, afirmam que o suporte familiar, as consultas com profissionais de saúde e participação em grupos, contribuem para aumentar a adesão ao autocuidado uma vez que aumenta o conhecimento sobre a doença e das alternativas para tratá-la.

A educação para o autocuidado do diabetes é o processo de ensinar o paciente a administrar a sua doença (Zanetti *et al*, 2008). A educação em diabetes como um plano de intervenções estruturadas visa fornecer ao indivíduo conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para: o desempenho do autogerenciamento dos cuidados da doença no controle das crises (hipoglicemia; hiperglicemia) e para a mudança de comportamento, especialmente, na alimentação e atividade física. Ao final do processo o portador de diabetes deve estar capacitado para entender e participar do plano terapêutico. De forma complementar, Oliveira (2000) afirma que os objetivos da educação em saúde ao paciente diabético seriam atingir o bom controle metabólico, melhorar as habilidades do diabético com relação ao autocontrole, promover modificações no estilo de vida, minimizar a ocorrência das complicações agudas, reduzir as hospitalizações devido às complicações crônicas e, por fim, melhorar a qualidade de vida do paciente diabético.

Ainda segundo Oliveira (2000), devemos ter clareza que somos integrantes de uma equipe para o tratamento do diabetes da qual fazem parte: o indivíduo com diabetes como condutor do processo, o médico como especialista e a equipe multiprofissional como guia do processo; sendo assim, todos são responsáveis pelo

tratamento. O papel do educador em diabetes seria o de avaliar o comportamento do paciente diabético para o autocontrole (...) visando essencialmente à redução dos fatores de risco. O educador pode atuar não só através do atendimento individual (ambulatorial ou domiciliar), mas através de grupos educativos.

A valorização dos diversos saberes favorece o aprimoramento de todos os envolvidos, usuários e profissionais. Para a realização da prática educativa são necessárias a comunicação e o trabalho em equipe. A comunicação efetiva pode favorecer o entendimento do usuário do processo saúde doença, e a partir disso, pode levá-lo a enfrentar seus problemas, podendo gerar mudança de comportamento. (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Estudos demonstram que os profissionais de saúde reconhecem a importância do processo educativo no manejo do diabetes tipo 2 na medida em que educam o indivíduo para o autocuidado e autocontrole da doença, porém uma série de limitações para a implementação e continuidade de programas educativos são colocadas por esses profissionais, tais como o despreparo da equipe de saúde para a organização, planejamento e execução das atividades educativas em diabetes tipo 2, muitas vezes relacionadas ao fato de que não há formação acadêmica na área de educação em saúde; as relações interpessoais serem pouco efetivas e a falta de capacitação sobre diabetes. Outros problemas apresentados são a falta de sistematização do programa educativo e a falta de tempo para a realização dessas ações o que resulta em descontinuidade do processo e desmotivação do profissional. (Torres, Hortale e Schall, 2002).

Estudos sobre as competências profissionais e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) relatam que os profissionais têm dificuldades de entendimento da concepção de competência como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes nas atividades que desenvolvem enquanto ESF. Leonello e Oliveira (2008) citam o desenvolvimento de competências como o "saber conhecer", "saber fazer", "saber ser" e "saber conviver", sendo esses, pilares de uma proposta de educação que visa à formação para a cidadania. Para CYRINO (2009), o "saber conhecer" está relacionado ao conhecimento, à compreensão do que é necessário para a realização do autocuidado. O "saber-fazer" é a habilidade, a destreza para executar as tarefas relacionadas ao autocuidado, o "saber ser e conviver" são as atitudes relacionadas ao modo de viver com o diabetes.

Na Atenção Primária à Saúde os profissionais, ao lidar com a educação em saúde, devem se posicionar com uma postura dialógica utilizando seus conhecimentos teóricos, experiências e habilidades para conduzir o processo educativo a uma prática transformadora da vida das pessoas melhorando assim a qualidade de vida e

proporcionando o autocuidado do usuário com diabetes.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desse estudo, optou-se pela revisão integrativa da literatura a qual tem como finalidade reunir e sintetizar o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, ou seja, permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para a sua incorporação na prática.

Para elaboração da revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: identificação do problema, estabelecimento do objetivo da revisão, seleção da amostra ou busca na literatura, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos (seleção da amostra), definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

4.1 Cenário

As ações educativas acontecem na Unidade Básica de Saúde, local primordial da Atenção Básica à Saúde, durante as consultas e nos grupos operativos onde o conhecimento coletivo pode enriquecer ainda mais o processo de formação.

4.2 Sujeitos

A pesquisa foi constituída busca ativa realizada na base de dados da coleção Scientific Eletronic Library Online (SciELO), periódicos. A busca de fontes bibliográficas se baseou nos seguintes descritores: Profissionais de Saúde; Práticas Educativas, Diabetes Mellitus e Programa Saúde da Família.

Quadro 1: Fontes de consultas de acordo com os descritores. Junho 2011.

Base de dados	Descritores	Amostra
SciELO	Programa Saúde da Família	297
SciELO	Diabetes Mellitus tipo 2 e práticas educativas	76
SciELO	Diabetes Mellitus tipo 2, práticas educativas e profissionais de saúde	17

Em função da atualidade do tema e da inexistência de citações na pesquisa bibliográfica descrita anteriormente, foi necessária a consulta à Constituição de 1988,

documentos normativos do SUS, relatórios finais das conferências de saúde, publicações do ministério da saúde referentes à Atenção Básica e Programa Saúde da Família, ao capítulo do livro de Bárbara Starfield (2002) sobre a Atenção Primária à Saúde, às publicações recentes sobre Diabetes como Atualização em Diabetes feita pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2005), Cadernos de Atenção Básica publicado pelo Ministério da Saúde (2006) e Protocolo de Diabetes Mellitus da Prefeitura de Belo Horizonte (2010). Foram utilizadas também vivências e observações da prática dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão foram selecionados apenas aqueles que responderam à pergunta desta revisão nos publicados na língua portuguesa com os resumos disponíveis na base de dados selecionada, no período compreendido entre 1989 a 2009. Para análise do material, a seleção de artigos foi inicialmente realizada através da seleção por títulos que continham referência aos descritores selecionados e finalmente, após a leitura dos resumos, foram excluídos os artigos cujos temas não eram pertinentes ao assunto. O levantamento dos artigos selecionados foi realizado no período de janeiro a abril de 2011. Ao final, foram selecionados 14 artigos.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento com o objetivo de facilitar o processo seletivo de coleta e análise dos dados. Este instrumento contém questões relativas a todos as variáveis relacionadas ao estudo. Apêndice 1.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método.

4.5 Variáveis do estudo

Por se tratar de um tema de abrangência multiprofissional, variáveis como profissão, delineamento e diferentes intervenções foram obtidas durante a pesquisa. Para localizar os artigos foram utilizadas estratégias que tiveram como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão da revisão integrativa, previamente estabelecidos para manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cabe ressaltar que as fontes consultadas para desenvolver este trabalho são encontradas no quadro abaixo:

Quadro 1: Fontes consultas de acordo com os descritores. Junho 2011.

Base de dados	Descritores	Amostra
SciELO	Programa Saúde da Família	297
SciELO	Diabetes Mellitus tipo 2 e práticas educativas	76
SciELO	Diabetes Mellitus tipo 2, práticas educativas e profissionais de saúde	17

Foi utilizada a base de dados SCiELO e através dos descritores isolados ou associados foram encontrados um total de 390 artigos. Destes, 297 relacionados ao Programa Saúde da Família, 76 resultantes da associação de diabetes mellitus tipo 2 e práticas educativas e 17 do refinamento da associação acima utilizando o descritor profissionais de saúde. Entretanto, após os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 14 artigos para realização do trabalho.

Quadro 2: Intervenções do profissional como educador em saúde. Junho, 2011.

Artigo	Intervenção
Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.	Refletir sobre as práticas de educação em saúde no contexto do PSF destacando o modelo dialógico.
Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial.	Refletir sobre os desafios dessa estratégia quanto às práticas de saúde no contexto da atenção primária.
Promoção da Saúde e Diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde.	Refletir sobre o planejamento das ações em saúde.
Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária à saúde.	Criação de um protocolo para construção de conhecimentos, habilidades e atitudes; habilidades necessárias à efetividade dos grupos operativos.
Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: Da hospitalização ao domicílio.	Conscientizar os portadores de DM da sua doença e da importância do autocuidado bem como estimular sua realização por

	profissionais de saúde.
Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre as organizações complexas.	Reflete sobre as possibilidades da Atenção Básica à Saúde.
Desenvolvimento e Saúde: a declaração de Alma Ata e movimentos posteriores.	Revisão sistemática dos movimentos.
Ação Educativa de Enfermagem no Controle do Diabetes.	Refletir sobre a importância da Educação em Saúde na prevenção das complicações crônicas do DM.
Avaliação de um Programa Educativo em Diabetes Mellitus com indivíduos portadores de diabetes tipo 2 em Belo Horizonte, MG	Processo educativo em grupos operativos para portadores de DM tipo 2.
Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes.	Avaliação do programa de educação em saúde em grupo e individual em portadores de DM.
Experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos.	Utilização de jogos como uma técnica de aprendizagem, para formação de equipe multiprofissional, buscando novas alternativas do processo educativo.
Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG	Através de grupos focais conhecer o processo de educação nas equipes e implementação do programa educativo.
Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde.	Discute a importância da educação popular como método de educação em saúde.
Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes.	Formação de grupo de portadores de DM com formação educativa acerca da doença e autocuidado.

Quadro 3: Distribuição por autor, profissão, área de atuação e titulação dos autores. Junho 2011.

Autor	Profissão	Área de atuação	Titulação
ALVES, V. S.	Psicólogo	Instituto de Saúde Coletiva, UFBA	
COSTA, G. D.	Enfermeiro	Departamento de Enfermagem, UFViçosa	Mestre
COTTA, RMM	Nutricionista	Departamento de Nutrição e Saúde	
DIAS, V.	Enfermeiro	Enfermeira do projeto de Telemática e Telemedicina em apoio a Atenção Primária à Saúde no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul.	Mestre
MARTINS, J. J.	Enfermeiro	Programa de pós-graduação, UFSC	Mestre
MENDES, E.V.	Odontólogo	Escola de Saúde Pública do Ceará	Doutor
OLIVEIRA, O.	Enfermeiro	Professora adjunta de enfermagem da UNIFESP/EPM	Doutor
TORRES, H.C.	Enfermeiro	Departamento de Enfermagem Aplicada, UFMG	Doutor
VASCONCELOS, E. M.	Médico	Professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.	Doutor
ZANETTI, M. L.	Enfermeiro	Professora da escola de enfermagem de Ribeirão Preto.	Doutor

Quanto à autoria dos artigos constatou-se que 10 (70,5%) são de enfermeiros; 1 (7,05%) foi escrito por médicos; 1 (7,05%) foi feito por psicólogo; 1 (7,05%) tinham como autores nutricionistas 1 (7,05%) por odontólogo. Dentre os autores 5 (41,6%) são doutores, 4 (33,3%) são mestres e 2 (14,2%) não foi encontrada titulação.

Esses dados possibilitaram constatar a abrangência multiprofissional que o tema necessita, destacando, entretanto, a enfermagem como área profissional que mais se dedica a estudos/investimentos nesta área. Dados estes reafirmados por Cotta, 2007.

Quadro 4: Caracterização da produção científica, segundo a fonte de consulta, tipo do periódico e o país. Junho 2011.

Literatura	Periódico	Fonte	Ano public	Tipo public	Delineamento	País
ALVES,V.S.	Interface-Comunic, Saúde, Educ	SciELO	2004	Artigo	Ensaio clínico randomizado	Brasil
COSTA,G.D	Revista Brasileira de Enfermagem	SciELO	2009	Artigo	Revisão bibliográfica	Brasil
COTTA, R.M.M.	Revista de Ciência e Saúde Coletiva	SciELO	2007	Artigo	Revisão sistemática	Brasil
DIAS, V.P.	Revista da APS	SciELO	2009	Artigo	Construção de instrumento	América do Norte
MARTINS, J.J.	Arquivos Catarinenses de Medicina	SciELO	2006	Artigo	Pesquisa descritiva	Brasil
MENDES, E.V.	Escola de Saúde Pública do Ceará	SciELO	2002	Artigo	Revisão narrativa	Brasil
OLIVEIRA, O.	Acta Paulista de Enfermagem	SciELO	2000	Artigo	Revisão narrativa	Brasil

	m					
TORRES, H.C.	Revista de Saúde Pública	SciELO	2009	Artigo	Ensaio Clínico randomizado	Brasil
TORRES, H.C.	Cadernos de Saúde Pública	SciELO	2003	Artigo	Relato de experiência	Brasil
VASCONC ELOS, E.M.	Physis	SciELO	2004	Artigo	Revisão sistemática	Brasil
ZANETTI, M.L.	Rev Latino-am Enfermage m	SciELO	2008	Artigo	Estudo quase experimental prospectivo, comparativo	Brasil

Quanto ao tipo de revista científica 3 (27,2%) são publicações em revistas de enfermagem, 2 (18,1%) publicações em revistas de medicina e 6 (54,5%) são publicações voltadas para saúde pública de abrangência multiprofissional. Ao analisar os delineamentos de pesquisa dos artigos incluídos, constatou-se 2 (18,1%) ensaios clínicos randomizados, ou seja, delineamento de pesquisa experimental; 1 (9%) pesquisa com delineamento quase experimental (estudo comparativo retrospectivo) e 6 (54,6%) revisão da literatura, 1 (9%) construção de protocolo e 1 (9%) relatos de experiência.

Observa-se que a maioria dos artigos selecionados trata-se de revisão bibliográfica o que valida e reforça a proposta e resultados deste trabalho.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância do estudo acredito que o mesmo vai oferecer subsídios para o desenvolvimento das atividades educativas com pacientes portadores do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2) ao considerar que essa doença constitui importante e crescente problema de saúde pública mundial tendo em vista tanto o número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como os custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações.

Por se tratar de uma doença crônica, apenas o tratamento medicamentoso não é suficiente para manter o controle ao longo do tempo. Uma mudança de estilo de vida faz-se necessária com a adoção de alimentação adequada e prática de atividades físicas regulares, bem como a manutenção desses novos hábitos. Entretanto, a necessidade de uma mudança permanente de comportamento pode levar a baixa adesão às práticas de autocuidado.

Ter conhecimento sobre o que está acontecendo é um fator que pode contribuir para o paciente manter o seu controle, ou seja, estar consciente das alternativas que tem para tratar/cuidar da doença. (MARTINS e COMIOTTO, 2006). Desta forma, promover ações educativas para o diabético é premissa fundamental para o tratamento. (TORRES *et al*, 2002).

Esta revisão evidencia a importância das práticas educativas em saúde, como estratégia prevista para a Atenção Primária à Saúde (APS), no tratamento e acompanhamento do DM tipo 2.

Destaca também que os profissionais de saúde da APS, que desenvolvem as práticas educativas, devem se posicionar com uma postura dialógica e na troca de saberes, promovendo intercâmbio entre os saberes científico e popular. Lançando mão de seus conhecimentos teóricos e experiências e suas habilidades para conduzir o processo educativo na construção de novos conhecimentos levando a uma prática de comportamentos preventivos e de promoção à saúde visando tornar os portadores do DM tipo 2 co-responsáveis pelo seu controle e capazes de gerenciar sua doença.

Entretanto, podemos observar que os profissionais de saúde da APS, embora atuando como equipe multidisciplinar, não estão preparados para a condução das práticas educativas do DM tipo 2 considerando a forma de atuação do profissional

para organizar, coordenar, planejar e avaliar o processo.

O que se percebe na prática é que embora a educação em saúde tenha um papel essencial ao tratamento do DM tipo 2 não há uma efetiva disposição dos profissionais na sua realização, seja no momento da consulta ou durante a realização dos grupos, ainda que os mesmos reconheçam sua importância. Assim, no momento da consulta ainda prevalece a transmissão vertical do saber e nos grupos operativos é delegado ao enfermeiro a realização da educação em saúde que na maioria das vezes é baseada em palestras. Vincula-se o grupo à renovação de receitas para conseguir a “adesão” dos pacientes sendo esse o papel do médico na educação em saúde. Essa postura justifica-se pela falta de tempo para organização do processo educativo, maioria do tempo do PSF é dedicado à demanda espontânea, e pelo despreparo, desconhecimento para a educação em saúde, profissionais sem formação acadêmica necessária. Com isso, gera-se uma perda do potencial deste instrumento para o enfrentamento do tratamento do DM tipo 2.

É necessário que os profissionais da APS conheçam as competências necessárias para o desenvolvimento das práticas educativas em DM tipo 2. Para isso é importante a iniciativa de cada profissional individualmente. O desenvolvimento das competências está relacionado ao trabalho em equipe e a necessidade de formação contínua dos profissionais que atuam na APS.

Desta forma, para garantir práticas educativas de qualidade, gestores e profissionais em saúde devem valorizar e favorecer a educação em serviço seja mobilizando a formação de grupos locais com funcionamento regular visando refletir sobre a prática da educação ou através de capacitação sistematizada.

Concluindo, quero afirmar a importância desse estudo para meu crescimento profissional e pessoal, com certeza depois desse estudo me tornarei num profissional com idéias transformadoras, indo mais além com mudança de postura que vai contribuir muito com a equipe com a qual trabalho.

REFERÊNCIAS:

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=pt&nrm=iso>.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 29 de 2000. Dispõe sobre a saúde. Disponível em: dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): ministério da saúde, 1997. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas Públicas. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. 2002; 56p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diabetes Mellitus: Caderno de Atenção Básica, Brasília (DF), n. 16, 2006a, 64 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº-648/gm de 28 de março de 2006b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de saúde. 1986. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de saúde. 1992. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf

COSTA, G.D. et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2009, jan-fev; 62(1): 113-8.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Promoção da Saúde e Diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. Revista Ciência de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2467.

CUNHA JPP, CUNHA RE. Sistema Único de Saúde: princípios. In: Campos FE, Tonon LM, Oliveira Jr M. (org). Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: Coopmed, (s/d). Cadernos de Saúde, 2.

CYRINO, Antonio Pithon. **Entre a ciência e a experiência**: uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: UNESP. 2009.

DIAS, V., SILVEIRA, D., WITT, R.. Educação em saúde: protocolo para o trabalho de grupos em atenção primária à saúde. **Revista de APS**, América do Norte, 12, jun. 2009. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/330/205>

MARTINS, JJ; COMIOTTO, G. Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: Da hospitalização ao domicílio. **Artigos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v.35, n.3, 2006. Disponível em <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/383.pdf>>

MENDES, Eugênio Vilaça et AL. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre as organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e Saúde: a declaração de Alma Ata e movimentos posteriores. Rev. Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto, v.12, n.3. June 2004. Disponível em http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Legislação do SUS. Lei n. 8.080/90. Disponível em <http://www.saúde.gov.br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Legislação do SUS. Lei n. 8.142/90. Disponível em <http://www.saúde.gov.br>

OLIVEIRA O. Ação Educativa de Enfermagem no Controle do Diabetes. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 13, Número Especial, Parte I, 2000. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_esp1/pdf/art14.pdf >

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Declaração de alma ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma Ata, URSS. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> http>

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Protocolo de Diabetes Mellitus e atendimento em angiologia e cirurgia cardiovascular, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Atualização brasileira sobre diabetes, Rio de Janeiro : Diagraphic, 2005

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TORRES H.C. Avaliação de um Programa Educativo em Diabetes Mellitus com indivíduos portadores de diabetes tipo 2 em Belo Horizonte, MG [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ; 2004. p. 125.

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, abr. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200010&lng=pt&nrm=iso>.

TORRES, HC; HORTALE, VA; SCHALL, V. Experiência de jogos em grupos

operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. 1039-47, 2002.

TORRES, HC, Monteiro MRP. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG. *REME Rev Min Enferm.* 2006;10(4):402-6.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1989.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos, E. M. (Org.) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. P.11-9

VASCONCELOS, E.M. Educação popular e Pesquisa-Ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: GONSALVES (org). Educação e grupos populares: temas (re) correntes. Campinas, SP: Editora Alínea, 2002. p. 99-116.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=pt&nrm=iso

ZANETTI, Maria Lúcia; OTERO, Ludmila Miyar; OGRIZIO, Michelle Daguano. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, abr. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200010&lng=pt&nrm=iso

APÊNDICE:

Apêndice 1 – Instrumento de coleta de dados:

- 1) identificação do artigo original
- 2) características metodológicas do estudo
- 3) avaliação do rigor metodológico
- 4) intervenções estudadas
- 5) resultados encontrados.