

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DANIELA DALLEGRAVE

**O ENFOQUE DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DIABETE MELITO**

Porto Alegre
2003

Biblioteca
Esc. de Enfermagem da UFRGS

DANIELA DALLEGRAVE

**O ENFOQUE DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DIABETE MELITO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à comissão de Estágio Curricular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeira. Orientadora: Enf^a. Ms. Carmen Lúcia Mottin Duro

Porto Alegre
2003

Dedico esse trabalho àquelas que, juntas, compõe um exemplo de trabalho interdisciplinar e que constróem a Educação em Saúde em todos os dias e em todos os momentos: Guiomar Luciana Danieli, Janete Farias dos Santos Rosa, Juraci Teresinha de Carvalho, Lúcia Beatriz Rosa da Silva, Luciene dos Santos Teixeira, Maria de Fátima Marques Santos, Marlene Kalicki, Rosemari Fagundes Junqueira e Zenaide Ferreira Alves.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela coragem nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

Às maiores paixões da minha vida, meus pais, pela força e pelos mimos nas horas certas.

À (tia) Eliane Cortez, pelo incentivo, ajuda e orientação.

À minha família, por acreditar em mim.

À professora Carmen, por mostrar-me os rumos a serem seguidos.

Aos amigos, por me fazerem tão feliz e por entenderem os momentos de ausência.

Aos colegas, pela presença sempre constante, mesmo quando a distância física existe.

Aos professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelos ensinamentos e, principalmente, por me fazerem apaixonada pela minha profissão.

À sociedade, pois, na medida em que paga seus impostos, possibilitou-me a conclusão desse curso.

“Para muitos, educar para a saúde é levar para a população a compreensão e as soluções corretas que os profissionais conscientes, politizados e conhecedores da ciência já descobriram. É conscientizar o povo que ainda não se conscientizou. No entanto, quanto mais estudamos a realidade de vida da população mais percebemos como que o saber popular, antes de ser um saber atrasado, é um saber bastante elaborado, com ricas estratégias de sobrevivência e com grande capacidade de explicar parte da realidade. (...) Assim só cabe entender a educação em saúde como educação baseada na **troca de saberes**. Um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que **cada um deles tem muito a ensinar e muito a aprender**” (VASCONCELOS, 1997, p.20; grifo próprio).

RESUMO

A Diabete Melito é uma doença crônica de grande preocupação para a saúde pública devido ao fato de implicar altos custos, tanto para o indivíduo, quanto para a coletividade. Por se tratar de uma doença com altas taxas de morbidade e mortalidade, requer um programa de educação em saúde com enfoque na participação dos indivíduos no seu cuidado. Pensando nesse contexto, optei por estudar a inserção da educação em saúde e do profissional enfermeiro na política pública que está sendo utilizada para orientar a atenção aos portadores de Diabete Melito nos postos que atendem ao Programa de Saúde da Família (PSF). Sendo assim, os objetivos foram verificar se o enfoque de educação preconizado pelo protocolo do estudo contempla os princípios do Sistema Único de Saúde e se as ações do enfermeiro estão em conformidade com a Lei do Exercício Profissional e com a estratégia de atenção interdisciplinar defendida pelo modelo de atenção do PSF. Esse estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual a metodologia de trabalho utilizada foi a análise de conteúdo descrita por Minayo (1996). Os resultados encontrados mostram que essa política enfoca a educação em saúde como instrumento controlador dos indivíduos e os coloca como receptores de normas de cuidado a serem seguidas sem questionamentos. Quanto à atividade do enfermeiro, o protocolo limita as atribuições desse profissional, não utilizando, dessa forma, todo seu potencial de educador. Percebe-se ainda, a hegemonia do trabalho do médico sobre as demais profissões da saúde, as quais são mencionadas como ferramentas de apoio à atividade do profissional médico. É preciso que a abordagem educativa aos portadores de Diabete Melito os faça protagonistas de sua própria história e que os profissionais de saúde estejam aptos a realizarem o trabalho educacional de maneira interdisciplinar, incluindo o sujeito receptor como integrante da equipe.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS	12
3 ATENÇÃO À DIABETE MELITO	13
3.1 Dados Epidemiológicos e Políticas Públicas de Saúde	13
3.1.1 Sistema Único de Saúde	17
3.1.2 Programa de Saúde da Família	18
3.2 Educação em Saúde.....	19
3.2.1 O Profissional Enfermeiro	23
4 METODOLOGIA	25
4.1 Tipo de Pesquisa.....	25
4.2 Fonte do Estudo.....	25
4.3 Coleta de Informações.....	26
4.4 Procedimentos de Análise das Informações	26
4.5 Aspectos Éticos	28
5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	29
5.1 O Espaço da Educação em Saúde.....	29
5.2 A Inserção do Profissional Enfermeiro	40
5.2.1 Na Equipe Interdisciplinar	40
5.2.2 Na Educação em Saúde	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	56

1 INTRODUÇÃO

A escolha de um assunto para aprofundamento no trabalho de conclusão de curso é conflitante para o graduando na medida em que diversos temas instigam a uma procura mais detalhada. Felizmente, alguns fatores auxiliam essa opção como, por exemplo, os estágios experienciados pelo acadêmico e o contexto histórico, no qual a escolha está inserida.

A preferência pelo assunto Diabete Melito¹ resultou de minha vivência acadêmica em dois momentos, sendo o primeiro em um estágio voluntário no qual a maioria dos clientes sob minha responsabilidade eram portadores dessa patologia. Em seguida, fiz estágio extracurricular em uma unidade ambulatorial de endocrinologia, de um hospital universitário, sendo atividade da enfermeira orientadora a realização de consulta de enfermagem para indivíduos diabéticos. Durante esse estágio, pude perceber que as ações ordenadas durante a promoção da assistência, quer seja em grupos, consultas ambulatoriais ou encaminhamentos (referência e contra-referência), auxiliam o profissional a prestar o cuidado com excelência e o respaldo legal² assegura ao trabalhador o direito da intervenção e proporciona, em última análise, a integração da equipe de saúde no planejamento do tratamento do portador de Diabete Melito. A presença da educação em saúde nesse espaço de aprendizagem foi constante, tornando-se grande fator de motivação para esse estudo.

A conjuntura política do Ministério da Saúde do governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003 – 2006), tendo como Ministro da Saúde o pernambucano Humberto Costa, optou por privilegiar a educação em saúde como espaço para políticas públicas. Essa inserção ocorreu a partir da divisão do Ministério em cinco secretarias, sendo uma delas a

¹ De acordo com Ferreira (1975) Diabetes e Diabete são sinônimos. Melito é a versão em português do termo em latim Mellitus.

² O respaldo legal pode ser apresentado sob a forma de protocolos ou documentos oficiais que orientem a assistência.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde, uma subdivisão dessa Secretaria, tem a incumbência de propor e formular políticas referentes:

à formação e educação dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade e à capacitação de profissionais de outras áreas e da própria população para favorecer a articulação intersetorial e o controle social no setor saúde (BRASIL, 2003, p.2).

Assim, essa gestão preconiza a educação em saúde nos níveis Técnico, Superior e Popular, atendendo às demandas sociais e promovendo melhoria na qualidade dos serviços de saúde.

Em onze de abril de 2003, realizou-se em Brasília uma reunião entre o Ministério da Saúde e o segmento estudantil³ para organizar um estágio de vivência na realidade do Sistema Único de Saúde, o qual terá enfoque na interdisciplinaridade e na gestão do SUS. Nesse encontro, Ricardo Burg Ceccim, diretor do departamento supracitado, verbalizou a necessidade de lançar o desafio de discussão da formulação de políticas de saúde às universidades, pois dessa maneira será feita a inserção do profissional no sistema de saúde. Concordo com esse pensamento, pois pude verificar que, durante a academia, tive pouco contato com esse trabalho de diagnóstico das demandas populares e de planejamento de políticas públicas, o que trouxe dificuldades nos momentos de implementação do cuidado em saúde coletiva.

Espera-se que o enfermeiro esteja preparado cientificamente e use os mais diversos saberes para poder prestar uma assistência qualificada ao atender o cidadão com doença crônica, seja no hospital ou na comunidade. Uma das formas de realizar um cuidado adequado é seguir as normas protocolares instituídas ou pela instituição de saúde privada ou pelo Ministério da Saúde e os órgãos responsáveis nos entes federados (secretarias municipais e

³ Representantes dos quatorze cursos da área da saúde definidos pelo Conselho Nacional de Saúde através da resolução 287 de 1998: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

estaduais).

Protocolo é qualquer documento regulador de atos públicos e norteador de convenções de entendimento universal, ou seja, deve ser acessível aos interessados. Serve para padronizar a ação, transformando-a em ato formal. Como consequência do uso desses documentos, têm-se aumento da eficácia e diminuição dos custos (FERREIRA, 1975). A National Pathways Association (2003 apud Souza, 2003, p.8) diz: “protocolo é uma ferramenta integrada do cuidado, que determina uma prática de consenso entre as equipes multidisciplinares, baseada em medicina por evidências, e para um grupo específico de clientes”. Sendo assim, o conhecimento de leis e diretrizes, as quais regulamentam o exercício profissional da assistência aos cidadãos, faz parte do cotidiano do profissional enfermeiro.

A utilização de um protocolo, no meu entendimento, não pretende apenas a assistência aos indivíduos como um fim, pois na medida em que organiza o serviço, auxilia também o cumprimento das atividades gestoras. Nesse sentido, é preciso voltar-se para a formação do enfermeiro e, da mesma forma, para as ofertas de emprego a esse profissional, as quais privilegiam profissionais com visão ampliada para o trabalho administrativo e educativo.

Pensando neste contexto, optei por estudar a inserção da educação em saúde nas políticas públicas de saúde que protocolam a assistência ao portador de Diabete Melito. Inicialmente, a idéia era utilizar algum documento produzido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pois assim conseguiria entender melhor o que estava sendo feito no meu município. Tomei conhecimento de que esse documento não existia e que a Secretaria estava organizando a formulação de um protocolo. A exclusão dessa opção dirigiu-me a procurar um documento que orientasse a atenção aos portadores de Diabete Melito preconizado pela Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. Esse órgão possui apenas um documento de normas técnicas e operacionais que implementam o Programa de Controle do Diabetes Mellitus tipo 2 e foi formulado em 1997. Por tratar-se de

um material muito antigo e com conceitos que não são mais utilizados, classifiquei-o como inadequado para o estudo. Assim, recorri ao material elaborado pelo Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial, o qual intitula-se Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): Protocolo⁴, formulado em 2001 (BRASIL, 2001). Nesse estudo analisarei as questões relativas à educação ao portador de Diabete Melito. Vale ressaltar que essa política pública foi formulada para atender ao Programa de Saúde da Família, o qual foi local de atuação do estágio curricular, onde desenvolvi minhas atividades e pude constatar a aplicabilidade desse protocolo.

Sendo assim, os questionamentos iniciais foram os seguintes:

- De que forma estão inseridas nesse protocolo as propostas de educação em saúde ao portador de Diabete Melito?
- Esse protocolo é capaz de abranger as propostas de atendimento do Programa de Saúde da Família, no que diz respeito aos portadores de Diabete Melito? É adequado às especificidades desse modelo de atendimento e aos profissionais (em especial ao enfermeiro) que nele atuam?

O propósito desse estudo foi contribuir para a qualidade da atenção aos diabéticos. Para contemplar esse propósito, verifiquei como estão contempladas as propostas de educação em saúde no protocolo em questão, bem como sugeri melhorias na estrutura para futuras publicações. Apesar disso, acredito que seja mais importante instigar o questionamento da prática a simplesmente trazer respostas prontas. Deixo explícito que de maneira alguma esse trabalho teve o intuito de criticar ofensivamente o protocolo estudado; ao contrário disso, o objetivo sempre constante foi pensar maneiras de auxiliar as estratégias de reorganização da atenção à Diabete Melito, um dos alvos da atual gestão do Ministério da Saúde.

⁴ Disponível para consulta online <<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/publicacoes/home.htm>> + [Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus]

Antes de iniciar esse trabalho, achei pertinente situar-me nas atuais políticas públicas de saúde referentes à atenção ao portador de Diabete Melito, bem como delinee as características do modelo de atendimento do Programa de Saúde da Família, a atuação do enfermeiro nas políticas públicas desse programa e, mais especificamente, contextualizei a educação em saúde utilizada nas práticas de tratamento dos diabéticos.

2 OBJETIVOS

Esse estudo tem como objetivo geral o seguinte:

- Verificar se o protocolo de atenção ao portador de Diabete Melito adequa-se às propostas de atendimento no que diz respeito às ações de educação em saúde para o diabético usuário do Programa de Saúde da Família.

A partir do objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Verificar no protocolo se as propostas com enfoque na educação em saúde contemplam os princípios do Sistema Único de Saúde abordados nesse estudo;
- Analisar se as ações do enfermeiro descritas no protocolo em estudo estão baseadas nas prerrogativas conferidas a esse profissional através da Lei do Exercício Profissional;
- Averiguar se as atribuições do enfermeiro estão inseridas na estratégia de assistência interdisciplinar preconizada pelo Programa de Saúde da Família.

3 ATENÇÃO À DIABETE MELITO

3.1 Dados Epidemiológicos e Políticas Públicas de Saúde

O Diabete Melito é uma doença crônica, a qual não se conhece a cura até os dias de hoje. Segundo a World Health Organization (2002) “sem prevenção primária, a epidemia da Diabete Melito continuará crescendo”. Por atingir um número considerável de pessoas no Brasil e no Mundo, instiga a realização de diversas pesquisas para a melhoria da qualidade de vida do portador.

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Diabetes (2003 apud CNN, 2003) “cerca de 15 milhões de brasileiros são diabéticos e 40 mil têm propensão para a doença”. Pesquisas recentes feitas pela World Health Organization (2002) estimam que existem no mundo aproximadamente 177 milhões de pessoas com Diabete Melito. Acredita-se que grande parte desse contingente não se saiba portador, o que predispõe para ocorrência de complicações imediatas (hipoglicemia, cetose e estado hiperosmolar) ou tardias (retinopatia, nefropatia, macroangiopatia, neuropatia e o pé diabético). Por ano, morrem cerca de 4 milhões de indivíduos por conseqüências da Diabete Melito, o que significa 9% da população mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Haher (2003) refere que “a estatística mundial é de que 15 em cada 100 diabéticos apresentam úlceras nas solas dos pés e no calcanhar, e 6 em cada mil são submetidos a cirurgias de amputação”. A mesma autora traz ainda um outro dado bastante chocante na realidade da vida desses portadores quando aponta uma probabilidade de 50% de chance de amputação da segunda perna em quem já perdeu a primeira. Acredito que essas estatísticas estejam diretamente relacionadas a características das populações afetadas, pois:

A incidência de doença e fatores de risco, assim como a implementação de intervenções, é afetada pelo contexto social, que se refere ao ambiente físico, social, e cultural (por exemplo, desenho urbano, fatores de segurança, apoio social, redes sociais, crenças culturais, linguagem, papéis de gênero, composição familiar, educação e renda). (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002, p.6).

Ao olhar para a incidência e a prevalência das demais complicações tardias, pode-se perceber igual propensão de ocorrer quadros devastadores. Um exemplo disso é o risco para doenças renais que Haher (2003) diz ser 17 vezes maior nos portadores de Diabete Melito tipo 2. Referindo-se às doenças cardiovasculares, a Sociedade Brasileira de Diabetes (1998) salienta que esta é a principal causa (52%) de morte nos portadores de Diabete Melito e que a retinopatia diabética acomete cerca de 40% desses indivíduos.

Quando se observa os dados de pesquisas referentes às complicações crônicas, pode-se concluir que as possíveis falhas em algum ponto do tratamento, quer seja na orientação, quer seja na adesão, comprometem e agravam as complicações dessa doença. Em relação ao tratamento, é importante atentar também que a cobertura e o acesso aos serviços são proporcionais ao nível educacional do indivíduo portador de Diabete Melito. Da mesma forma, “bairros e comunidades no mesmo país ou cidade podem ter [...] variável disponibilidade de alimentos, acesso a serviços de saúde e oportunidade de se beneficiar de iniciativas de promoção de saúde” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002, p.5).

Por ser naturalmente uma doença crônica, com complicações severas que requerem controle constante, o Diabete Melito é uma patologia com altos custos, não somente para o indivíduo e sua família, mas também para as instituições públicas de saúde. Estudos na Índia estimam que os custos de uma família que tem um adulto diabético estão em torno de 25% da renda total. No caso de haver uma criança, os gastos ficam em 10% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Sendo assim, não se pode negar que esse é um sério problema de saúde coletiva que requer cuidados constantes e, principalmente, pessoas habilitadas e

capacitadas para orientar o tratamento mais adequado. A World Health Organization (2002) classifica em três tipos os gastos com o portador de Diabete Melito: os diretos, os indiretos e os imensuráveis. Na primeira categoria, encontram-se os medicamentos, as insulinas e outros suprimentos. Conta-se também os custos com serviços hospitalares, serviços médicos, testes de laboratório e monitoramento diário. Na segunda categoria, destacam-se a morbidade e a mortalidade. E, por fim, os gastos imensuráveis que, no meu entendimento, são os que mais requerem atenção dos profissionais de saúde, quais sejam: dores, ansiedade, desconforto, discriminação no local de trabalho e outros fatores que diminuem a qualidade de vida. Rocha (1984 apud Scain, Oliveira e Franzen, 1987, p.152), ao relatar sua experiência, “ênfatiza que a situação sócio-econômica é um empecilho para o autocuidado uma vez que o diabético deve ter um acompanhamento periódico para a continuidade ou supervisão do aprendizado quanto aos cuidados”. No sentido de trabalhar para obter mudanças bem-sucedidas:

Três níveis sinérgicos de ação podem ser identificados: políticas e regulamentos sobre macrodeterminantes; ações baseadas na comunidade para promover a participação da população e afetar a demanda; e modificações centradas no serviço de saúde para atender as necessidades daqueles com uma determinada condição. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002, p.6).

O comprometimento das entidades federais competentes, bem como das estaduais e municipais (nos entes federados) é viável e de extrema importância, pois quanto mais próximo das demandas da população as políticas públicas de saúde são formuladas, maiores são suas condições de atender adequadamente essa clientela. O Ministério da Saúde, em artigo publicado em meio eletrônico intitulado: “Programa Brasileiro de hipertensão e diabetes é melhor do mundo” (BRASIL, 2002) diz que “[...] em todo o mundo, apenas 30% dos ministérios da Saúde, incluindo o Brasil, destinam verbas para a redução da incidência e da mortalidade por DNTs [doenças não transmissíveis, dentre as quais estão a hipertensão, a diabetes e o câncer]”. Entendo que o apoio das entidades científicas e técnicas, públicas e privadas, tem igual importância quando o objetivo for a formação de opinião, seja dos

profissionais que trabalham na atenção direta e indireta, seja dos portadores da Diabete Melito.

A World Health Organization (2002) orienta que os investimentos devem ser principalmente destinados à prevenção primária, ou seja, modificar o estilo de vida da população (dieta apropriada, realização de atividade física, redução de peso e suspensão do hábito de fumar), utilizando como base do tratamento um programa de educação continuada. Na prevenção secundária, isto é, para aqueles que já possuem diagnóstico de Diabete Melito, deve-se atentar também para a redução das complicações a longo prazo: retinopatia, neuropatia periférica, nefropatia e complicações cardiovasculares. No Brasil, o que se observa é que:

As ações de prevenção se resumem a **campanha educativas**, em que a população é orientada a adotar hábitos saudáveis (não fumar, ingerir alimentos leves e fazer exercícios físicos), e à realização de campanhas de diagnóstico, uma vez que a detecção precoce aumenta a eficácia do tratamento da doença (BRASIL, 2002; grifo próprio).

Pode-se perceber aí, a priorização de atividades de prevenção secundária, de caráter curativo e reparativo, em detrimento de atividades de manutenção, promoção da saúde e prevenção primária.

A inserção da educação em saúde aos portadores de Diabete Melito encontra espaço privilegiado no planejamento de atenção à saúde da família, pois o Ministério da Saúde considera o Programa de Saúde da Família um serviço criado com a proposta de levar a saúde a todo o país e, portanto, modificar hábitos de vida considerados prejudiciais à saúde das pessoas (BRASIL, 2002). Esse Programa é uma estratégia que atende aos dispostos do Sistema Único de Saúde e ambos constituem-se em políticas públicas de saúde preconizadas pela atual gestão do Ministério da Saúde.

3.1.1 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde é o convênio público de saúde vigente no Brasil e está pautado na Constituição Federal de 1988, seção II, da Saúde, artigos 196, 197, 198, 199 e 200.

O artigo 196 refere que “a saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços [...]” (BRASIL, 1988).

A lei número 8.080 de 19 de setembro de 1990 também dispõe o funcionamento dos serviços de saúde conveniados ao Sistema Único de Saúde e, desta forma, vem complementar a Constituição Federal. Essa lei é mais abrangente no que diz respeito aos fatores que compõem o estado de saúde, conforme o artigo 2º, inciso III:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1990; grifo próprio).

Depreende-se, desse elenco de condicionantes, que a saúde exige esforços constantes da coletividade de agentes (indivíduos, profissionais, Estado, etc.) para que o resultado obtido venha ao encontro das aspirações da sociedade civil brasileira.

Os princípios do Sistema Único de Saúde estão elencados no capítulo dois (Dos Princípios e Diretrizes), artigo 7º da Lei 8.080 (1990):

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde-SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes [...], obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade

física e moral; [...]

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; [...] (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1990)

Assim, o primeiro inciso vem reafirmar o disposto na Constituição Federal; o segundo legitima a ação interdisciplinar dos diversos profissionais da área da saúde, pois é através do trabalho conjunto que se obtém a integralidade da assistência; o terceiro instiga a adoção de medidas de incentivo ao autocuidado (uma estratégia muito utilizada no Programa de Saúde da Família); e o sexto propõe a promoção do controle social. Sintetizando esses incisos, Waldman diz que “a questão da participação popular no controle dos serviços de saúde está ligada ao acesso à informação e possibilidade da construção interdisciplinar do conhecimento” (WALDMAN, 1999, p.58).

A formulação de protocolos e normas técnicas com o objetivo de uniformizar as ações no âmbito nacional também tem seu espaço nessa lei, artigo 15:

A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: [...] XVI – elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1990).

Os serviços públicos de saúde trabalham na implementação dos elementos supracitados e “para sua concretização, faz-se necessária a contribuição de profissionais educadores capacitados a desenvolverem um processo educativo iminentemente crítico e culturalmente contextualizado” (WALDMAN, 1999, p.59). Assim, o Programa de Saúde da Família vem corroborar essa ideologia.

3.1.2 Programa de Saúde da Família

Esse programa foi criado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Nacional de Saúde em 1994 e desde sua origem o trabalho nos postos é realizado através de

equipe multiprofissional. A equipe básica do Programa é constituída por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, os quais têm uma abrangência de, aproximadamente, mil famílias. Esse conjunto de profissionais trabalha na perspectiva interdisciplinar, de forma a contemplar a integralidade, conforme disposto no artigo 7º, inciso II da Lei 8.080/90.

O programa tem enfoque na família como unidade de atenção, diferentemente do que era preconizado anteriormente: o indivíduo. Para Lima *et al* (2002, p.7), “o PSF deu um grande passo na direção da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), por direcionar o foco das ações básicas à família [e] por descentralizar a gestão dos serviços [...]”. O trabalho iniciou-se com a formulação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde, em 1991. Desde as primeiras ações, o Programa de Saúde da Família visa a intervenção ativa em saúde, ou seja, o serviço não trabalha “esperando a demanda chegar”, e sim age preventivamente (VIANA e DAL POZ, 1998). Além disso, esses dois programas têm a proposta de gerar “um ambiente favorável ao desenvolvimento da educação em saúde por estarem ancorados na perspectiva da inseparabilidade das ações de promoção, prevenção e assistência” (DURO, 2002, p.39).

A fim de contemplar o caráter de trabalho preventivo do programa, a promoção da educação em saúde tem espaço privilegiado nas ações dos profissionais, em especial nas atividades do enfermeiro.

3.2 Educação em Saúde

Ao longo da minha trajetória acadêmica junto aos portadores de Diabete Melito, pude perceber o quanto é importante a educação em saúde. A literatura referência para Diabete

Melito trata a educação como sendo um componente do tratamento, nivelando-a com outros três fatores, quais sejam: dieta, exercício físico e medicação.

Freire (1993, p.68 e 69), ao descrever uma situação educativa refere que todas as ações desse cunho implicarão em alguns itens:

- a) Presença de sujeitos. O sujeito que, ensinando, aprende e o sujeito que, aprendendo, ensina. Educador e educando.
- b) Objetos de conhecimento a ser ensinados pelo professor (educador) e a ser aprendidos pelos alunos (educandos) para que se possa aprendê-los. Conteúdos.
- c) Objetivos mediatos e imediatos a que se destina ou se orienta a prática educativa. (...)
- d) Métodos, processos, técnicas de ensino, materiais didáticos, que devem estar em coerência com os objetivos, com a opção política, com a utopia, com o sonho de que o projeto pedagógico está impregnado.

Percebe-se, nesse contexto, a complexidade do ato de educar, necessitando de vários componentes para que a educação seja concretizada e concluída.

No Brasil, observa-se no âmbito geral que a educação em saúde:

Foi incorporada nos serviços de saúde como um recurso pedagógico que busca instrumentalizar **quem sabe cuidar da saúde** a reproduzir **regras para quem não o sabe**, induzindo a crer que a falta de saúde ocorre por ignorância e que o indivíduo educado não adocece. (WALDMAN, grifo próprio, 1999, p.20)

Sob essa ótica, os profissionais de saúde acabam por desvalorizar o conhecimento das pessoas e deixam de investir na educação por não acreditarem nela como um instrumento de alavanca do tratamento. No entanto, o educar não deve ser confundido com “a reprodução de conteúdos oficiais, muitas vezes ultrapassados, ignorando os avanços do conhecimento científico e, principalmente, o conhecimento gerado pela própria população” (WALDMAN, 1999, p.20 e 21). Assim, percebe-se as políticas públicas como um pólo de orientação para a prática, o conhecimento das pessoas localizado no pólo oposto e a mediação sendo realizada pelos profissionais de saúde. Duro (2002, p.40) em sua dissertação, refere que:

“as orientações dadas pelos serviços de saúde se inserem nesse conjunto cultural e que os/as profissionais no exercício de seu fazer saúde são respaldados tanto pelas políticas de saúde quanto por suas vivências mais

amplas”.

Objetivando desmembrar o conceito de educação em saúde, Ceccim e Armani (2001, p.37 e 38; grifo próprio), descrevem-nas como:

Educação: processo relativo aos aprendizados, envolvendo **aspectos cognitivos e afetivos** de caráter sócio-interativo. A educação abrange tanto o campo das construções cognitivas quanto as experiências intensivas resultantes do **estar junto** e da composição de coletivos de aprendizagem.

Saúde: em seu sentido mais abrangente, saúde é (...) a capacidade de enfrentar as adversidades do meio, a capacidade de lutar por qualidade de vida e mobilizar energias para **reinventar a vida**.

Pode-se perceber a necessidade da presença de espaços em que se possa “estar com” as pessoas para que juntos, profissionais e cidadãos, possam construir o aprendizado, criando uma relação de educação mútua. A reinvenção da vida, especialmente aos portadores de Diabete Melito, deve ser busca constante pelos atores que compõe o cenário da educação em saúde, bem como a luta pela melhoria da qualidade de vida e a mobilização de energias para sentir a felicidade (CECCIM e ARMANI, 2002).

Para Freire (1993, p.65) “...a prática educativa é uma dimensão necessária da prática social, como a prática produtiva, a cultural, a religiosa, etc”. Nesse pensamento, a educação popular em saúde toma uma dimensão maior: a de esforçar-se para mobilizar, organizar e capacitar a população, com ensinamentos científicos e técnicos (FREIRE e NOGUEIRA, 1991). Devido ao fato de ser um processo complexo, rico e de valorização da existência, a educação configura-se num evento exclusivamente humano (FREIRE, 1993). Concordo com os autores, pois penso que os profissionais tem obrigação de realizarem práticas educativas, para garantir, dessa forma, o envolvimento do indivíduo no seu cuidado.

No sentido de auxiliar a conduta dos trabalhadores da saúde, em 1996, a parceria entre a Harvard Medical International, o Joslin Diabetes Center e a Sociedade Brasileira de Diabetes, contando com o apoio do Ministério da Saúde, construiu o Programa de Educação em Diabetes no Brasil, o qual teve como produção científica para divulgação do programa o

material intitulado “Diabetes Mellitus: Guia Básico para Diagnóstico e Tratamento”. Esse material apresenta como conteúdo desejável para contemplar o quesito educação, considerando esta como imprescindível para o sucesso do tratamento, os seguintes itens:

- 1- O que é diabetes.
 - 2- Tipos e objetivos do tratamento.
 - 3- Necessidades individuais nutricionais e como planejá-la.
 - 4- Tipos de insulinas, suas ações e indicações, técnicas de injeção, rotação dos sítios de aplicação e re-uso de seringas.
 - 5- Tipos de hipoglicemiantes orais, ações e indicações.
 - 6- Efeitos da ingestão de alimentos, exercício, estresse, drogas hipoglicemiantes orais e insulina (aplicação e ajuste da dose quando apropriado) sobre a glicemia.
 - 7- Como proceder em emergências (hipoglicemia, hiperglicemia, doença intercorrente).
 - 8- Sinais, sintomas e principais problemas associados ao diabetes.
 - 9- Auto-monitorização e controle domiciliar, significado dos resultados e ações a serem executados.
 - 10- Cuidados com os pés para prevenção de lesões.
 - 11- Medidas preventivas de complicações crônicas.
 - 12- Existência associações de suporte ao diabetes na comunidade.
- (PROGRAMA HARWARD/JOSLIN/SBD, 1996, p.28)

Ao observar esse elenco, encontro a presença da educação em saúde em todos os aspectos que envolvem o cotidiano do portador de Diabete Melito, ou seja, a prática de educar constantemente o portador constitui a base do tratamento. Esse pensamento vem de encontro com a literatura, a qual diz que esse item encontra-se no mesmo patamar dos demais pilares (dieta, atividade física e medicação), isto é, vários autores acreditam na base do tratamento com quatro pilares.

A adesão é um importante aspecto a ser considerado quando se avalia o tratamento, a qual fica comprometida quando a equipe não investe na educação em saúde. Assim, considero que a renovação constante das orientações garante uma atitude consciente por parte do portador da doença e produz resultados mais próximos aos esperados pelos programas de redução de danos/custos instituídos pelas políticas públicas. De acordo com Stotz (1993, p.23):

Diferentemente dos médicos, os educadores precisam acentuar nos indivíduos a sua condição de sujeitos. Para os médicos, os indivíduos são contraditória e ambigualmente objetos e sujeitos: você *tem* esta ou aquela

doença, diz o médico ao fazer o diagnóstico; você *deve* fazer isso ou aquilo, diz ao prescrever. Os educadores, contudo, dirigem-se aos indivíduos que para enfrentar seus problemas devem agir como sujeitos de suas próprias vidas e, para tanto, adquirir consciência ampla da tessitura social na qual estão inseridos.

Percebe-se, nesse trecho, a indicação de que os profissionais de saúde (e não só os médicos) devem evitar as condutas prescritivas, tornando-se educadores e participantes do processo de aprendizagem dos cidadãos. É, portanto, compromisso de todos os profissionais de saúde a prática de educar.

Baseada no disposto acima e nas atuais políticas públicas, poderia dizer que a educação em saúde é o pilar mestre do tratamento de portadores de doenças crônicas, oferecendo subsídios de sustentação para os demais eixos que integram a atenção. A educação em saúde é prática primordial nas atividades do enfermeiro, constituindo-se, dessa forma, importante profissional na aplicação das políticas de saúde, em especial no Sistema Único de Saúde e no Programa de Saúde da Família.

3.2.1 O Profissional Enfermeiro

O enfermeiro, quando integrante da equipe de saúde da família, tem atribuições pautadas na legislação conferida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Essas leis vêm respaldar os profissionais e suas ações.

A lei número 7.498/86, no artigo 11 diz:

O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:
I – privativamente: [...]
h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre a matéria de enfermagem;
i) consulta de enfermagem;
j) prescrição da assistência de enfermagem; [...]
II – como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; [...]
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; [...]
- j) educação visando à melhoria de saúde da população; (COFEN, 1986)

O decreto nº 94.406 vem complementar essa lei quando diz no artigo 8º, inciso II, alínea “i” que “ao enfermeiro incumbe como integrante da equipe de saúde participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco” (COFEN, 1987).

Assim, os protocolos destinados ao público de enfermeiros devem contemplar as ações desses trabalhadores com base nessas prerrogativas legais.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Esta é uma pesquisa do tipo exploratório descritivo.

Para discutir e analisar o protocolo definido pelo governo federal como o instrumento orientador de atenção à saúde do indivíduo portador de Diabete Melito, utilizei uma abordagem qualitativa que, segundo Minayo (1996), está imbricada de valores culturais e a realidade pode ser vista de diversas perspectivas.

4.2 Fonte do Estudo

Para construir um percurso de investigação, assim como para discutir as questões deste estudo, delimito como fonte de pesquisa a publicação que está sendo utilizada para orientar a atenção ao portador de Diabete Melito nos postos do Programa de Saúde da Família.

O documento em questão trata-se de material elaborado pelo governo federal, representado pelo Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial, o qual intitula-se Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): Protocolo, formulado em 2001. Nesse estudo analisei as questões educativas relativas à atenção do portador de Diabete Melito.

Esse protocolo é a fonte que me permitiu também contextualizar o objeto em estudo porque esse documento norteia as ações educativas dos profissionais de saúde relacionadas ao cuidado com o portador de Diabete Melito. E, de alguma forma, veicula idéias, orienta

normas e comportamentos aos usuários, estabelecendo uma relação entre os promotores da saúde e os beneficiários dessa. Entendo que as ações educativas a essas pessoas também estão interrelacionadas com o contexto social, político e histórico em que acontecem e, portanto, também busquei identificá-las no protocolo em estudo.

4.3 Coleta de Informações

A coleta de informações procedeu de forma a extrair do protocolo:

- se as questões supracitadas estão contempladas e se as ações de educação propostas (a serem desenvolvidas pelos profissionais da área na promoção à saúde e proteção aos agravos do usuário portador de Diabetes Mellito do Programa de Saúde da Família) priorizam os princípios do Sistema Único de Saúde;
- se as ações atribuídas ao profissional enfermeiro estão de acordo com o que é preconizado pela Lei do Exercício Profissional.

Para facilitar a coleta de dados, utilizei formulário (Apêndice A). Os dados foram coletados por ordem de paginação, pois dessa forma pode-se analisar a construção do raciocínio acerca do emprego da educação em saúde no cuidado ao portador de Diabetes Mellito.

4.4 Procedimentos de Análise das Informações

Para mapear os propósitos desse estudo, utilizei o método de análise de conteúdo pela sua abrangência nas funções de desvelar e interpretar o que se esconde por trás dos conteúdos

apresentados (GOMES, 1997). É considerado que

[...] através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação [...] indo além das aparências do que está comunicado. (GOMES, 1997, p.74).

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, a mais adequada para essa pesquisa documental é a análise temática proposta por Minayo (1996).

Essa autora coloca que a operacionalização desdobra-se em três etapas, quais sejam:

1. Pré-análise: composta por tarefas como a organização do material, a preparação das informações, a leitura “flutuante” (que consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar por seu conteúdo), a constituição do *corpus* (na qual verifica-se o material de forma a preencher critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência) e a formulação de hipóteses e objetivos que visa reflexões da dicotomia entre realidade e teoria (MINAYO, 1996).

Nessa primeira fase, o pesquisador deve tomar contato com a estrutura do documento objetivando desvelar os rumos da análise e decodificar as informações contidas no sentido de produzir impressões sobre a mensagem.

2. Exploração do material: é a fase de codificação das informações, ou seja, a categorização dos dados. É quando se realiza a divisão do texto em unidades de registro a serem analisadas. Na definição da unidade de registro, pode-se escolher a palavra, a frase, a oração ou o tema dependendo do que for mais adequado aos objetivos do estudo.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: coloca-se em destaque as principais informações.

Levando em consideração as questões norteadoras desse estudo, estabeleço como categorias iniciais, as seguintes:

- Ações de educação em saúde;
- O enfermeiro e suas atribuições, segundo a Lei do Exercício Profissional.

4.5 Aspectos Éticos

Para realização desta pesquisa, o respeito aos aspectos éticos prescinde, tendo em vistas que a fonte da coleta de dados é um documento público.

5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Nesse capítulo estão apresentadas as informações coletadas do protocolo com suas respectivas análises e sugestões.

Conforme já foi dito na metodologia, os capítulos analisados referem-se às orientações de atenção ao Diabetes Medito (DM). Em referência a isso, o protocolo em estudo está composto pelos seguintes títulos: Introdução, Epidemiologia, Conceito e Classificação, Avaliação e Estratificação do DM, Tratamento do DM e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Tratamento Não-medicamentoso, Tratamento Medicamentoso do DM, Complicações e, por fim, as Atribuições e Competências da Equipe de Saúde.

5.1 O Espaço da Educação em Saúde

O capítulo Introdução do protocolo inicia descrevendo a finalidade da elaboração do protocolo, isto é, ele destina-se a “[...] subsidiar tecnicamente os profissionais da rede de atenção básica, que hoje tem como estratégia o Programa de Saúde da Família – PSF, numa perspectiva de reorganizar a atenção [...]” (BRASIL, 2001, p.9). Essa descrição insere o protocolo como uma política pública nacional a ser utilizada no modelo de atenção à saúde da família e aos profissionais das diferenciadas categorias (traçadas no item 3.2.1, desse trabalho) que atuam nesse programa. Portanto, o protocolo profere uma constituição multiprofissional de equipe e, ao longo dos escritos, pode-se perceber uma preferência pelo caráter interdisciplinar na atuação.

O objetivo de se reorganizar a atenção é, de acordo com Brasil (2001, p.9), “[...] otimizar recursos dentro de critérios científicos” minimizando, dessa forma, os custos com o

portador de Diabete Melito e promovendo a prevenção de eventos de morbidade e mortalidade. Scain, Oliveira e Franzen (1987, p.162) em seu estudo referem que existe a “necessidade de conter os custos indiretos representados pelas complicações do Diabetes e pela invalidez que [a doença] impõe, através da prevenção e da redução [dessas complicações] na prestação de bens e serviços”.

O título do protocolo referente à Epidemiologia apresenta dados referentes à magnitude, à transcendência e à vulnerabilidade do Diabete Melito, tratando-a como um problema de saúde pública e, conseqüentemente, de responsabilidade de todos que compõe a equipe multiprofissional. Esse raciocínio vem ao encontro do que dizem Scain, Oliveira e Franzen (1987, p.150): “[...] a Diabetes Mellitus como doença crônica não é mais encarada como um assunto privado, de interesse individual, mas sim como uma responsabilidade social e como um problema de Saúde Pública”. Para Stotz (1994, p.131), “quando falamos em saúde pública, estamos nos referindo à tradução instrumental (programática, política e administrativa) de um campo de conhecimento marcado pela interdisciplinaridade científica”. Entendo que a interdisciplinaridade mencionada por Stotz inclui o saber popular (bem como o conhecimento empírico) e insere esse conceito nos programas de atendimento aos cidadãos usuários do sistema público de saúde, concordando, dessa forma, com Brasil (2001).

O protocolo expõe a abordagem conjunta da Diabete Melito com a Hipertensão Arterial Sistêmica e justifica-a por vários aspectos, dentre eles o fato de o tratamento de ambas implicar “mudança nos hábitos de vida e a participação ativa do indivíduo” (BRASIL, 2001, p.13). Com esse item, vem a importância da abordagem educacional permeando todos os momentos do tratamento, transcendendo a cronicidade da doença, e concordando com Scain, Oliveira e Franzen (1987, p.149), as quais dizem não terem “mais dúvida da importância da educação do cliente diabético como elemento essencial para seu autocuidado e sucesso do seu tratamento”. Brasil (2001) apresenta, ainda, um contraponto nos objetivos da

abordagem conjunta colocando o controle e a vinculação dos indivíduos ao serviço de saúde como pretensão, gerando uma leitura sugestiva da existência de imperiosidade das instituições sobre as pessoas. De acordo com Gastaldo (1997, p.148), “na visão de Foucault, a vida biológica é um evento político: a reprodução da população e a ocorrência de doenças são centrais nos processos econômicos e, conseqüentemente, são passíveis de controle político”, justificando, assim, a colocação presente no protocolo em estudo.

Na explicação referente ao Conceito e à Classificação do Diabete Melito, o protocolo usa termos técnicos (a saber: etiologia, células beta pancreáticas, autoimune, imunomediato, idiopático, síndrome plurimetabólica, homeostase, etc.) o que se coloca contra o anteriormente dito quanto à multiprofissionalidade. Isto é, a partir do momento em que se tem profissionais minimamente habilitados a ler e a escrever (como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde) deve-se optar por criar um informativo específico a essa clientela, com linguagem ajustada, ou se pode construir um documento, sem termos técnicos, que seja adequado também para esses profissionais. Acredito que o uso dessa linguagem técnica coloca uma barreira entre os profissionais da equipe, preservando-se assim o pensamento de Chauí (1990, p.47, apud Valla, 1993b, p.116):

Estamos habituados [...] a supor que o ‘povo’ tem um código perceptivo e lingüístico restrito (eufemismo para encobrir palavras como inferior, pobre, estreito) pois tomamos nossos próprios códigos como paradigmas e somos incapazes de apreender a diferença de um e outro código.

Assim, os autores da política presente no protocolo em estudo utilizam-se desse obstáculo lingüístico para dificultar o acesso dessa clientela (os Agentes Comunitários de Saúde) às informações que deveriam servir para toda a equipe.

No capítulo seguinte (Avaliação e Estratificação do DM), o autor define as características clínicas da doença, a anamnese, o exame físico, o rastreamento do Diabete Melito e o diagnóstico laboratorial. Ao falar sobre a investigação da história clínica do

indivíduo, o protocolo não instrui o profissional a questionar sobre grau de instrução do usuário, o que, numa concepção ampliada da inserção da educação em saúde no tratamento, promoveria a definição do caminho a ser percorrido, isto é, o melhor ponto de partida é compreender como o indivíduo receptor entenderá e aproveitará as informações disponibilizadas. Além disso, conforme pesquisas da Organização Pan-americana de Saúde (2002), o acesso aos serviços de saúde é proporcional ao nível educacional e, apesar desse resultado não coincidir com o observado na minha prática, pode influenciar na adesão ao tratamento. No mesmo sentido, percebo a falta de uma orientação referente à atenção para motivos de desistência de tratamentos prévios, questionamento sobre disfunção erétil aos homens (visto que esse é um fator de grande preocupação e que a atividade sexual está incorporada na concepção de qualidade de vida) e aspectos psico-sociais do cotidiano do indivíduo que iniciará o tratamento.

A análise do protocolo apresentada até o presente momento não mostra claramente pontos de valorização da educação em saúde, pois somente na página 29 do protocolo aparece a primeira orientação relativa à realização desse componente no cuidado aos indivíduos portadores de Diabetes Mellito. A introdução do assunto primeiro desse trabalho está contida na descrição de um método de controle metabólico: a glicosúria. Após elencar aspectos que devem ser considerados quando se utiliza a glicosúria para estimar a glicemia, o autor diz: “As considerações acima referidas devem ser de conhecimento tanto da equipe de saúde como dos pacientes, para que possam interpretar adequadamente a glicosúria e saber as suas limitações” (BRASIL, 2001, p.29). Na leitura desse item, é importante que não se confunda o ato de informar com o ato de educar, apesar de que, conforme relata Gastaldo (1997, p.152), “há ainda um longo caminho a percorrer para que políticas saudáveis se constituam numa prática comum, e para que a educação em saúde seja concebida para ir além das campanhas de informação”.

Ao definir os princípios gerais do Tratamento do DM (e da HAS), o protocolo apregoa que esse “inclui as seguintes estratégias: **educação**, modificações dos hábitos de vida e, **se necessário**, medicamentos” (BRASIL, 2001, p.33; grifo próprio). Essa instrução veicula a idéia de dar preferência aos aspectos não-medicamentosos do tratamento e, ao mesmo tempo, mostra a educação em saúde como elemento que perpassa todos os momentos do cuidado ao portador de Diabete Melito. De acordo com Candeias (1997, p.211), “a educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual”.

A seguir, continuando os princípios gerais do tratamento da Diabete Melito, o autor instrui que:

O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas).

A mudança nos hábitos de vida pode ser obtida se houver uma estimulação constante em todas as consultas, ao longo do acompanhamento. (BRASIL, 2001, p.33).

O caminho a ser seguido passará, impreterivelmente, pela educação em saúde, pela terapia nutricional, pelas orientações concernentes ao exercício físico e pela utilização da medicação. Percebe-se, então, o profissional de saúde como protagonista e com o poder de dar ênfase a esses elementos conforme achar mais adequado. Para Freire (1993, p.69), “...a prática educativa coloca ao educador o imperativo de decidir, portanto, de romper e de optar, tarefas de sujeito participante e não de sujeito manipulado”.

Na análise, pude perceber que o protocolo chama o indivíduo que está sendo atendido de PACIENTE. Esse termo é corriqueiro aos profissionais, embora já se tenha uma concepção de que ele impõe um caráter de submissão do cidadão ao profissional, isto é, “muitos de nós [profissionais de saúde] trabalhamos com a perspectiva de que a ‘iniciativa’ é parte da nossa tradição, e que a população falha neste aspecto, fazendo com que seja vista como passiva e apática” (VALLA, 2000, p.13).

A terapia nutricional e a educação alimentar constituem o início do capítulo do protocolo destinado ao Tratamento não-medicamentoso. De acordo com o objetivo geral, este título destina-se a “auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor **controle** metabólico, do peso corporal, da pressão arterial e do nível glicêmico” (BRASIL, 2001, p.35, grifo próprio). Nessa orientação de educação, pode-se perceber a necessidade de controle do serviço sobre os cidadãos, o que vem ao encontro do pensamento de que “a Educação em Saúde [...] envolve disciplina e normas de comportamento que têm por objetivo promover uma boa saúde” (GASTALDO, 1997, p.148). Assim, o ato de educar é visto como repressor e punitivo, pois aquele que não segue, não obtém a ‘boa saúde’ (como se existisse a má saúde!).

Nos objetivos específicos do tratamento não-medicamentoso, pode-se observar a continuidade de orientações prescritivas e a confusão do termo informar como sendo educar: “aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção à saúde, de hábitos alimentares adequados, da manutenção do peso saudável e da vida ativa” (BRASIL, 2001, p.35). Aqui cabe mais um questionamento: o que é vida ativa? Este termo está aí para estigmatizar o cidadão que não é ativo? Quem é o cidadão não ativo? Aquele que não contribui para o crescimento da economia do país? Aquele que só consome, que gasta com remédios, que exige investimento público para manutenção da sua inerte vida?

A seguir, nas orientações gerais do tratamento não-medicamentoso, tem-se: “O plano alimentar deve ser personalizado de acordo com [...] hábitos socioculturais, situação econômica e disponibilidade dos alimentos em sua região” (BRASIL, 2001, p.35). Essa orientação alerta para o respeito à algumas especificidades (do indivíduo, da região, da situação, etc...), mas mesmo assim, há uma omissão da capacidade do indivíduo em desenhar a sua alimentação ou, ao menos, participar dessa construção. Uma alternativa seria solicitar ao portador de Diabete Melito que realizasse anotações referentes a sua alimentação em dois ou

três dias (diários alimentares⁵) e a partir desse material juntos, profissional e usuário, montariam o plano alimentar.

Após isso, o protocolo enumera uma grande quantidade prescrições alimentares, autorizando e desautorizando condutas, dando força à prática da influência verticalizada. Percebo que, além de soberania sobre a população, essa política pública impõe uma manipulação dos profissionais da equipe de saúde, para que eles não vão além do que está preconizado. Alternativas criativas não tem espaço e a educação em saúde é revertida para prescrição em saúde, ou seja, os profissionais acabam por permitir/obrigar e proibir condutas.

Numa tentativa de alicerçar o tratamento em práticas educativas, Brasil (2001, p.39)

lista:

alguns itens [que] devem ser considerados em todas as atividades de informação, educação e comunicação:

- Esclarecer que a alimentação e a nutrição adequadas são direitos humanos universais;
- Promover o peso saudável através de mensagens positivas;
- Promover a substituição de alimentos pouco saudáveis para alimentos saudáveis;
- Não discriminar alimentos, mas propor a redução do consumo dos menos adequados;
- Evitar a personificação do obeso, já discriminado socialmente;
- Esclarecer que alimentação saudável não é alimentação cara;
- Garantir a sustentabilidade das atividades de informação, educação e comunicação;
- Não reforçar padrões estéticos.

Essa tentativa de inserção da educação é frustrante, pois pode instigar a revolta da pessoa que está ouvindo que a alimentação é um direito garantido, mas ela não tem o que comer. Penso que essa é mais uma estratégia do governo em abster-se dos seus deveres de prover a população com emprego, remuneração digna, aposentadoria promotora de auto-sustentação do indivíduo e da família, etc. Valla (2000, p.21) atrela essa provocação da população com a justificativa de que “muitas vezes, as autoridades querem a participação popular para

⁵ Termo utilizado na prática em campo de estágio curricular

solucionar problemas para os quais não dão conta”.

A seção atividade física do protocolo inicia com considerações a respeito da prescrição de exercícios físicos, quais sejam:

1. **Devem** ser regulares, pois seus benefícios possuem ação máxima de apenas 24 a 48 horas;
2. **Devem** ser exercícios aeróbicos (caminhar, nadar, andar de bicicleta, etc.), pois os exercícios isométricos não são recomendados;
3. A duração média **deve** ser de 45 a 60 minutos; no mínimo três vezes por semana. Hoje, considera-se que as atividades físicas podem ser realizadas diariamente por 30 minutos, podendo ser fracionada em períodos (por exemplo, de 10 minutos, três vezes ao dia). Na atividade física intensa são necessários 15 minutos de aquecimento, 30 minutos de exercício e de 10 a 15 minutos de relaxamento;
4. A idade, a aptidão física e as preferências de cada paciente são importantes;
5. Os pacientes com idade superior a 35 anos, ou os indivíduos com história prévia de cardiopatia, **devem** ser submetidos a um teste ergométrico prévio;
6. Os exercícios **devem** ser realizados com roupas e calçados adequados;
7. **Deve-se** ingerir líquidos em quantidade suficiente antes, durante e após o exercício, para evitar a desidratação;
8. A intensidade do exercício **deve** ser entre 50 e 70% da frequência cardíaca reserva; [...]
9. Todo paciente portador de DM **deve** trazer consigo uma identificação e ser orientado para ter acesso imediato a uma fonte de carboidratos rapidamente absorvível (tabletes de glicose, ..., etc.) para uso em caso de hipoglicemia. (BRASIL, 2001, p.43; grifo próprio)

Observa-se, nas considerações acima, que de nove itens, oito deles apresentam a palavra **deve** e seus derivados. O único ponto que não traz essa palavra (o quarto item) é aquele que deveria permear todos os outros e, mesmo assim, o escrito diz que as preferências do indivíduo são importantes, mas isso não quer dizer que devam ser levadas em conta. Isto é, a participação da pessoa receptora do cuidado é totalmente negligenciada.

A explicação do item educação apresentada por Brasil (2001, p.45; grifo próprio) é de que “a educação é parte essencial do tratamento. Constitui um **direito e dever** do paciente e também um **dever** dos responsáveis pela promoção de saúde”. Esse conceito de educação como uma fatia do tratamento leva a uma interpretação de que ela pode aparecer na ordem que o profissional desejar e, assim, não precisa necessariamente articular-se com outros itens

(dieta, exercício e medicação). Dizer que a educação é dever dos que promovem a saúde, pressupõe que a educação seja entendida como integrante da promoção, o que vai ao encontro com Candeias (1997, p.210), a qual define “promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde”.

Quanto à abrangência da ação educativa, Brasil (2001, p.45 e 46) diz que os seguintes pontos devem ser englobados:

- Informar sobre as conseqüências do DM e HA não tratados ou mal controlados.
- Reforçar a importância da alimentação como parte do tratamento.
- Esclarecer sobre crenças, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento.
- Desfazer temores, inseguranças e ansiedade do paciente.
- Enfatizar os benefícios da atividade física.
- Orientar sobre hábitos saudáveis de vida.
- Ressaltar os benefícios da automonitoração, insistindo no ensino de técnicas adequadas e possíveis.
- Ensinar como o paciente e sua família podem prevenir, detectar e tratar as complicações agudas, em casa, até chegar ao hospital ou ao posto de saúde mais próximo.
- Ensinar claramente como detectar os sintomas e sinais de complicações crônicas, em particular nos pés.
- Ressaltar a importância dos fatores de riscos cardiovasculares.
- Incentivar o paciente a se tornar mais autosuficiente no seu controle.

A esses itens, eu acrescentaria outros quatro:

- Utilizar linguagem adequada ao entendimento do cliente;
- Abordar a fisiopatologia do Diabete Melito com técnicas didáticas como, por exemplo, o uso de metáforas, desenhos, teatro ou qualquer outro recurso criativo de ensino-aprendizagem;
- Proporcionar participação ativa do cidadão nas atividades de educação;
- Abordar aspectos relativos à dieta, exercício físico e medicação a partir da perspectiva da educação em saúde como base do tratamento.

Penso que a inclusão desses pontos promoveria um alcance maior da educação em saúde e, em última análise, facilitaria o processo de aprendizado do portador de Diabete Melito.

Como não poderia deixar de ser, o protocolo sugere que se faça uma avaliação constante do processo de educação: “O processo de educação necessita de avaliação constante, num mecanismo de retroalimentação” (BRASIL, 2001, p.46). A questão que surge dessa colocação é a seguinte: Quem vai avaliar? O promotor da educação? O receptor? A equipe? A resposta que ele propõe sugere que o profissional coordenador da ação deve, sozinho, fazer esse exercício de reflexão: “Deve-se levar em conta os resultados obtidos pelos pacientes, os instrumentos utilizados e o desempenho da equipe envolvida” (BRASIL, 2001, p.46). Acredito que em momentos de interação interdisciplinar (onde o usuário também faz parte da equipe), a avaliação deva ser realizada por todos, a fim de que se promova um crescimento individual e grupal, bem como o melhoramento da ação.

Continuando a avaliação, Brasil (2001, p.46) diz que: “A avaliação utiliza parâmetros ligados à aderência, ao controle metabólico, às complicações agudas e crônicas, além da análise da adaptação psicossocial e de mudanças de hábitos”. O enfoque em fatores que transcendem a resposta fisiológica (sociais, econômicos, culturais, emocionais, entre outros) deve ser prática constante na atividade de educação em saúde. Essa atividade “deve ser associada a assistência ao paciente, de modo a prover todos os recursos necessários para o tratamento adequado” (BRASIL, 2001, p.46).

Analisando estruturalmente o protocolo, percebo uma inversão na colocação dos tópicos. Pela minha experiência adquirida nos estágios realizados, penso a educação em saúde como sendo o primeiro passo do tratamento de indivíduos ou grupos com Diabete Melito. Assim, acredito que a seção educação deveria estar introduzida antes das seções Dieta e Exercício Físico, por serem estas extensões da educação.

O capítulo referente ao Tratamento Medicamentoso do DM enumera uma série de prescrições do tipo faça isso, não faça aquilo. Além de ser prescritivo, o tratamento é punitivo apresenta pontos isolados de inserção do portador de Diabete Melito no seu cuidado: “os portadores de DM devem ser orientados sobre os objetivos do tratamento e as providências a serem tomadas, quando os níveis de controle metabólico forem constantemente insatisfatórios” (BRASIL, 2001, p.63). Dessa forma, o único direito do indivíduo é que ele seja informado sobre o que vai acontecer, sem ter, ao menos, o direito de escolher e opinar sobre o seu destino.

Nas complicações do Diabete Melito, Brasil (2001) aponta a “Educação em diabetes deficiente” (BRASIL, 2001, p.68, 69 e 74) como condição de risco para hipoglicemia, cetoacidose e pé diabético. Acredito que seja um tanto contraditória e punitiva essa colocação, pois coloca no profissional a responsabilidade pelas repercussões a longo prazo, eximindo o Estado de tal obrigação.

Outro fator de risco para ocorrência do pé diabético é a “inacessibilidade ao sistema de saúde” (BRASIL, 2001, p.74). O questionamento que faço refere-se aos pressupostos do autor com relação aos princípios do Sistema Único de Saúde, isto é, a garantia da universalidade do atendimento (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1990). É impossível “culpar” o indivíduo se ele não foi atendido, pois a saúde é um dever do estado e direito do cidadão (BRASIL, 1988). Valla (1993a, p.100 e 101) refere-se à esse ato de contra-transferência dizendo que:

O fenômeno da *culpabilização da vítima* é geralmente agravado pela chamada *ditadura da urgência*. A falta de investimentos na infra-estrutura do consumo coletivo faz com que grandes parcelas de população viva num *estado de emergência permanente*, onde as emergências suscitam conselhos preventivos das autoridades num ritmo contínuo. Nesse sentido, o ‘não cumprimento’ dos conselhos [...] acaba colocando o peso da responsabilidade sobre as vítimas das emergências.

Outro motivo de justificar a culpabilidade do cidadão é a desqualificação do seu saber, legitimando, assim, o monopólio do saber científico. A construção desse conceito configura-se numa maneira de dominar ideologicamente e acaba por impedir uma avaliação dos serviços de saúde de modo crítico e criterioso por parte dos cidadãos (VALLA e STOTZ, 1994). Penso que essa doutrina contradiz a idéia de controle social, na qual os clientes são aqueles com maior potencial de analisar os serviços oferecidos. Nesse sentido, é necessária a presença de profissionais dispostos a ouvir e, por conseguinte, com capacidade de educar a comunidade para nela reproduzir a valorização dos usuários e, assim, o melhoramento dos serviços de saúde.

Para Diniz (2002, p.397),

A falta de sistematização de um programa educacional, a inexistência de disciplinas que enfatizem a educação como 'mudança de comportamento' nos currículos de formação dos profissionais de saúde, a falta de adaptação de linguagem a ser usada no momento das orientações, o descompromisso profissional, o analfabetismo, a insegurança, o medo, os usos e os costumes, as crenças e as dificuldades financeiras são fatores que interferem na condução do autocuidado.

Sendo assim, a reversão desses condicionantes deve ser busca contínua das políticas públicas, não só da saúde, mas também da educação superior.

Nesse contexto, insere-se o trabalho do profissional enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional e como um educador.

5.2 A Inserção do Profissional Enfermeiro

5.2.1 Na Equipe Interdisciplinar

Como integrante da equipe, o enfermeiro tem participação ativa, respaldada pela lei 7.498/86, no artigo 11, inciso II, alínea “a”, a qual diz que é sua função participar “no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde” (COFEN, 1986).

O protocolo traz referências dos profissionais que julga essenciais na equipe de saúde que presta atendimento a portadores de Diabete Melito: enfermeiros, médicos, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas. Ao pensar nas reais necessidades desses usuários, percebe-se imprescindível a presença de outros trabalhadores, tais como: psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, odontólogos e assistentes sociais. A inserção desses profissionais na política de atenção à saúde da família promoveria integralidade da assistência e inclusão total da educação em saúde. Em 1999 (após 5 anos de implantação do Programa de Saúde da Família), o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa abrangendo 1.219 municípios e 3.119 equipes de saúde da família (o montante até dezembro de 1998), com o objetivo de avaliar a implantação desse programa nos diferentes municípios dos entes federados do país. Nesta pesquisa, os resultados encontrados quanto a presença de outros profissionais na equipe de saúde da família foi em baixas porcentagens, quais sejam, odontólogos em 28% das equipes, assistente social em 9,3%, psicólogo em 5,3% e nutricionistas em 4,5% dentre os grupos pesquisados (BRASIL, 2000).

Observando-se esses dados, é notória a necessidade de um reconhecimento das profissões e, conseqüentemente, dos profissionais para que o Sistema Único de Saúde os absorva e para que se promova articulações intedisciplinares e não meramente apoio ao trabalho do médico. No entanto, Brasil (2001, p.62; grifo próprio) não sugere esse entendimento, pois afirma que “consultas médicas regulares, idealmente **apoiadas** por orientações de enfermagem e de nutricionista, podem atenuar o risco de hipoglicemia”.

É preciso lembrar também dos profissionais de saúde sem formação superior que atuam no Programa de Saúde da Família: os auxiliares de enfermagem e os agentes

comunitários de saúde. Além de todos os profissionais já citados, deve haver a introdução do indivíduo receptor da assistência como integrante da equipe e, portanto, convocado a trabalhar junto.

Nesta equipe, cabe ao profissional enfermeiro, segundo Brasil (2001, p.78), “1) capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades”. Referindo-se a essa atividade do enfermeiro, Porto Alegre (2001, p.15) refere que a esse profissional compete: “realizar capacitação em serviço, nas forma de educação continuada, relacionando educação e trabalho” e “dirigir, supervisionar e avaliar a equipe de enfermagem”. Por se tratar de uma nova categoria de profissionais de saúde, os Agentes Comunitários de Saúde foram incorporados à supervisão do profissional enfermeiro. Essa adição nas atribuições do enfermeiro acaba, de certa forma, aumentando a responsabilidade desse profissional no serviço, restando-lhe menos tempo para realização de atividades gestoras e educativas diretamente aos usuários.

Ao enfermeiro, segundo Brasil (2001, p.78), também compete “2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário”. Conforme anteriormente mencionado, a consulta de enfermagem é ato privativo do enfermeiro (COFEN, 1986; PORTO ALEGRE, 2001). A promoção da saúde é um objetivo mediato da consulta de enfermagem e a qualidade dos momentos de vida do indivíduo passa a ser objetivo imediato, sendo assim, é atividade primordial no cuidado aos portadores de Diabete Melito. Vanzin e Nery (1996, p.53) referem que a consulta

compreende uma série de ações realizadas numa seqüência ordenada, desde a recepção do cliente até a avaliação geral de todo o atendimento prestado, pois o enfermeiro examina para conhecer, compreender e explicar a situação de saúde antes de decidir sobre o diagnóstico de enfermagem e terapêutica do enfermeiro.

Continuando as atribuições do enfermeiro, Brasil (2001, p.78) refere que esse trabalhador deve:

- 4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
- 5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;

O item quatro contradiz o item cinco, pois o primeiro propõe que haja participação de toda a equipe na decisão sobre as condutas a serem seguidas (em conformidade com a lei do exercício profissional do enfermeiro; COFEN, 1986), enquanto que o último refere uma escolha única pelo profissional médico e um cumprimento dos enfermeiros. De acordo com Porto Alegre (2001, p.15), é competência do enfermeiro: “participar do processo de tomada de decisão”. Portanto, a atuação do profissional enfermeiro vem somar junto às atuações dos demais atores do cuidado.

Quanto ao modelo de multiprofissionalidade presente nas equipes de saúde da família, vale ressaltar que a incorporação de profissionais de âmbitos diferentes ao da saúde, como por exemplo agrônomos e engenheiros civis, facilitaria o desenvolvimento sustentável das comunidades atendidas. Em especial ao portador de Diabete Melito, essa parceria disponibilizaria resolutividade no que diz respeito às questões de déficit na qualidade nutricional por condições sócio-econômicas não favoráveis.

A seguir, Brasil (2001, p.78) refere que cabe ao enfermeiro “6) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências”. O autor não faz referência à exigência desses medicamentos estarem protocolados em legislação específica do programa para diabéticos ou da instituição de saúde, à qual vincula-se o profissional. O entendimento produzido diverge do disposto na lei 7.498/86, artigo 11, inciso II, alínea “c”, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem: prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (COFEN, 1986; PORTO ALEGRE, 2001).

Quanto aos encaminhamentos, Brasil (2001, p.79), destaca como incumbência do enfermeiro:

- 7) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades;
- 8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais e do diabetes, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades;
- 9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades;

O consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes (2002, p.27 e 28) preconiza que:

Os pacientes estáveis e com controle satisfatório podem ser avaliados pela equipe multidisciplinar a cada três ou quatro meses. Pacientes instáveis e com controle inadequado devem ser avaliados mais freqüentemente, de acordo com a necessidade.

Isto é, o portador de Diabete Melito não precisa, necessariamente, ser avaliado em consultas médicas, reafirmando, dessa forma, o caráter interdisciplinar de cuidado.

Para Brasil (2001, p.78), o enfermeiro deve: “10) Acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco”. Porto Alegre (2001), designa como atividade do enfermeiro, na programação da saúde do adulto portador de Diabete Melito, a realização de medidas preventivas. O cuidado com os pés merece atenção especial dos profissionais de saúde devido à alta taxa de prevalência de morbidade nos membros inferiores, concordando com as estatísticas de Haher (2003) apresentadas no capítulo intitulado Atenção à Diabete Melito do presente estudo.

Para finalizar as atribuições do enfermeiro, Brasil (2001, p.79) refere que a esse profissional cabe: “11) Realizar glicemia capilar dos pacientes diabéticos, a cada consulta, e nos hipertensos não-diabéticos, uma vez ao ano”. Esse item menciona a glicemia capilar como fazendo parte da rotina de consulta de enfermagem, o que está descrito por Porto Alegre

(2001), somada às medidas de glicosúria e cetonúria, como sendo ação opcional, conforme julgamento do profissional. Questiono a realização desses procedimentos, pois, ao meu ver, eles poderiam ficar a cargo dos auxiliares de enfermagem; os critérios de eleição da realização dos exames permaneceriam como atribuições do enfermeiro.

Penso que algumas competências do enfermeiro enquanto integrante da equipe multiprofissional na atenção ao portador de Diabete Melito poderiam ser acrescentadas, conforme sugerido por Porto Alegre (2001, p.15):

- Participar do planejamento, execução e avaliação da programação de Saúde do Serviço;
- Participar na elaboração de normas que sistematizem a assistência de enfermagem;
- Promover e coordenar reuniões com a equipe de enfermagem;
- Realizar visita domiciliar;
- Emitir parecer sobre matéria de enfermagem;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Executar atividade de investigação epidemiológica;
- Desenvolver, coordenar e atuar em estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde, buscando responder às necessidades sociais e saúde.

A ação de educação em saúde não pode ser um evento isolado, é necessário que haja participação efetiva dos profissionais da enfermagem através das reuniões entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem, da existência de uma linguagem uniforme, da elaboração de normas de sistematização da assistência, da pesquisa do perfil epidemiológico da comunidade onde se atua, entre outros.

O conjunto dessas ações busca melhorar o atendimento à população e, em especial, procura evitar eventos de morbidade e mortalidade aos indivíduos propensos a essas complicações. É, portanto, imprescindível a comunicação entre os membros da equipe para que juntos possam esquematizar a atenção.

5.2.2 Na Educação em Saúde

A formação acadêmica dos enfermeiros preconiza uma abordagem educativa em todos os momentos do cuidado. O enfermeiro é, ao meu ver, um profissional que valoriza e pratica constantemente ações de educação em saúde. Esse trabalhador, para Bonilla (1975 apud Diniz, 2002, p.397), “é a pessoa que permanece mais tempo junto ao paciente e, por isso, tem o dever e a obrigação de educá-lo; para isso, terá de dominar e utilizar princípios de ensino-aprendizagem em áreas de educação em saúde”.

Relativo a esse aspecto, Brasil (2001, p.78) atribui ao enfermeiro:

- 3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos;

Acredito que os principais espaços para a educação a indivíduos portadores de Diabete Melito são constituídos nos primeiros momentos de contato do profissional com o usuário e prolongam-se por todos os instantes de atividades conjuntas, quer seja de atendimento individual ou coletivo. Para Diniz (2002), essa atividade de educação constante e desde o diagnóstico possibilitará diminuir ou retardar o aparecimento de complicações degenerativas.

Referindo-se às atividades de educação, o regimento interno dos serviços de enfermagem das unidades de saúde e dos programas de saúde da família de Porto Alegre (2001, p.15), afirma ser competência do enfermeiro: “Promover e participar de atividades educativas e comunitárias”. Essa atribuição fortalece o reconhecimento do enfermeiro no trabalho de educar as pessoas para o autocuidado, o qual é reconhecido universalmente (DINIZ, 2002).

Um exemplo prático da inserção da educação em saúde no cuidado aos portadores de Diabete Melito é o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, o qual promove o Programa de Educação para o Autocuidado. Nesse programa, participam enfermeiros/as, entre outros profissionais, que tem como cuidados primordiais o uso de material didático apropriado, a pronuncia de linguagem simples e a promoção da criatividade (trabalhada através de recursos audiovisuais, como cartazes, gravuras e desenhos). A utilização de palavras simplificadas deve-se ao fato da não existência de familiaridade com os termos técnicos referentes à Diabete Melito, mesmo em pessoas de melhor escolaridade (DINIZ, 2002). Nesse Programa, a educação em saúde está preconizada como pilar único do tratamento, do qual emergem os assuntos essenciais: nutrição, exercícios físicos e medicação. Sendo assim, as atividades desenvolvidas experimentam na prática as teorias de educação em saúde defendidas nesse estudo, bem como consolida e legitima o papel fundamental do enfermeiro nessas ações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, ao término desse estudo, após ter permanecido durante um semestre vivenciando a prática de trabalho na saúde pública, sendo membro do Núcleo de Estudos e Trabalhos em Saúde Coletiva (NETESC) e tendo participado de inúmeras discussões (presenciais e virtuais) sobre educação em saúde, entendo que o conceito de educação ao portador de Diabete Melito na política pública analisada diverge da concepção de educação em saúde preconizada pelos autores estudados. Incumbidos de praticar essa educação prescritiva e punitiva, os profissionais são tratados como marionetes da política e acabam reproduzindo essa idéia e veiculando o entendimento de que todos, principalmente os usuários, devem submeter-se ao que está imposto verticalmente.

É preciso que os profissionais de saúde revejam o conceito das palavras que utilizam nos momentos de atenção aos indivíduos, para que possam refletir e modificar a prática. Um exemplo de palavra que pode e deve ser substituída é o termo paciente, o qual apresenta-se como barreira enraizada e de quase impossível remoção entre os promotores da saúde e os receptores dessa. Ser paciente, sob a ótica do usuário de saúde, é estar passivo, é delegar todas as decisões tangenciais ao seu estado de saúde, é abdicar do direito de dirigir a própria vida. Olhando-se a partir das políticas públicas e, conseqüentemente, dos profissionais orientados por elas, percebe-se o paciente como um ser passível de qualquer ação e com o dever de seguir o que está instituído.

O caráter de trabalho interdisciplinar aparece constantemente, porém observa-se a hegemonia do trabalho do profissional médico como coordenador das ações dos demais profissionais e ressaltando uma preferência evidente pelas ações curativas e reparativas em detrimento de ações mantenedoras e promotoras de saúde. Esse fato foi constatado

principalmente no capítulo que dispõe sobre o tratamento medicamentoso, o qual possui o maior espaço dentre as páginas do protocolo e, entretanto, a presença da educação em saúde está quase suprimida. Essa atitude vai de encontro com as idéias da revisão da literatura realizada nesse estudo, a qual propõe a valorização de eventos preventivos no intuito de diminuição dos gastos, quer seja individuais ou públicos, com o portador de Diabete Melito. Como sugestão para futuras publicações ou edições, ressalto a importância da inserção da educação em saúde em todos os momentos do cuidado e que, a partir desse elemento basal, os atores desse cenário trabalhem a dieta, o exercício físico e a medicação. É imprescindível que no processo avaliativo todos os membros integrantes da ação educativa possam participar, no intuito de que juntos cresçam e melhorarem a atividade.

A Diabete Melito, sendo tratada como um problema de saúde coletiva, incita modelos criativos de abordagem da educação em saúde, bem como disposição dos profissionais para, enfim, corroborar em mudanças dos hábitos de vida de toda a população, não só dos indivíduos já acometidos pela patologia. Qualquer que seja o modo de ensinar/aprender sobre Diabete Melito, será sempre necessário que se fale em fatores concernentes à vida dos diabéticos e que transcendem a cronicidade da doença, tais como: angustias, medos, emoções, condições sociais e econômicas, entre outros.

A inserção do profissional enfermeiro na discussão de políticas públicas e da educação em saúde nas instituições formadoras de recursos humanos torna-se emergencial, pois esses profissionais carecem apropriar-se desses assuntos para, enfim, validarem as estratégias de promoção da saúde. É preciso que esses profissionais acreditem no elemento educação como aquele que é capaz de sustentar os demais agentes essenciais ao tratamento do portador de Diabete Melito.

As atribuições do enfermeiro explicitadas no protocolo do estudo não privilegiam todo o potencial educador, bem como gerencial desse profissional. Essa característica sustenta a

concepção hegemônica do modelo de atenção à saúde centralizado em ações de reparo aos danos já presentes.

Espera-se que a nova conjuntura política tenha como prioridade a execução da educação popular em saúde, mudando o enfoque da educação em saúde para que se possa inserir os cidadãos como protagonistas de sua própria história. A fim de evitar a injunção hierarquizada de comportamentos, é imprescindível que os elaboradores de políticas públicas estejam dispostos a ouvir as camadas populares e a sociedade civil. Com isso, os programas possibilitarão a obtenção de efeitos mais perto do esperado pelo governo, isto é, a fabricação da 'boa saúde' (citada por Gastaldo, 1997).

Desejo que esse estudo sirva como ferramenta de juízo da prática cotidiana dos profissionais enfermeiros que atuam na assistência direta ao portador de Diabete Medito. Espero, também, que as reflexões realizadas atuem como instrumento para futuras publicações de protocolos destinados a essa clientela.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 10 fev. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 65p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e Diabetes Mellitus – DM**: protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 94p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa brasileiro de hipertensão e diabetes é melhor do mundo**. Brasília, DF, 2002. Disponível em:

<http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=3170>. Acesso em: 20 dez. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Seminário sobre Incentivos às Mudanças na Graduação das Carreiras da 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: Ministério da Saúde, 2003. 16f.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista Saúde Pública**. v. 31. Nº 2. p.209-13, 1997

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, nº 23. p.30-56, dez., 2001.

_____. Gestão da Educação em Saúde Coletiva e Gestão do Sistema Único de Saúde. *In*: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Orgs.). **Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa Editora, 2002. 224p. p.143-161.

CNN. **Brasil tem cerca de 15 milhões de diabéticos**. Brasília, DF, 2003. Disponível em:

<<http://www.cnn.com.br/2003/saude/02/15/diabetes/index.html>>. Acesso em: 19 fev. 2003.

COFEN. **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 1986.

_____. **Lei nº 94.406**, de 08 de junho de 1987. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 1987.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 287/98**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/reso_98.htm>. Acesso em 15 fev. 2003.

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em 17 maio 2003.

DINIZ, Maria Ignez Carvalho. Educação para o autocuidado do paciente diabético. *In*: Enciclopédia da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Volume 3. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002. p.395-404

DURO, Carmen Lucia Mottin. **Maternidade e cuidado infantil: concepções de um grupo de mães da vila Cruzeiro do Sul – Porto Alegre/RS**, 2002. 162f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A., 1975. 1499p.

FREIRE, Paulo. Educação e participação comunitária. *In*: _____. **Política e educação**. São Paulo: Cortez, 1993. 119p. p.65-78

_____. e NOGUEIRA, Adriano. **Que fazer: teoria e prática em educação popular**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

GASTALDO, Denise. É a educação em saúde saudável? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. **Educação e Realidade**. v. 22. nº 1, p.147-168, jan./jun., 1997.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7ª ed. Cap. II. Petrópolis: vozes, 1997.

HAHER, D. **Diabetes**. Rio de Janeiro, RJ, 2003. Disponível em:

<http://www.shoppingmed.com.br/dicas_guias_diabete.htm>. Acesso em: 19 fev. 2003.

LIMA, Carlos Bezerra de Lima *et al.* Painel: Programa de Saúde da Família – PSF.

Enfermagem Atual. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Biomédicas Ltda. v. 2, nº 11, p.6-12. Set./Out., 2002

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996. 269p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Resposta da saúde pública às doenças crônicas**. Washington, DC: OPAS/OMS, 2002. 16 f. Disponível em:

<<http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce130-17-p.pdf>> Acesso em: 19 fev. 2003.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde.

Assessoria de Planejamento. **Regimento Interno dos Serviços de Enfermagem das Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e dos Programas de Saúde da Família**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2001. 26p.

PROGRAMA HARWARD/JOSLIN/SBD. **Diabetes Mellitus: Guia Básico para Diagnóstico e Tratamento**. Brasília, DF, 1996. 94p.

SCAIN, Suzana Fioril; OLIVEIRA, Ceuza Helena de; FRANZEN, Elenara. Aspectos de assistência de enfermagem ambulatorial no custo do tratamento de diabéticos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre: UFRGS. v. 8, nº 2, p. 149-167, jul., 1987.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Deteção e tratamento das complicações crônicas do Diabetes Mellitus**. São Paulo: SBD, 1998. Disponível em

<http://www.diabetes.org.br/Diabetes/infotec_set.html> [+complicações crônicas]. Acesso em: 22 de fev. 2003.

_____. **Consenso brasileiro sobre diabetes**. São Paulo: SBD, 2002. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/publicacoes/home.htm>> + [Consenso Brasileiro Sobre Diabetes]. Acesso em: 25 de jul. 2003

SOUZA, Eduardo Andreatta de. **Protocolos Clínicos: Uma Revisão Bibliográfica**, 2003. 23f. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. *In*: VALLA, Victor Vincent; _____ (orgs.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993a. 164p. p.15-26.

_____. Saúde Pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. *In*: VALLA, Victor Vincent; _____. **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis, Rj: Vozes, 1994. 142 p. p.123-142.

VALLA, Victor Vicent. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. *In*: _____; STOTZ, Eduardo Navarro (orgs.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993a. 164p. p.91-104.

_____. Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras. *In*: _____; STOTZ, Eduardo Navarro (orgs.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993b. 164p. p.105-116.

_____ e STOTZ, Eduardo Navarro. As respostas do movimento popular ao “estado de emergência permanente”. *In*: _____ (orgs.). **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis, Rj: Vozes, 1994. 142 p. p.99 – 122.

_____. Procurando compreender a fala das classes populares. *In*: _____ (org.). **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. 115 p. p.11-32.

VANZIN, Arlete Spencer; NERY, Maria Elena da Silva. **Consulta de enfermagem**: uma necessidade social? Porto Alegre: RM&L gráfica, 1996.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Os centros de saúde como espaços educativos. *In*: _____. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3ª edição aumentada. São Paulo: Hucitec, 1997. 167p.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS**: revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 8, p.11-48, 1998.

WALDMAN, Beatriz. **O enfoque cultural no processo de educação em saúde**, 1999. 166f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Cost of Diabetes**. Geneva, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/>>. Acesso em: 19 fev. 2003.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Data:	Página:	Orientações de educação em saúde: DIETA
Data:	Página:	Orientações de educação em saúde: EXERCÍCIO FÍSICO
Data:	Página:	Orientações de educação em saúde: MEDICAÇÃO
Data:	Página:	Atribuições do Enfermeiro