

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)
FACULDADE DE EDUCAÇÃO (FACED)
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM
SAÚDE (EDUCASAÚDE)**

NATALI GARIBALDI NUNES

**AÇÕES EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS TIPO 1:
CONHECENDO SUA PRÁTICA A PARTIR DE
PRODUÇÕES BIBLIOGRÁFICAS**

**Porto Alegre
2º semestre
2013**

NATALI GARIBALDI NUNES

**AÇÕES EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS TIPO 1:
CONHECENDO SUA PRÁTICA A PARTIR DE
PRODUÇÕES BIBLIOGRÁFICAS**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Formação Integrada
Multiprofissional em Educação e Ensino da
Saúde da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Professora Ma. Monalisa da Silva Pinheiro

**Porto Alegre
2º semestre
2013**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Público Alvo das Ações	31
Gráfico 2 – Tipo de Diabetes.....	31
Gráfico 3 – Sistema de Saúde.....	33
Gráfico 4 – Tipo de Estabelecimento	34
Gráfico 5 – Localidade das Ações.....	35
Gráfico 6 – Ações Educativas em DM1 por artigo.....	36
Gráfico 7 – Total de Ações Educativas em DM1	37
Gráfico 8 – Grupos Educativos por Artigo	38
Gráfico 9 – Ações dos Grupos Educativos	39
Gráfico 10 – Equipes Multidisciplinares por Ações Educativas	45
Gráfico 11 – Equipe Multidisciplinar nos Grupos Educativos	46
Gráfico 12 – Equipe Multidisciplinar nas Ações de Lazer.....	47
Gráfico 13 – Abordagem Integral por Ações Educativas.....	48
Gráfico 14 – Abordagem Integral nos Grupos Educativos	49
Gráfico 15 – Abordagem Integral nos Itens dos Grupos Educativos	50
Gráfico 16 – Abordagem Integral nas Ações de Lazer.....	51
Gráfico 17 – Participação do Usuário no Planejamento das Ações	53
Gráfico 18 – Inserção do Assistente Social.....	54
Quadro 1 – Educação em Diabetes nas Fases da Infância.....	23
Quadro 2 – Síntese dos Artigos da Análise.....	27
Quadro 3 – Ações Educativas por Instituição.....	28
Quadro 4 – Recomendações Oficiais por Instituição.....	28
Quadro 5 – Atuação do Assistente Social	55

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 O QUE É DIABETES?.....	11
3.2 PRESSUPOSTOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	14
3.3 DESDOBRAMENTOS CONCEITUAIS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	16
3.4 A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	17
3.5 RECOMENDAÇÕES OFICIAIS PARA A EDUCAÇÃO EM DIABETES	18
3.6 ENSINO EM DIABETES PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	22
4. METODOLOGIA	25
4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4.2 TIPO DE ESTUDO	25
4.3 FONTES.....	25
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	26
4.5 COLETA DE DADOS	26
4.5.1 Leitura Exploratória	26
4.5.2 Leitura Seletiva.....	27
4.5.3 Leitura Analítica.....	27
4.5.4 Leitura Interpretativa.....	29
5. ANÁLISE DE DADOS.....	30
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM DM1	30
5.1.1 Público Alvo.....	30
5.1.2 Sistema de Saúde	32

5.1.3 Tipo de Estabelecimento	33
5.1.4 Localidade	34
5.2 AÇÕES EDUCATIVAS EM DM1: PRÁTICAS x RECOMENDAÇÕES	
OFICIAIS	35
5.2.1 Caracterização Metodológica das Ações de Educação em DM1	36
5.2.1.1 Grupos Educativos na Instituição	37
5.2.1.2 A Escola na Educação em Saúde	41
5.2.1.3 O Uso do Lazer como Método Educativo	42
5.2.1.4 A Visita Domiciliar como Intervenção Educativa no Ambiente Familiar	43
5.2.1.5 A Elaboração de Materiais Didáticos como Apoio Educativo	44
5.2.2 Multidisciplinariedade nas Ações Educativas em DM1	45
5.2.2.1. A Equipe Técnica dos Grupos Educativos	46
5.2.2.2 A Equipe Técnica da Ação Educativa Escolar.....	47
5.2.2.3. A Equipe Técnica das Ações Educativas de Lazer	47
5.2.2.4. A Equipe Técnica da Elaboração de Material Didático	47
5.2.2.5. A Equipe Técnica das Visitas Domiciliares	48
5.2.3 Abordagem Integral nas Ações Educativas em DM1	48
5.2.3.1. Abordagem Integral nos Grupos Educativos	49
5.2.3.2 Abordagem Integral na Ação Educativa Escolar	50
5.2.3.3 Abordagem Integral nas Ações Educativas de Lazer	50
5.2.3.4. Abordagem Integral na Elaboração de Material Didático	51
5.2.3.5 Abordagem Integral nas Visitas Domiciliares	52
5.2.4 Participação do Usuário no Planejamento das Ações Educativas em DM1 .	52
5.3 O SERVIÇO SOCIAL NAS AÇÕES EDUCATIVAS EM DM1	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	64
APÊNDICE 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS DA ANÁLISE	64
APÊNDICE 2 – AÇÕES EDUCATIVAS POR INSTITUIÇÃO	68

APÊNDICE 3 – AÇÕES EDUCATIVAS POR CATEGORIA DE ANÁLISE	75
APÊNDICE 4 – PÚBLICO ALVO DAS AÇÕES	82
APÊNDICE 5 – PERCENTUAL DAS AÇÕES EDUCATIVAS E DAS RECOMENDAÇÕES OFICIAIS.....	83
APÊNDICE 6 – PERCENTUAL DO PÚBLICO ALVO DAS AÇÕES.....	91
APÊNDICE 7 –INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS AÇÕES EDUCATIVAS EM DM1	94
ANEXOS	95
ANEXO 1 – AÇÃO EDUCATIVA: ACERTE O ALVO	95
ANEXO 2 – AÇÃO EDUCATIVA: O MICKEY FICOU DIABÉTICO	96
ANEXO 3 – AÇÃO EDUCATIVA: GLICEMIA EM MOVIMENTO.....	97
ANEXO 4 – AÇÃO EDUCATIVA: BATE PAPO INFANTIL	98
ANEXO 5 – AÇÃO EDUCATIVA: BRINCAR COM O GLICOSÍMETRO FAZ BEM	99

1. INTRODUÇÃO

O diagnóstico de diabetes mellitus na infância e adolescência traz uma série de mudanças à rotina familiar, o que pode resultar em uma variedade de sentimentos como ansiedade, insegurança, medo, culpa, revolta e tristeza. Para que a família possa dar conta dessa nova realidade torna-se imprescindível o apoio de uma equipe de saúde capacitada, visando mostrar que a partir dos aprendizados necessários ao tratamento é possível a prevenção de complicações de saúde decorrentes do diabetes.

Para atuar nessa realidade, em 2004, foi inaugurado o Instituto da Criança com Diabetes do Rio Grande do Sul - ICD, uma organização não governamental que atende pessoas com diabetes na infância e na adolescência pelo Sistema Único de Saúde - SUS. A partir da atuação como assistente social na referida instituição e das reflexões propiciadas pelo curso de especialização “Formação Integrada Multiprofissional em Educação e Ensino da Saúde”, foi impossível não relacionar os conteúdos abordados com a realidade dos nossos usuários, questionando sobre as formas de educação possíveis em busca de uma melhor qualidade de vida aos pacientes¹ e suas famílias.

De acordo com a *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes* (ISPAD) “[...] a educação é a chave para o manejo bem-sucedido do diabetes.” (TSCHIEDEL et al, 2008, p. 220). Além disso, proporciona o aumento do uso de serviços primários e preventivos, o que representa um menor custo para o financiamento da saúde (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - ADA, 2013). Os pacientes participantes de programas de educação em diabetes são mais propensos a seguir as recomendações de tratamento, portanto “[...] uma variedade de estratégias e técnicas devem ser utilizadas para proporcionar educação e desenvolvimento adequado de habilidades de resolução de problemas nos

¹ O termo paciente será utilizado desconsiderando as discussões atuais sobre a adequação no emprego dessa nomenclatura, tendo como objetivo tornar clara a referência às pessoas com diabetes, pois o termo usuário pode referir-se tanto à pessoa com a doença como aos seus familiares.

diversos aspectos da gestão do diabetes.” (ADA, 2013, p. 17). Nessa mesma perspectiva, a Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD (2013) reconhece a educação como parte do tratamento, argumentando ser fundamental para o sucesso no manejo da doença.

Ciente desse contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) desenvolve diversas estratégias para a educação permanente dos profissionais e propõe a realização de atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, enfatizando o foco na autonomia do usuário para os cuidados em relação ao diabetes, e entendendo que educar extrapola a transmissão da informação. Educação em saúde é conseguir motivar o usuário para o autocuidado, levando em consideração a bagagem interna que ele possui no que se refere a sua vida, aos significados por ele atribuídos. Não há fórmulas para o ato de educar, mas pode-se dizer que é preciso levar em conta as diversas maneiras de incorporar conhecimento, seja através da escuta, da leitura, da escrita ou da atividade prática. Educar é mudar comportamentos, caso isso não se efetive tivemos apenas a transmissão da informação.

Portanto, o presente estudo busca refletir sobre como estão sendo realizadas as práticas educativas em Diabetes Mellitus Tipo 1 - DM1, para contribuir com os espaços de saúde que atendem tal demanda. Para isso foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica que traz o seguinte problema: quais métodos² de ensino estão sendo utilizados por profissionais da saúde nas ações de educação destinadas aos pacientes com DM1?

A escolha pelo DM1 ocorreu por esse tipo de diabetes representar 91% dos pacientes atendidos no ICD, sendo esse público o foco das ações na referida instituição. Além disso, estima-se 65 mil novos casos diagnosticados de DM1 por ano, mundialmente, sendo 312 no Estado do Rio Grande do Sul, local em que se acredita existir 8.000 crianças e adolescentes com essa patologia (TSCHIEDEL et al, 2008).

² Entende-se por método: “Caminho pelo qual se atinge um objetivo [...]” (FERREIRA, 1999, p.1328).

Os programas de educação em diabetes potencializam a possibilidade de autonomia dos usuários em relação aos diversos aspectos da doença. Desse modo, a inserção do assistente social nessas equipes pode contribuir significativamente, através do fortalecimento dos usuários para sua organização familiar, para o acesso aos recursos públicos e para a participação popular na luta por seus direitos. Compete a nós, profissionais da saúde, uma atuação que tenha como foco concretizar a responsabilidade pública no fornecimento das condições indispensáveis à saúde de todos os cidadãos. Pretende-se que a presente pesquisa possa contribuir para essa realidade, através da reflexão sobre as ações educativas desenvolvidas atualmente.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar, dentro da literatura atual (2004-2013), quais métodos de ensino vem sendo utilizados por profissionais da saúde nas ações de educação destinadas às pessoas com DM1, no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os métodos utilizados nas ações de educação em DM1 e conhecer sua aplicabilidade no cotidiano da educação em saúde.
- Conhecer a inserção do assistente social nas equipes de saúde participantes das ações de educação em DM1.
- Caracterizar as ações de educação em DM1 quanto à localidade das mesmas e ao público alvo a que se destinam.
- Analisar a aproximação metodológica das ações de educação em DM1 às recomendações dos órgãos oficiais, no que se refere à composição de equipe multidisciplinar, à execução de uma abordagem integral e a participação do usuário no planejamento das ações.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O QUE É DIABETES?

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) cita o diabetes como uma epidemia mundial e um desafio aos sistemas de saúde, isso pelas elevadas taxas de incidência e por configurar, juntamente com a hipertensão arterial, a primeira causa de mortalidade e hospitalizações. Refere que o diagnóstico dessa patologia pode produzir impactos negativos na qualidade de vida dos pacientes e familiares, e na economia da sociedade devido à redução na expectativa de vida, à perda da produtividade no trabalho, à aposentadoria precoce, à mortalidade prematura e pelos altos custos em saúde, principalmente relacionados ao tratamento das complicações: maior risco para doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; causa mais comum de cegueira, doença renal crônica terminal, amputação de membros inferiores, partos prematuros e mortalidade materna.

O diabetes é “[...] um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.” (BRASIL, 2006, p.9). Considera-se que existam quatro classes clínicas da doença: Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), Diabetes Mellitus Gestacional, e Outros Casos Específicos de Diabetes (BRASIL, 2006; SBD, 2013).

Havendo semelhanças e diferenças entre essas classes, convém ressaltar a indispensável definição do público alvo das ações de saúde conforme o tipo de diabetes e o perfil da população atendida. No que se refere ao DM1, enfoque da presente pesquisa, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) esclarece que se caracteriza pela deficiência da produção de insulina pelo organismo, gerada pela destruição das células betapancreáticas. Explica que o diagnóstico pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais frequente na infância e adolescência, e havendo uma prevalência entre 5 e 10% do total dos casos de diabetes.

Ainda não é possível uma atuação preventiva em relação ao surgimento do DM1 tendo em vista à ausência de conhecimento científico para tal, contudo, sabe-se que algumas pessoas nascem com uma predisposição genética à doença associada a causas externas, como uma perda emocional e fatores ambientais como determinados vírus (INSTITUTO DE CRIANÇA COM DIABETES - ICD, 2013). Desse modo, a SBD (2013) traz que o objetivo do tratamento é possibilitar aos pacientes uma vida o mais próximo possível de uma pessoa não diabética, assim como prevenir ou postergar as complicações agudas (hipoglicemias e cetoacidose³) e crônicas (deficiências visuais, renais, vasculares, etc.). Refere que o tratamento visa o controle dos parâmetros glicêmicos do paciente, o que requer aplicações diárias de insulinas, monitoramento da glicemia capilar, plano alimentar adequado, acompanhamento por uma equipe de saúde capacitada, estímulo à prática regular de atividade física, inclusão em um programa educacional e a participação da família no tratamento.

O processo de adaptação a essa nova rotina ocorre de forma diferente para cada pessoa conforme o ciclo de vida, a estrutura familiar e as subjetividades envolvidas. Portanto, torna-se essencial uma abordagem familiar para o tratamento integral do diabetes, reconhecendo que seus membros são os principais atores para o controle da doença e os responsáveis legais pela criança ou adolescente, a quem cabe o dever de zelar pela sua saúde e qualidade de vida, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente.

O diagnóstico do DM1 traz situações e sentimentos que podem afetar o desenvolvimento comportamental do paciente e atingir as relações familiares, assim, o modo como os membros do núcleo familiar lidam com a doença influenciará na maneira da criança ver sua condição de portadora de diabetes, seja de forma positiva ou negativa (CASTRO, 2002). A tendência dos pais à superproteção pode atrapalhar o desenvolvimento psíquico do filho e fazer com que ele assuma uma postura de dependência e uma imagem fragilizada de si

³ Hipoglicemia é a queda do açúcar no sangue, caso seja severa e/ou prolongada pode resultar em complicações neurológicas e morte. Cetoacidose é uma resposta do organismo a elevação do açúcar no sangue, traz a necessidade de internação hospitalar, risco de sequelas neurológicas e morte (ICD, 2013).

(BURD, 2004). Incluir a participação da criança no tratamento, permitindo que expresse seus pensamentos e emoções, pode aliviar suas inseguranças em relação à doença, tratar ansiedades, romper mitos, estimular sua adesão e colaborar para a melhora nas relações familiares.

Na adolescência, segundo Burd (2004), a abordagem familiar também se faz essencial, ainda mais por essa fase representar um momento crítico para o diabetes, afinal, nesse estágio da vida se faz presente a contestação dos valores vigentes e das normas familiares, como forma de construção de uma identidade própria e de busca pela independência em relação aos pais. A autora cita que o tratamento de saúde deve conter um diálogo franco e que valorize a participação do adolescente, para que assim ele possa assumir gradativamente as responsabilidades sobre o controle da doença, até que isso lhe seja entregue completamente na fase adulta. Afinal, o desenvolvimento cognitivo e emocional para a tomada de decisões em relação ao tratamento iniciará na referida fase, por volta dos 12 anos de idade. (SPARAPANI, 2010).

O apoio familiar é essencial para o paciente de qualquer idade, pois ele “[...] tende a aceitar melhor sua condição se sente o mesmo por parte da família, se ela participa do tratamento e encara a questão de forma tranquila.” (BURD, 2004, p. 316). Para que seus membros possam cumprir esse importante papel é preciso que estejam preparados para tal suporte, portanto, o fortalecimento familiar é um dos objetivos do atendimento profissional, pois seu papel não se restringe ao de coadjuvante, mas também de usuários do serviço.

O referido contexto elucida a urgência por intervenções qualificadas capazes de frear os danos físicos, econômicos, sociais e psicológicos do diabetes. Os programas de educação têm muito a contribuir nesse sentido, mas para isso “[...] é fundamental que a equipe multiprofissional esteja capacitada para o atendimento global da criança e do adolescente e o envolvimento de pais e familiares nesse processo.” (MINANNI, 2010, p. 6).

3.2 PRESSUPOSTOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Antes de qualquer reflexão a cerca das possibilidades educativas em diabetes é preciso deixar claro que atualmente temos um conceito ampliado de saúde que vai além das manifestações físicas de uma doença, pois inclui a compreensão de seus fatores condicionantes e determinantes, superando a dicotomia existente entre ações de promoção/prevenção e ações curativas, para a concepção do sujeito como um ser integral (CECCIM, 2008). Assim, os conceitos de saúde e doença passam a ser vistos de forma integrada e abrangente, pois contam com a participação ativa do indivíduo e de seu contexto (fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais).

Nessa perspectiva, a promoção da saúde só é possível havendo um elo entre as diferentes políticas sociais (assistência social, saúde, educação, habitação, trabalho, etc.) e o reconhecimento das individualidades de cada usuário. Promover saúde vai além de proporcionar o atendimento clínico, é preciso um olhar sobre as demais necessidades do usuário, pois essas questões refletem em sua qualidade de vida. O SUS vai ao encontro desse entendimento, todavia seus preceitos ainda estão em processo de consolidação prática tendo em vista sua proposta teórica de ruptura com diversas concepções de saúde que entendem o sujeito como um ser fragmentado. Para um maior avanço nesse sentido, faz-se importante discutir tais questões na formação das diversas categorias profissionais atuantes na política de saúde, no entanto os debates presentes na área da saúde não ocorreram com a mesma intensidade nos setores de educação e ensino:

Ainda é tênue na formação profissional a apropriação do Sistema Único de Saúde e ainda vigora um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnificados, com usuários tomados por seus padrões biológicos, com o processo saúde doença constituído por história natural. (CECCIM; FERLA, 2009, p. 449)

Cabe destacar que o conceito de educação permite essa aproximação com a área da saúde, pois transcende os espaços formais de escolas e universidades indo ao encontro do cotidiano das pessoas, partindo de suas experiências para, através de uma aprendizagem significativa, proporcionar mudanças que lhe tragam uma melhor qualidade de vida. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação,

em seu artigo 1º, vem ao encontro desse entendimento ao descrever um conceito ampliado de educação que inclui “[...] os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”. (BRASIL, 1996). Como exemplo da referida articulação proposta, temos a Lei Federal 11.347/2006 que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais para o tratamento do diabetes aos pacientes inscritos em programas de educação. Tal fato pode ser visto de forma positiva ao se constatar o reconhecimento sobre a importância de uma articulação entre saúde e educação, no entanto, ainda temos um longo caminho a percorrer para que a previsão legal torne-se uma realidade, através do provimento de programas de educação a todos os cidadãos.

Diversos debates atuais refletem sobre as práticas educativas em saúde entendendo-as “[...] como formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando a alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado.” (MOROSINI, 2008, p. 158). O sujeito não pode ser visto como um objeto a espera de transformação, desconsiderando-se a necessidade de um olhar sobre as questões sociais que influenciam no processo saúde doença (GAZZINELLI, 2005).

O necessário encontro entre educação e saúde exige a formação de profissionais capazes de dar conta dessa realidade, a partir do entendimento da aprendizagem como um “[...] movimento tensionador entre o saber anterior e a experiência presente, inventor de novidade.” (CECCIM e FERLA, 2009, p. 450). Nesse sentido, os autores referem que o aprendizado difere do acúmulo de informações, ele traz a necessidade do envolvimento emocional dos sujeitos (aluno e professor), para construir, juntos, um novo saber, a partir da reflexão que articula os conhecimentos atuais às novas informações apontadas.

Gazzinelli (2005) refere que considerar as representações sociais sobre saúde e doença, requer uma postura de aprendiz tanto para o usuário como ao profissional, havendo o cuidado para que essas representações não sejam utilizadas como mero instrumento de identificação do saber dos sujeitos para a

posterior sobreposição inquestionável do saber científico. Como utilizar essas representações para a criação de experiências educativas é o grande nó dos debates atuais, assim:

Quando a “educação domesticadora recua seus tentáculos” é possível acontecer a prática da liberdade, na qual educador e educando tornam-se sujeitos assumindo seus papéis significativos, fazendo com que o processo educativo ocorra de forma expressiva, capaz de provocar mudanças, por mais que sutis (GAZZINELLI, 2005, p. 205).

3.3 DESDOBRAMENTOS CONCEITUAIS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O conceito educação em saúde compõe uma temática complexa e de difícil mensuração, portanto torna-se necessária a definição dos desdobramentos que compõe tal conceito e que nortearam a interpretação dos dados coletados na presente pesquisa. Tendo em vista a compreensão de que a educação pode permear as práticas profissionais de diversas maneiras, entende-se a educação em saúde subdividida nas seguintes classes:

- Abordagens Educativas

A palavra abordagem significa “[...] Achejar-se, aproximar-se de (alguém).” (FERREIRA, 1999, p.13). Logo, compreende-se abordagens educativas em saúde como aquelas situações em que a educação percorre o atendimento clínico, visando uma melhor adesão ao tratamento da doença. Prática essa bastante presente nos debates atuais sobre o conceito ampliado de saúde que considera as diversas necessidades do sujeito, ultrapassando a dimensão física da doença. Como exemplo, pode-se citar um determinado atendimento individual entre profissional e paciente, em consultório. Nesse caso, o enfoque educativo ocorre conforme a predisposição do ambiente (demanda de trabalho, tempo disponível, visão institucional) e do profissional (visão teórica, valores individuais, formação acadêmica), assim, o objetivo principal é o atendimento clínico, sendo a educação uma forma de realizá-lo de maneira qualificada.

- Ações de educação em saúde

A palavra ação significa “[...] processo ou atividade.” (FERREIRA, 1999, p.24). Sendo assim, as ações educativas aqui citadas correspondem às atividades elaboradas com o objetivo principal de educação para promoção da saúde, complementares aos atendimentos clínicos. Isso pode ser exemplificado nos grupos de pacientes que buscam a discussão de questões relacionadas à doença, trazendo à tona os determinantes sociais envolvidos e buscando uma mudança de comportamento com vista a uma melhor qualidade de vida.

A falta de clareza em relação às classes citadas acima pode trazer conflitos na interpretação dos dados coletados para a presente pesquisa, por isso a relevância dos seus significados para a correta compreensão dos resultados encontrados.

3.4 A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As ações de educação em saúde configuram um desafio ao reconhecemos que, apesar de todas as legislações que trazem o atendimento integral à saúde como um direito social, vivemos em uma sociedade que em sua prática ainda apresenta diversas situações de contraposição aos preceitos constitucionais. A partir da leitura das relações sociais aos quais estamos inseridos, o Serviço Social busca a construção de uma sociedade mais igualitária, através do fortalecimento dos usuários para a garantia dos seus direitos.

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS (2010), uma atuação competente desse profissional na área da saúde prevê as seguintes práticas: articulação com as lutas coletivas de efetivação do SUS; conhecimento da realidade dos usuários e dos determinantes sociais que interferem no processo saúde doença; mediação do acesso aos serviços; atuação interdisciplinar junto à equipe técnica; estímulo à intersetorialidade buscando fortalecer a articulação entre as políticas sociais; contribuição para a participação popular dos usuários e

trabalhadores no planejamento das ações de saúde; inclusão em projetos de educação permanente.

A importância da inserção do Serviço Social na política de saúde, e mais especificamente nas ações de educação em diabetes, se mostra pelo perfil educativo da intervenção profissional. A função pedagógica do assistente social caracteriza-se pela proposta de reflexão junto aos usuários, o que pode resultar na formação de novas maneiras de pensar e agir em sociedade (ABREU; CARDOSO, 2009). Portanto, suas atribuições privativas e competências profissionais lhe permitem contribuir significativamente para o atendimento aos usuários sob o prisma da integralidade, com vistas a uma educação emancipatória.

3.5 RECOMENDAÇÕES OFICIAIS PARA A EDUCAÇÃO EM DIABETES

O tratamento para o diabetes teve início em 1922 com a descoberta da insulina, no entanto, somente em 1970 houve a introdução da educação como parte do tratamento, a partir da comprovação da sua eficácia em um programa de ensino para pacientes diabéticos em situação econômica desfavorável, quando após dois anos desse trabalho houve redução nas hospitalizações e nos atendimentos de urgência (PINTO, 2013). Apesar disso, os programas educativos não obtiveram os resultados esperados, pois muitos pacientes não aplicavam as informações recebidas em seu cotidiano, quando se conclui sobre a necessidade de evoluir da instrução para a educação. (PINTO, 2013).

Sabe-se, atualmente, que “A educação em diabetes é um processo contínuo de facilitação e acesso ao conhecimento que estimula o desenvolvimento de habilidades necessárias para o autocuidado e para o gerenciamento do diabetes pelo próprio paciente.” (SBD, 2013, p.248). Para tal, temos no Brasil as diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Diabetes, que constituem os órgãos oficiais de atuação nessa área, sem desconsiderar a colaboração de instituições relacionadas ao problema, como centros de referência, associações, entre outras.

Ao elucidar a relevância da educação em diabetes, tais órgãos citam alguns pontos chaves para a prática profissional, dos quais se selecionou três aspectos que vêm ao encontro da temática dessa pesquisa:

- Promoção de atividades multidisciplinares de educação em saúde;

O Ministério da Saúde (2006) prevê que o atendimento às pessoas com diabetes seja prestado pela Estratégia Saúde da Família e Unidades de Saúde, através de equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário), havendo destaque à ação interdisciplinar e à positiva colaboração de outros profissionais, especialmente nutricionistas, professores de educação física, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, e pessoas com diabetes (voluntários dispostos a colaborar com atividades educacionais). Nos casos de DM1, indica o atendimento imediato com endocrinologista pelo elevado risco de descompensação metabólica. No que se refere às ações educativas sugere:

Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu auto-cuidado. (MINISTERIO DA SAUDE, 2006, p.11)

Nessa mesma perspectiva, a SBD (2013) refere que a equipe pode integrar diversos profissionais da saúde, contendo, no mínimo, um educador qualificado em diabetes, e priorizando a educação em grupo (por apresentar melhor relação custo-efetividade) e o aprendizado ativo. Para isso, cita, como essencial, uma atuação profissional multidisciplinar e interdisciplinar, com preparo em relação às estratégias didáticas e de comunicação, o que pressupõe a percepção das necessidades dos usuários (idade do público alvo, nível sociocultural, etc.) antes de iniciar o processo educativo.

- Abordagem integral (paciente e família)

O Ministério da Saúde (2006) sugere que a educação em diabetes contenha uma abordagem integral que busque auxiliar o paciente e sua família com as mudanças de rotina advindas do diagnóstico, destacando a importância da autonomia desses sujeitos no gerenciamento da doença. O cuidado integral busca o atendimento do sujeito em suas diversas necessidades, ultrapassando a visão que abarca somente o aspecto clínico da doença. Nesse sentido, incorpora diferentes práticas de atendimento tais como: busca ativa dos pacientes faltosos; contato telefônico ou visitas domiciliares; reconhecimento dos aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais; entre outros. (MINISTERIO DA SAUDE, 2006).

A SBD (2013) complementa citando que um programa de educação deve considerar as formas de educar nas diferentes fases da vida e “[...] incorporar as necessidades, os objetivos e as experiências de vida do indivíduo” (SBD, 2013, p. 248). Destaca que os programas de educação destinados a crianças e adolescentes atingem melhores resultados psicossociais do que de controle glicêmico, e àqueles destinados a adultos sugere-se o uso de teorias específicas para essa faixa etária e de técnicas problematizadoras. Traz um modelo de educação que busca aproximar as pessoas com diabetes, suas famílias, comunidades e profissionais da saúde.

- Participação do usuário no planejamento das ações

A participação ativa do usuário nos atendimentos e em discussões de planejamento das ações relacionadas ao diabetes no serviço de saúde é apontada como relevante pelo Ministério da Saúde (2006), quando sugere uma relação colaborativa entre paciente e profissional durante os atendimentos, proporcionando espaços que permitam a expressão e o respeito às ideias dos usuários. Para isso propõe:

Envolver os pacientes nas discussões sobre planejamento de ações dirigidas ao diabetes na unidade, aumentando a autonomia e o poder dos pacientes sobre suas próprias condições. Não esquecer que o “especialista” em diabetes para cada paciente é o próprio paciente (MINISTERIO DA SAUDE, 2006, p.11).

A SBD (2013) também considera a participação dos pacientes nas tomadas de decisões como essencial. Ao descrever uma proposta para a organização dos

serviços de promoção da educação em diabetes, sugere a constituição de um comitê consultivo visando garantir a colaboração de todas as partes interessadas no planejamento e na finalização das ações educativas. Para a representação da comunidade em geral e da população alvo atendida, propõe que tal comitê seja composto por:

- Pessoa com diabetes;
- Cuidador de criança com diabetes;
- Líder comunitário;
- Líder de programas comunitários relevantes;
- Membro de associação de diabetes local;
- Representante dos trabalhadores na saúde local;
- Professor de escola;
- Médico especialista/clínico;
- Médico de cuidados primários/clínico;
- Enfermeiro;
- Nutricionista;
- Outros profissionais da saúde, do serviço de apoio ao diabetes.

O Ministério da Saúde e a SBD encontram-se em harmonia em relação às suas recomendações educativas, embora o Ministério da Saúde aborde de maneira sutil a questão do atendimento ao portador de DM1, algo que carece de maior atenção tendo em vista as especificidades da doença que se distinguem do DM2 (tema principal de suas publicações). Contudo, percebe-se afinidades com as discussões teóricas atuais sobre educação em saúde, conforme demonstra o trecho a seguir: “Só podemos considerar a educação em diabetes efetiva se esta resultar em mudanças de comportamentos; caso contrário, estaremos somente transmitindo conhecimento.” (SBD, 2013, p.248).

3.6 ENSINO EM DIABETES PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS

Ao realizar uma revisão de literatura sobre as recomendações da educação em diabetes⁴, Leite et. al (2008) conclui que, apesar das indicações dos órgãos oficiais, não há um modelo de programa universal, utiliza-se uma diversidade de técnicas como a distribuição de material educativo, aulas didáticas, intervenções contendo a participação ativa do paciente, entre outras. Desse modo, cita a importância da correta definição das estratégias adotadas pela equipe de saúde, o que deve considerar o estágio de desenvolvimento do paciente, conforme apontamentos descritos abaixo:

- Crianças

Para incluir a criança nas ações de educação em diabetes é preciso o uso de metodologias que considerem as especificidades dessa faixa etária, tais como:

- permitir à criança brincar enquanto aprende. A prática de atividades criativas e recreativas é importante para envolver a criança no aprendizado;
- explicar como é a doença, apontando as metas glicêmicas;
- habilidades práticas: ensinar a administração da insulina e os testes de monitoramento e a importância dessas ações;
- explicar a fisiopatologia da doença e o modo de funcionamento da insulina;
- desenvolver e estimular a criança a expressar suas dificuldades, necessidades e emoções;
- aspectos nutricionais: planos de refeição, quantidade e qualidade de carboidratos, como lidar com eventos especiais, o comer fora de casa, o crescimento e o ganho de peso, bebidas e adoçantes artificiais;
- hipoglicemia: prevenção, reconhecimento, manejo e necessidade do glucagon;
- como lidar com situações agudas: orientar os pais para aumentar a monitorização;
- exercícios: planejamento de fins de semana, feriados e viagens. Monitorização glicêmica para se evitar episódios de hipoglicemia associados ao exercício. Avaliar reposição de carboidratos de acordo com a intensidade do exercício e a monitorização (LEITE et. al, 2008, p. 7).

⁴ Artigos publicados entre 2000-2007, incluindo as diretrizes da *International Diabetes Federation*, da *American Diabetes Association*, da Sociedade Brasileira de Diabetes, da *American Association of Diabetes Educators* e da *International Diabetes Centers*.

Cita algumas questões que precisam ser consideradas para a educação em diabetes nas diferentes fases da infância:

Quadro 1 – Educação em Diabetes nas Fases da Infância

Fase da Infância	Modelo Educativo
1-3 anos	Ações destinadas somente aos responsáveis, devido ao estágio prematuro de desenvolvimento da criança para uma maior participação e compreensão em relação ao tratamento do diabetes.
3-7 anos	Deve-se estimular a criança a realizar algumas tarefas relacionadas ao tratamento da doença, sem desconsiderar que as habilidades motoras e cognitivas ainda não lhe permitem uma participação mais ativa nesse processo.
8-11 anos	Nessa fase a necessidade de independência da criança será cada vez maior, portanto ela poderá assumir algumas tarefas como aplicação de insulinas e monitoração da glicemia (desde que supervisionadas pelos responsáveis), já que nesse estágio desenvolvem melhor sua consciência, raciocínio lógico, coordenação motora, imaginação fértil e capacidade de comunicação.

- Adolescentes (12 a 18 anos)

Considerando-se a importância da autonomia do paciente nessa fase, o adolescente deve ser o responsável pelo controle do diabetes, sem eximir a participação familiar. Portanto, ele deve assumir os cuidados em relação à monitorização, à administração da insulina e à contagem de carboidratos⁵. Para isso, cabe a abordagem de questões como comunicação de qualidade entre pais e filhos, divisão de papéis, acompanhamento às consultas, supervisão dos responsáveis em relação ao controle metabólico e à realização do tratamento.

A abordagem desse paciente deve considerar as modificações físicas, psíquicas e sociais características da adolescência, portanto, as ações de educação para tal público deverão conter temáticas como: sexualidade, drogas, estado emocional (maior propensão ao desenvolvimento de transtornos psicológicos como depressão, ansiedade e transtornos alimentares) e aspectos inerentes ao tratamento clínico.

⁵ Técnica de nutrição utilizada para a adequação da quantidade de insulina que será aplicada conforme os carboidratos da refeição a ser realizada.

- Adultos

O tratamento deve ser contínuo e se adequar às necessidades presentes em cada ciclo de sua vida, havendo uma constante adaptação nas abordagens de educação em saúde, pois o indivíduo poderá vivenciar mudanças físicas em decorrência do envelhecimento ou das complicações crônicas do diabetes, por isso serão necessárias avaliações contínuas para se reinventar o autocuidado. A educação para o adulto é mais complexa, tendo em vista que obter conhecimentos não é sinônimo de mudança comportamental, por isso a importância de um educador capacitado para o tensionamento de resistências. Nesse contexto, o uso de técnicas cognitivo comportamentais apresentam benefícios, assim como a simulação de aplicações de insulina, de contagem de carboidratos e de monitoramento da glicemia capilar, estudos de casos hipotéticos e experiências vividas, e suporte através de ligações telefônicas.

- Família

Conforme descrito nos itens anteriores, a participação familiar mostra-se presente em todas as faixas etárias, seja em maior ou menor grau, de acordo com a autonomia do paciente em cada ciclo de vida.

Os apontamentos acima tornam clara a importância da reflexão sobre formas diferentes de se executar a educação em saúde, indo ao encontro das especificidades de cada público. Pinto (2013) contribui com essa realidade ao trazer uma diversidade de opções educativas, das quais destacamos algumas nos anexos da presente pesquisa. Uma doença crônica como o DM1 requer o desenvolvimento de novas habilidades na dinâmica familiar com o objetivo de manter a qualidade de vida de seus membros. Ações educativas que considerem todos os aspectos de saúde envolvidos (físicos, psicológicos e sociais) podem contribuir significativamente nesse processo.

4. METODOLOGIA

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho tem como finalidade contribuir cientificamente para os estudos relacionados ao tema ações de educação em diabetes. Compromete-se com a veracidade das informações citadas, realizando a referência aos autores correspondentes, conforme a Lei 9.610/98 que dispõe sobre os direitos autorais.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Conforme critérios descritos por Gil (2002), a presente pesquisa possui metodologia qualitativa, sendo classificada como:

- Exploratória (com base em seus objetivos), pois busca uma maior familiaridade com o problema, através do aprimoramento de ideias.
- Bibliográfica (com base em seus procedimentos técnicos), pois utiliza materiais já elaborados como fonte para a análise de ideias.

4.3 FONTES

As fontes de pesquisa utilizadas foram artigos e periódicos publicados em português nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Periódicos CAPES, no período compreendido entre 2004 e 2013.

Para a busca do material foram utilizados os descritores diabetes, crianças, adolescentes, educação e assistência, em suas diferentes combinações.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tendo em vista a dificuldade para avaliação de abordagens educativas⁶, principalmente tratando-se de uma análise bibliográfica, esse estudo considerou de maior valia pesquisar somente as ações educativas em DM1. Além disso, as últimas correspondem ao interesse primordial desse estudo, que coloca a educação como elemento central de análise. Portanto, a seleção do material pertinente ao problema de pesquisa utilizou como critérios de inclusão:

- Atividades desenvolvidas em território nacional;
- Atendimento a pacientes com DM1, mesmo que em conjunto com outros tipos de diabetes;
- Ações educativas desenvolvidas no cotidiano das instituições, excluindo aquelas realizadas pontualmente com a finalidade específica de coleta de dados para pesquisas.

4.5 COLETA DE DADOS

A busca nas referidas bases de dados localizou 971 artigos, sendo que, depois da leitura e análise do título e resumo dos estudos, foram elencados nove para a pesquisa, pois respeitavam os critérios de inclusão estabelecidos para essa revisão. A coleta de dados foi realizada seguindo às etapas sugeridas por Gil (2002), conforme descrito nos itens a seguir.

4.5.1 Leitura exploratória

Para a localização dos artigos a serem utilizados realizou-se uma leitura exploratória do material encontrado nas bases de dados (Gil, 2002). Essa

⁶ Ver item 3.3 do presente trabalho (Desdobramentos Conceituais da Educação em Saúde) para uma melhor compreensão da diferença entre abordagens educativas e ações educativas.

envolveu a apreciação do título, resumo, introdução, método e/ou resultados, desse modo, tornou-se possível a obtenção de dados para a identificação dos artigos pertinentes à pesquisa.

Tendo em vista a dificuldade na localização de produções científicas que tenham como foco principal a descrição de ações educativas em DM1, foram utilizados artigos que descrevam essas ações, independentemente do enfoque temático do trabalho, desde que atendam os critérios de inclusão estipulados para a pesquisa.

4.5.2 Leitura Seletiva

Após a seleção dos artigos, fez-se uma leitura profunda do material, que teve em vista a definição dos conteúdos de interesse à pesquisa, conforme os objetivos da mesma (Gil, 2002). Com o intuito de facilitar o processo de análise, foi elaborado um quadro síntese que permite a visualização do material selecionado, conforme ilustrado abaixo:

Quadro 2 – Síntese dos Artigos da Análise

Nome	Objetivos	Metodologia (tipo de pesquisa)	Resultados	Referência

* O quadro preenchido encontra-se disponível no apêndice 1.

4.5.3 Leitura Analítica

Gil (2002) define essa etapa como uma leitura integral do material selecionado, identificando as ideias chaves e organizando-as conforme seu grau de importância para, após, efetuar a sintetização do conteúdo. Refere que essa

fase busca compreender as ideias do texto e ordenar as informações encontradas com o intuito de responder ao problema de pesquisa.

Para isso, foram utilizados indicadores para os objetivos propostos na pesquisa, objetivando-se a sintetização dos dados encontrados e a percepção das categorias analíticas que compõe os resultados desse estudo. No entanto, a definição dos resultados desse trabalho não se restringe aos elementos apontados previamente, permitindo-se uma flexibilidade para a identificação de questões relevantes ao problema. Isso, pelo reconhecimento de que a análise bibliográfica é um processo construído e reconstruído pelo autor da pesquisa, pois pode conter a adição ou a supressão de determinados textos, conforme o andamento das leituras (Gil, 2002). Como forma de organização dos dados identificados, criaram-se dois quadros síntese das leituras realizadas:

Quadro 3 – Ações Educativas por Instituição

NOME E LOCAL DA INSTITUIÇÃO				
Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social

* O quadro preenchido encontra-se disponível no Apêndice 2.

Quadro 4 - Recomendações Oficiais por Instituição

NOME E LOCAL DA INSTITUIÇÃO			
Recomendação dos Órgãos Oficiais	Aplicação?		Ação Desenvolvida
	Sim	Não citado	
Abordagem integral (paciente e família)			
Participação do usuário no planejamento das ações			
Equipe multidisciplinar			

* O quadro preenchido encontra-se disponível no Apêndice 3.

4.5.4 Leitura Interpretativa

Corresponde à última e mais complexa etapa, pois relaciona os conteúdos encontrados com o problema da presente pesquisa e com os conhecimentos científicos anteriormente obtidos pelo pesquisador (GIL, 2002). Desse modo, a partir dos quadros já elaborados, fez-se o agrupamento das categorias semelhantes evidenciadas (ver apêndices 4, 5 e 6). Para a representação de cada resultado, elaborou-se os cálculos percentuais desses dados (apêndices 7, 8, 9 e 10). Por fim, deu-se a descrição da análise realizada, conforme demonstra o capítulo a seguir.

5. ANÁLISE DE DADOS

Os itens abaixo descrevem os resultados da presente pesquisa bibliográfica, através das categorias analíticas identificadas na análise dos artigos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM DM1

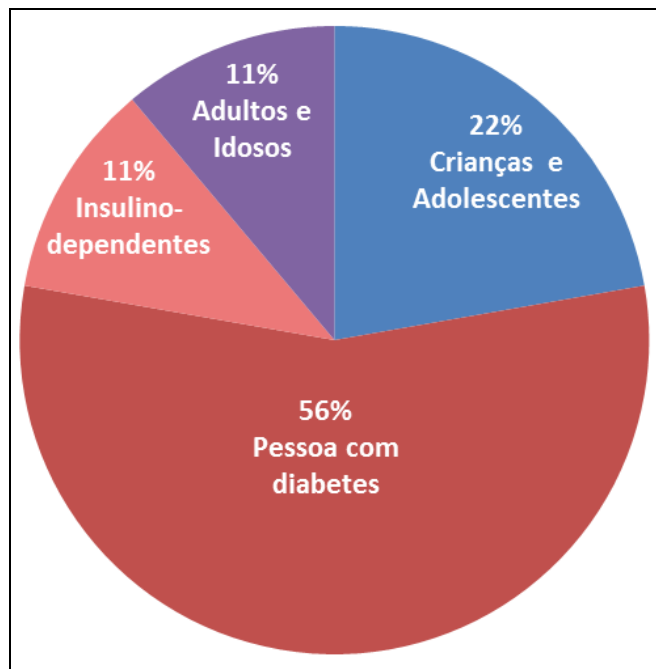
Percebe-se que cada um dos nove artigos que integram essa pesquisa retrata um conjunto de ações educativas destinadas a um mesmo público, conforme o perfil da instituição ao qual estão inseridos. Por isso, considerou-se de maior legitimidade que os cálculos percentuais desse capítulo correspondessem a totalidade de artigos e não de ações educativas como os demais.

Conhecer o contexto em que vivemos nos instrumentaliza para o manejo do presente e para o planejamento do futuro. Assim, tornam-se relevantes os apontamentos realizados abaixo sobre as características das ações de educação em DM1 executadas no Brasil e referidas em artigos científicos.

5.1.1 Público Alvo

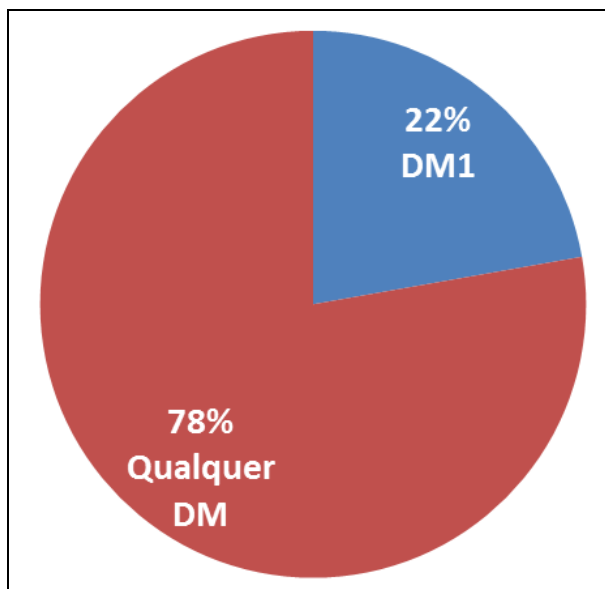
Evidencia-se que as ações de educação em DM1 desenvolvidas variam no público alvo a que se destinam. A maioria dos artigos (67%) não delimita atendimento por faixa etária, destinando suas ações a pessoas com diabetes de diabetes insulino dependentes (11%) e a qualquer pessoa com diagnóstico de diabetes (56%). O restante (33%) se subdivide entre ações de enfoque específico para crianças e adolescentes (22%) e para adultos e idosos (11%). O gráfico abaixo demonstra esses apontamentos:

Gráfico 1 – Público Alvo das Ações



Tal heterogeneidade também se mostra presente no que se refere ao tipo de diabetes acolhido pelas instituições em suas ações educativas em DM1, quando se identifica uma prevalência de publicações contendo ações voltadas a todos os tipos de diabetes (78%), havendo apenas 22% destinadas exclusivamente ao DM1, como demonstrado abaixo:

Gráfico 2 – Tipo de Diabetes



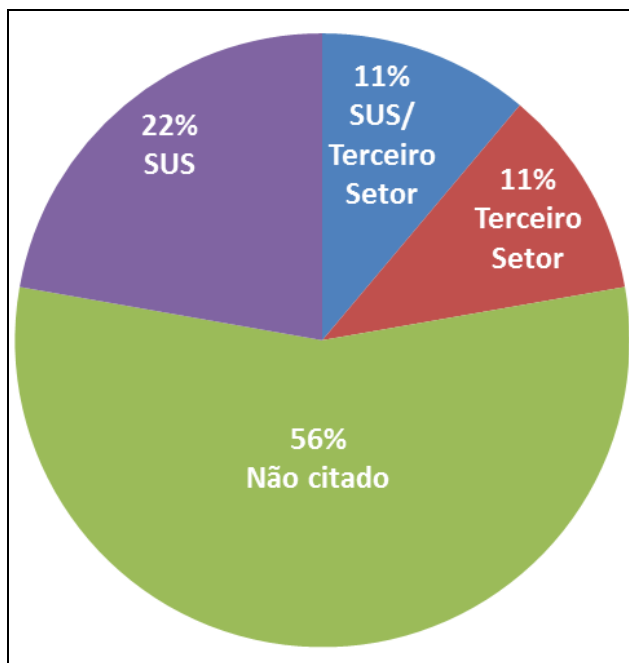
Tais evidências nos remetem ao questionamento sobre a significância da baixa prevalência de publicações com enfoque específico por faixa etária ou tipo de diabetes para a qualidade das ações desenvolvidas, tendo em vista as diferenças geradas pelas diversas apresentações da doença e pelos distintos estágios de vida. Para responder essa indagação, cabe considerar as dificuldades existentes para o agrupamento de pacientes DM1 em um mesmo serviço devido a sua menor incidência comparada aos casos de DM2, o qual somente é possível em locais de saúde com maior abrangência geográfica de seus pacientes. Nota-se a importância de se pensar em formas de educação em saúde considerando as singularidades e heterogeneidades da população assistida, o que nos remete ao conceito de acessibilidade, tão presente nos debates atuais, trazendo à tona a necessidade do aprimoramento na convivência com as diferenças.

Portanto, conclui-se que a heterogeneidade do público alvo das ações educativas não constitui fator de limitação para qualidade do serviço prestado, desde que haja o olhar da equipe técnica para a execução de um trabalho inclusivo.

5.1.2 Sistema de Saúde

Somente 44% dos artigos referem a qual sistema de saúde estão inseridos: 22% SUS, 11% terceiro setor e 11% parceria SUS/terceiro setor, não havendo alusão à saúde privada. Sendo que mais da metade das ações não citam esse dado, origina-se uma lacuna para a percepção de prevalência do sistema de saúde correspondente. Apesar disso, os dados disponíveis indicam a maior participação da esfera pública na disseminação do conhecimento da temática em questão. A ilustração a seguir explicita esses dados:

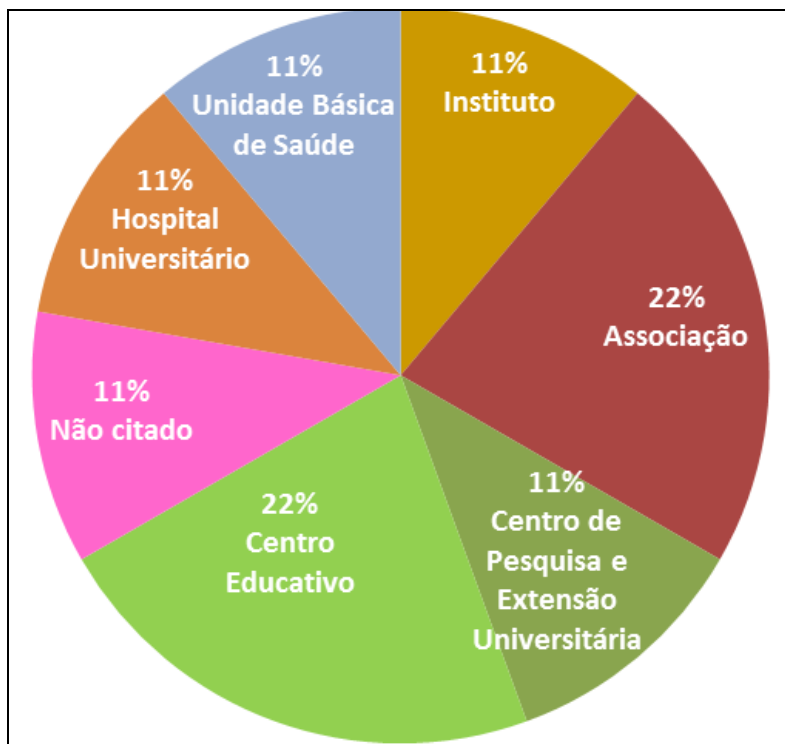
Gráfico 3 – Sistema de Saúde



5.1.3 Tipo de Estabelecimento

As ações educativas em DM1 são realizadas por diversos tipos de estabelecimentos, havendo o predomínio de associações (22%) e centros educativos (22%). O restante é composto igualmente (11%) por instituto, unidade básica de saúde, hospital universitário, centro de pesquisa e extensão universitária e informação não citada. Considera-se positiva a heterogeneidade evidenciada, pois pressupõe a conscientização da importância das ações educativas como parte do tratamento clínico, independente do local em que o mesmo é desenvolvido. O gráfico abaixo demonstra os percentuais citados acima:

Gráfico 4 – Tipo de Estabelecimento

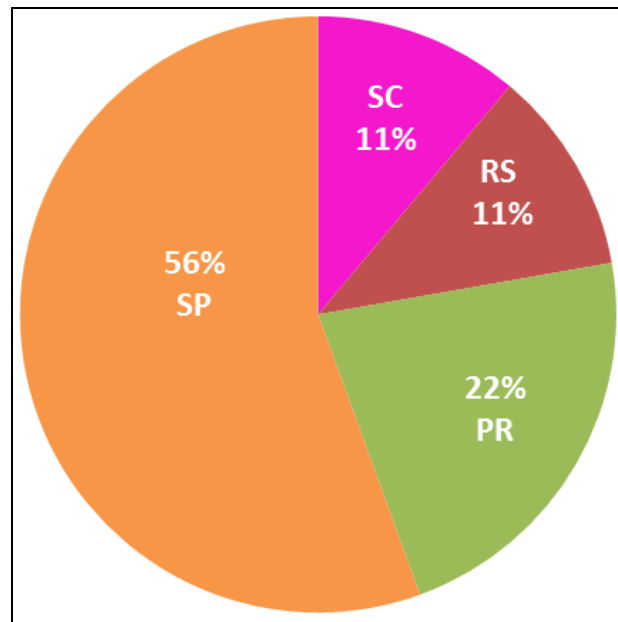


5.1.4 Localidade

Constatou-se que somente as regiões sul e sudeste estavam presentes nas produções bibliográficas sobre ações de educação em DM1, o que nos remete à indagação: como isso está sendo ofertado e percebido nas demais regiões do Brasil?

No que refere às regiões constadas, percebe-se uma prevalência no sudeste (56%), sendo todas as ações desenvolvidas no Estado de São Paulo. As demais ações (44%), realizadas na região sul, abrangem os Estados do Rio Grande do Sul – RS (11%), Santa Catarina – SC (11%) e Paraná – PR (22%). Visualizam-se, abaixo, esses percentuais:

Gráfico 5 – Localidade das Ações



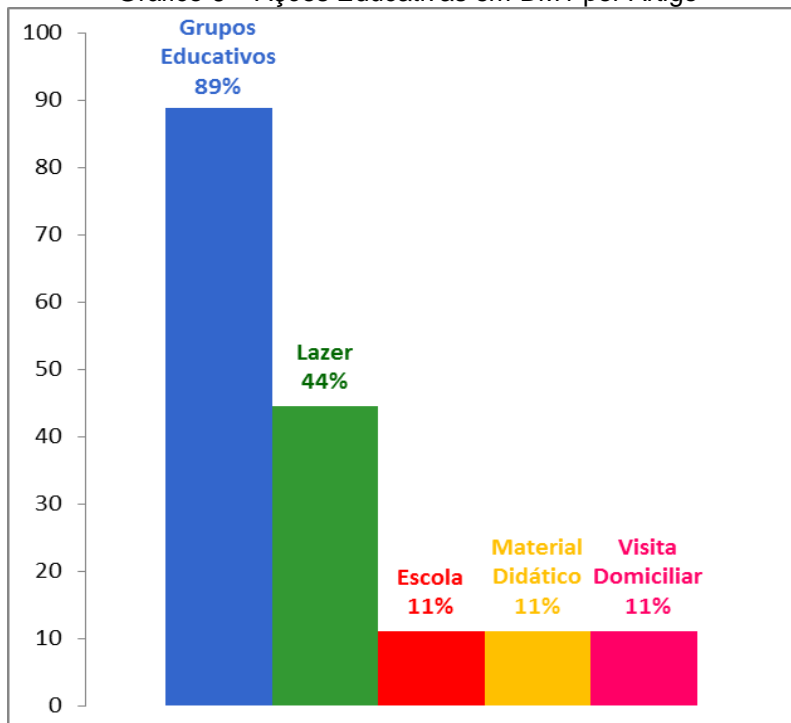
5.2 AÇÕES EDUCATIVAS EM DM1: PRÁTICAS x RECOMENDAÇÕES OFICIAIS

As discussões da atualidade sobre a qualificação das práticas profissionais em saúde visando melhores resultados clínicos traz à cena o conceito de multidisciplinariedade como uma proposta de rompimento com o trabalho individualizado/fragmentado, sobrepondo-se a conscientização dos benefícios proporcionados pelas ações que contam com o conjunto de olhares dos diferentes campos de atuação que podem estar presentes numa equipe de trabalho. Atua nessa mesma perspectiva a ideia de um atendimento que considere a importância de uma abordagem integral entre paciente e família, e a criação de espaços de saúde abertos à participação dos usuários no planejamento das ações. Cientes disso, os órgãos oficiais responsáveis pelas diretrizes de tratamento do diabetes (Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Diabetes) ressaltam essas questões, as quais serão avaliadas em sua prática a partir das ações de educação em DM1 pesquisadas na presente pesquisa e descritas nos itens a seguir.

5.2.1 Caracterização Metodológica das Ações de Educação em DM1

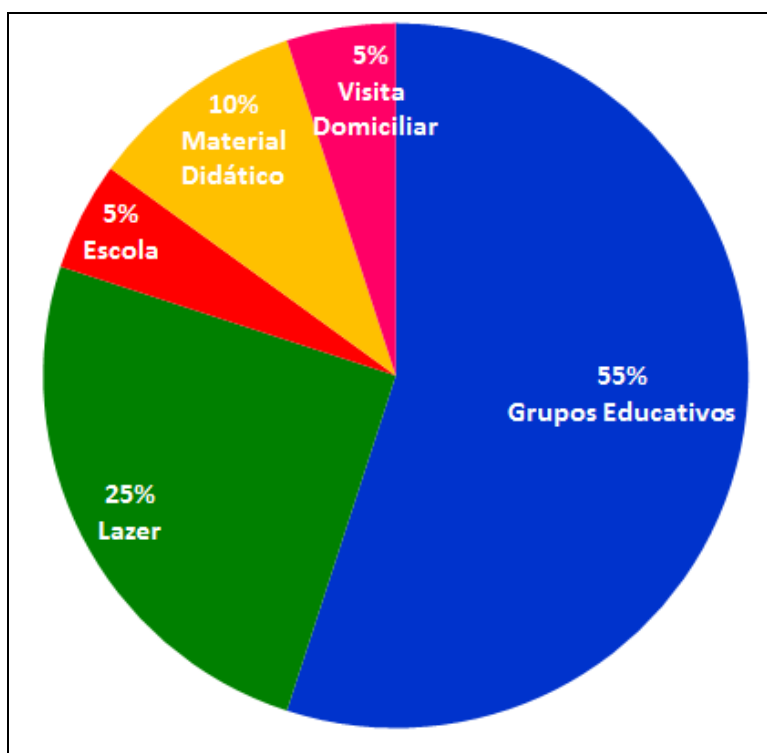
A partir das ações educativas descritas nos artigos, percebe-se que a educação em DM1 pode ser realizada de diferentes maneiras: 89% das publicações citam realizar grupos educativos na instituição, 44% atividades de lazer, 11% atividades destinadas à escola, 11% material didático educativo e 11% visitas domiciliares, conforme demonstram as colunas abaixo:

Gráfico 6 – Ações Educativas em DM1 por Artigo



Verificou-se o total de vinte ações de educação em DM1, quando as categorias identificadas acima se organizam através da seguinte representatividade: 55% grupos educativos, 25% lazer; 5% escola, 10% material didático e 5% visita domiciliar. Isso pode ser visualizado no gráfico adiante:

Gráfico 7 – Total de Ações Educativas em DM1



Considera-se positiva a identificação da educação em saúde executada através de distintas ações, o que colabora com a esperada mudança de comportamento por atender aos diferentes estilos de aprendizagem, seja visual, auditivo ou cinestésico⁷. Presencia-se percentual satisfatório de ações de educação em DM1 por intermédio de grupos educativos e lazer, assim como a necessidade de maior número de ações voltadas ao espaço escolar, à elaboração de material didático e à realização de visitas domiciliares, sendo essas propostas de extrema importância para uma aproximação com o modo de viver dos usuários, ultrapassando-se os limites institucionais do processo saúde doença.

5.2.1.1 Grupos Educativos na Instituição

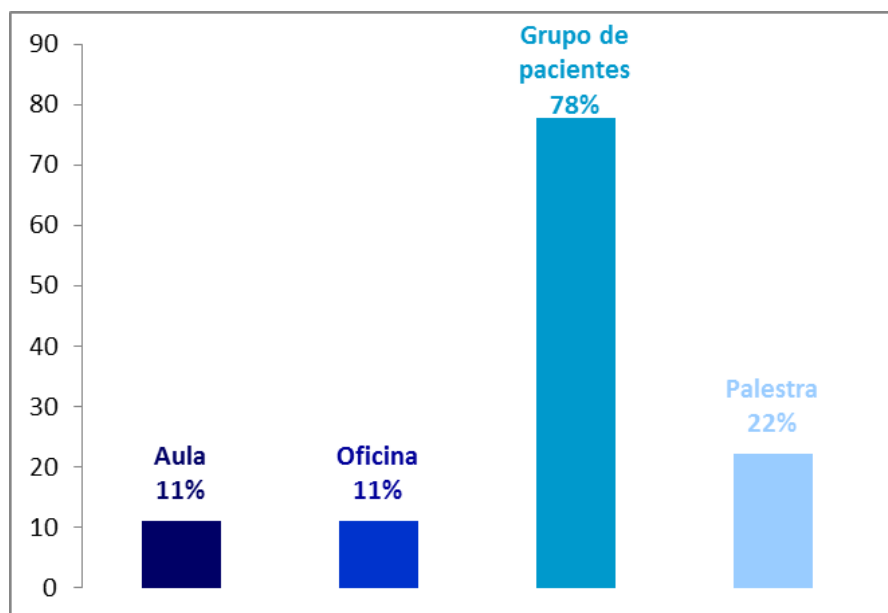
Os itens “aula, oficina, palestra e grupo de pacientes” foram reunidos na presente categoria por se considerar as semelhanças dessas ações quanto aos seus objetivos, aos quais, podemos resumir como a busca pela melhora da

⁷ Para leitura sobre esses conceitos, ver Faculdade Barretos (201?).

qualidade de vida das pessoas com DM1, através de atividades grupais para o aprendizado sobre a doença. A abordagem utilizada será fator determinante para a definição desse espaço como um ambiente de participação ativa do usuário ou de transmissão da informação, o qual não será possível analisarmos pela carência de informações sobre a prática desenvolvida nas descrições disponíveis nos artigos.

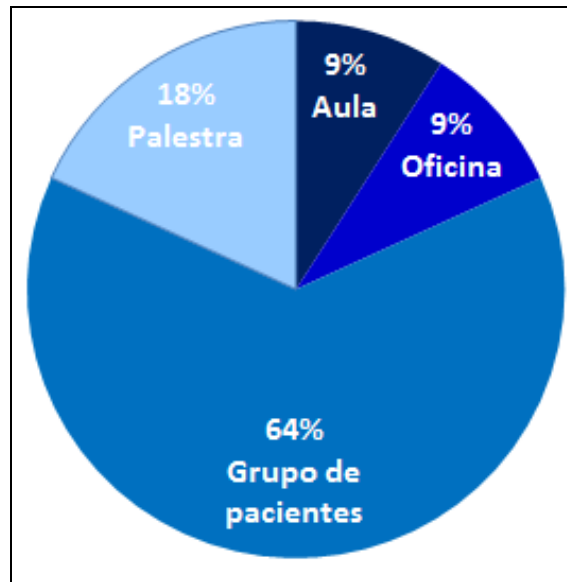
A prática de grupos educativos nas instituições mostrou-se como a modalidade mais utilizada para a educação em DM1, quando 89% das produções científicas mencionam seu uso, através de onze ações relatadas. Essas atividades podem ocorrer de variadas formas, conforme demonstram os resultados dessa pesquisa: 78% dos artigos relatam a existência de grupos de pacientes na instituição, 22% de palestras, 11% de aulas e 11% de oficinas, conforme ilustrado abaixo e descrito nos itens posteriores:

Gráfico 8 – Grupos Educativos por Artigo



As onze ações que compõe a presente categoria de análise estão subdivididas entre: 64% grupos de pacientes, 18% palestras, 9% aulas e 9% oficinas, conforme ilustrado e descrito abaixo:

Gráfico 9 – Ações dos Grupos Educativos



- Aula

O artigo⁸ que faz referência ao uso de aulas como método educativo descreve que essas compõem o Programa de Educação em Diabetes. Abordam integralmente os aspectos da doença (noções gerais de diabetes, hipoglicemias, cetoacidose, dias de doença, aplicação de insulinas, emoções, automonitorização, terapia nutricional, mitos, contagem de carboidratos, escola, atividade física, avanços terapêuticos), sendo realizadas diariamente, com duração de 45 minutos, de forma integrada ao atendimento clínico. O público alvo são crianças e adolescentes com diabetes, familiares e interessados, o que nos permite considerar a prevalência de DM1, tendo em vista ser a classe de diabetes mais presente na referida faixa etária.

- Oficina

A citação do método oficina foi realizada por um único artigo⁹. Destina-se a crianças e adolescentes com diabetes (prevalência de DM1) e seus responsáveis, com o intuito de abordar a temática da nutrição (alimentação saudável e técnica de contagem de carboidratos), com frequência quinzenal.

⁸ Ação inserida no Instituto da Criança com Diabetes (ICD).

⁹ Idem acima.

- Palestra

Palestras ministradas por profissionais de variadas áreas da saúde foram citadas por dois artigos, porém, sem revelar maiores esclarecimentos sobre a aplicabilidade desse método. O primeiro¹⁰ relata que essas fazem parte das ações educativas direcionadas a adultos e idosos com diabetes. O segundo¹¹ traz como público alvo pessoas que possuam a doença, e atribui às palestras a possível responsabilidade pela constatação de que os participantes desse local estavam mais engajados com a realização de exames para triagem de retinopatia e nefropatia diabética, em comparação a outros pacientes não pertencentes a esse lugar, conforme pesquisa realizada.

- Grupo de Pacientes

Os grupos de pacientes constituem ações educativas que possuem como principal foco proporcionar o convívio entre iguais para o aprendizado em saúde a partir da troca de informações e experiências, tendo eficácia comprovada por vários estudos, principalmente no que se refere aos aspectos emocionais envolvidos no processo saúde doença. Na atual pesquisa, constituem a modalidade mais presente nos artigos, sendo encontrados em sete citações. Conforme visto nas descrições encontradas, sua forma de aplicação pode variar, portanto, foram identificados: um grupo de pacientes para atividades físicas orientadas¹²; um grupo de atendimento de enfermagem¹³; um grupo de atendimento psicológico¹⁴; e quatro grupos de discussões gerais em diabetes, no qual o primeiro¹⁵ e o segundo¹⁶ destinam-se a pessoas com a doença e não esclarecem sua metodologia, o terceiro¹⁷ atende insulíndependentes através de

¹⁰ Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos (CEEAI) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

¹¹ Associação Tubaronense de Diabete Infanto-juvenil

¹² Desenvolvido no Instituto da Criança com Diabetes (ICD).

¹³ Idem a nota 10.

¹⁴ Idem acima.

¹⁵ Centro de Pesquisa e Extensão Universitária.

¹⁶ Ambulatório Interdisciplinar de Atendimento ao Diabético do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

¹⁷ Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

encontros semanais; e o quarto¹⁸ direciona-se a crianças, adolescentes e familiares com encontros quinzenais e duração máxima de seis meses.

5.2.1.2 A Escola na Educação em Saúde

A escola é um dos locais de convivência mais importantes na infância e adolescência, pelo tempo de permanência nesse local e pela interação social proporcionada. Apesar disso, apenas um artigo mencionou a realização de alguma ação educativa direcionada a esse ambiente. Credita-se a essa evidência a fragmentação das políticas públicas, no qual predomina uma atuação individual e isolada de cada esfera. Cabe destaque o fato de um mesmo indivíduo ocupar diversas políticas sociais em um mesmo período de tempo, o que torna clara a necessidade de integração entre essas ações para proporcionar um atendimento interdisciplinar, capaz de responder às necessidades do sujeito. Melhores resultados podem ser colhidos a partir da complementariedade entre saúde e educação, afinal, a primeira domina o conhecimento sobre a doença (diagnóstico, tratamento, riscos, sintomas, etc.) e a segunda vivencia como tudo isso se manifesta no imaginário popular através das representações apresentadas pelos alunos, professores e suas famílias.

A ação educativa aqui encontrada se refere ao Programa Aluno-cidadão e Professor-cidadão¹⁹, que busca capacitar multiplicadores, assim como sensibilizar e fornecer informações sobre diabetes a alunos e professores do ensino fundamental e médio das cidades vizinhas. Para isso, semanalmente, em turno integral, até seis estudantes e professores de escolas previamente inscritas acompanham e recebem instruções sobre as atividades dessa instituição de atendimento a crianças e adolescentes com a doença.

Atuar para uma melhor convivência dos jovens com DM1 em sua comunidade, nos locais onde muitas vezes eles sentem-se excluídos e diferentes,

¹⁸ Projeto Doce (Diabetes Objetivando Controle e Educação).

¹⁹ Realizado pelo Instituto da Criança com Diabetes (ICD).

significa reconhecer a importância do aspecto social e emocional para uma boa adesão ao tratamento e para os consequentes resultados clínicos esperados.

5.2.1.3 O Uso do Lazer como Método Educativo

Utilizar o lúdico para a educação em saúde significa ingressar no mundo da infância e adolescência, utilizando uma linguagem mais facilmente aceita, pois permite maior aproximação emocional e foge das regras formais tão questionadas por eles nesses estágios de suas vidas. As atividades de lazer aqui encontradas aparecem em quatro artigos, através de cinco ações, ocorrendo em mesmo percentual, da seguinte forma:

- Brinquedoteca²⁰

Atividades lúdico educacionais (brinquedos, jogos, materiais didáticos, teatro, etc.) desenvolvidas às crianças, adolescentes e seus responsáveis durante o atendimento interdisciplinar, visando auxiliar no tratamento clínico e na aceitação da doença. Ocorre em espaço específico para esse fim (sala exclusiva) e como brinquedoteca itinerante (indo ao encontro dos usuários em todos os setores da instituição).

- Dia de Educação e Lazer²¹

Ao final de cada ano, promove-se um dia de educação e lazer aos pacientes (sem a presença dos familiares), no qual são efetuadas brincadeiras ao ar livre, atividades esportivas, oficinas de dança e equitação, entremeadas de aspectos lúdico pedagógicos do dia a dia do diabetes.

²⁰ Realizado pelo Instituto da Criança com Diabetes (ICD).

²¹ Idem acima.

- Acampamentos de Férias²²

Crianças e jovens com diabetes permanecem durante uma semana sem a presença dos responsáveis, quando desenvolvem atividades esportivas, recreativas, culturais e educativas, visando lhes proporcionar experiência de autonomia.

- Programas de Lazer²³

A forma como essas ações são desenvolvidas não foram explicitadas.

- Comemoração de Datas Festivas²⁴

Idem acima.

5.2.1.4 A Visita Domiciliar como Intervenção Educativa no Ambiente Familiar

A visita domiciliar representa um importante instrumento de educação em saúde, pela influência do ambiente na forma como se estabelece o relacionamento entre os presentes. Colabora para uma maior aproximação com o viver real do usuário e para a ruptura com as barreiras culturais que atribuem a ele o papel de receptor de verdades inquestionáveis, cujas quais deve executar em suas rotinas diárias, mesmo que isso não repercuta em significados para ele.

Contudo, apenas um dos artigos²⁵ refere o uso desse método educativo, o que demonstra a carência dos serviços de saúde para a ultrapassagem dos muros institucionais, a fim de ocupar os espaços em que se presenciam de forma mais concreta os fatores determinantes do processo saúde doença. Supõem-se duas questões como justificativa para tal evidência: a primeira é o necessário rompimento com a ideia de que para a promoção da saúde é preciso o uso de

²² Associação de Diabetes Juvenil de São Paulo (ADJ/SP) e Centro de Diabetes da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

²³ Realizado pela Associação Tubaronense de Diabete Infanto-juvenil.

²⁴ Proporcionado pelo Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos (CEEAI) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

²⁵ Realizadas pela Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

jalecos brancos em ambientes específicos de atendimento clínico (ambulatório/hospital); A segunda se refere às dificuldades operacionais para a realização de visitas domiciliares, tendo em vista o tempo dispensado em sua execução (deslocamento, atendimento aos pacientes de forma individualizada, etc.) e a constante carência de recursos humanos nos serviços de saúde.

O uso das visitas domiciliares referidas no artigo pesquisado teve como fator propulsor a busca pelos pacientes faltosos ao serviço de saúde e o convite à participação no grupo educativo disponibilizado na Unidade de Saúde às pessoas com diabetes insulino dependentes. No decorrer da efetivação desse método, outras questões foram percebidas para o atendimento em diabetes, tal como será descrito no item posterior.

5.2.1.5 A Elaboração de Materiais Didáticos como Apoio Educativo

A elaboração de materiais didáticos pode contribuir para o melhor desenvolvimento das atividades educativas e para a posterior consulta dos usuários aos conteúdos abordados, potencializando o acesso à informação. Apesar da sua reconhecida contribuição ao processo educativo, somente um dos artigos²⁶ refere o uso desse método, o que ocorreu através de duas ações:

- Ilustração para Aplicação de Insulina e Registro da Glicemia

Instrumento ilustrativo elaborado a partir da realização de visitas domiciliares, objetivando facilitar a compreensão dos usuários com dificuldade de leitura para a visualização dos horários das aplicações de insulina e registro da glicemia capilar.

²⁶ Realizadas pela Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

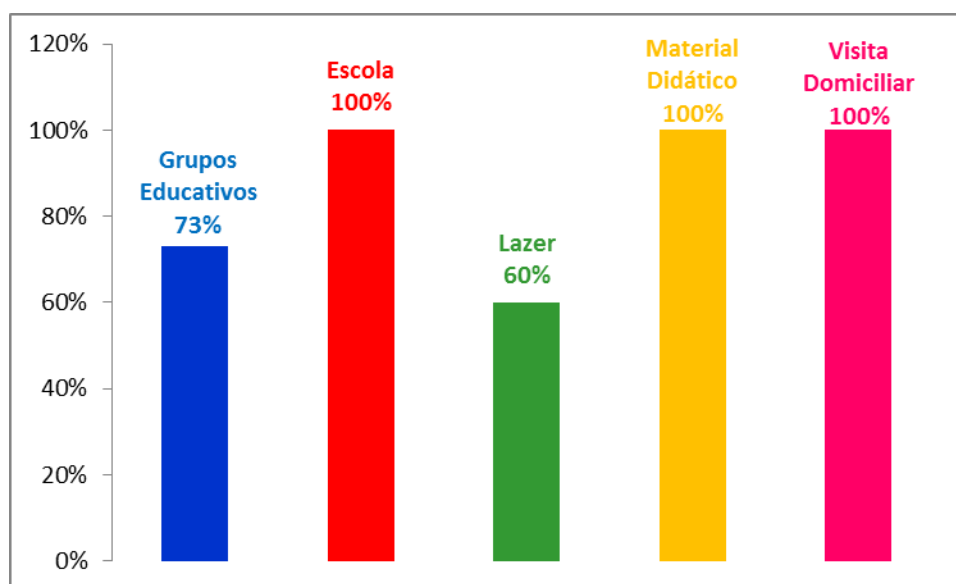
- Imã de Geladeira para Controle de Consultas e Glicemias.

Após a realização de visitas domiciliares buscou-se aperfeiçoar o autocuidado dos usuários através da criação de imãs de geladeira que agregam o cartão de agendamento de consultas ao registro das glicemias capilares.

5.2.2 Multidisciplinariedade nas Ações Educativas em DM1

Dentre as ações educativas encontradas nessa pesquisa, percebeu-se a predominância do trabalho multidisciplinar, o que estava presente em 73% das ações representadas por grupos educativos, 100% por escola, 60% por lazer, 50% por material didático e 100% por visita domiciliar. O gráfico abaixo explicita tais números:

Gráfico 10 – Equipes Multidisciplinares por Ações Educativas



Nota-se a positiva constatação da prevalência de equipes multidisciplinares nas ações educativas em DM1, representada por uma média de 77% do total das ações descritas acima. Não se pretende, com isso, desvalorizar as ações cujas equipes não atendam tal prerrogativa, devido à ciência sobre a escassez de recursos nos serviços públicos, o que resulta na insuficiente contratação de pessoal para a grande demanda de usuários, e coloca o tempo como barreira para essa prática. A efetivação do trabalho multidisciplinar exige uma ruptura cultural,

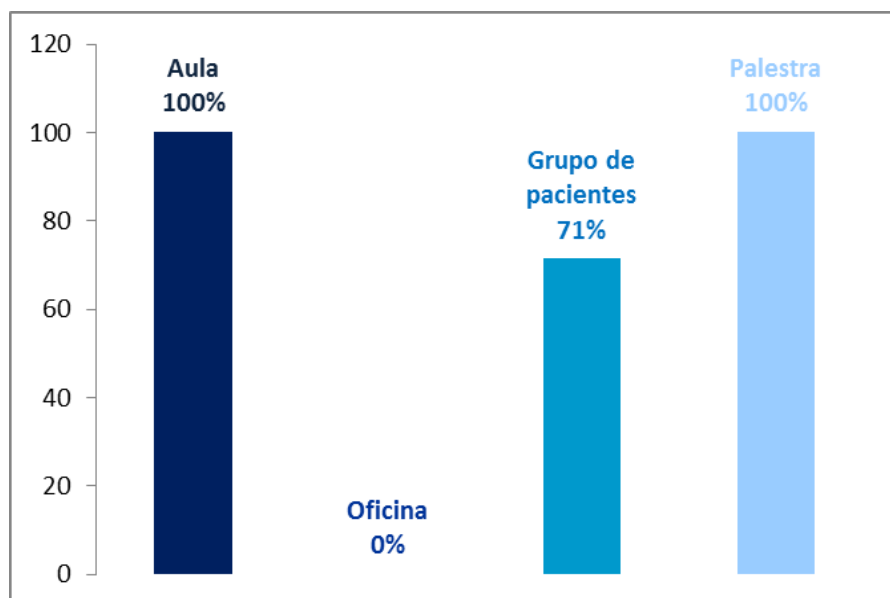
seja para um maior investimento financeiro em recursos humanos ou para a aceitação dessa prática entre os profissionais da saúde.

Cabe destacar que, para uma rigorosa avaliação dos benefícios da prevalência de equipes multidisciplinares, valeria a identificação de como esse trabalho é desenvolvido, para o conhecimento do perfil de integração presente nessas equipes, sendo esse fator essencial para uma atuação colaborativa com vistas a atender o usuário de forma integral.

5.2.2.1. A Equipe Técnica dos Grupos Educativos

Dentre os grupos educativos pesquisados, evidenciou-se que a maioria (73%) atende a recomendação dos órgãos oficiais quanto a composição de equipe técnica multidisciplinar. As lacunas existentes encontram-se nos itens oficina e grupo de pacientes, quando o primeiro não possui tal composição técnica e o segundo a possui em 71% de suas ações, tal como observa-se no gráfico abaixo:

Gráfico 11 – Equipe Multidisciplinar nos Grupos Educativos



5.2.2.2 A Equipe Técnica da Ação Educativa Escolar

No que se refere à ação educativa escolar, o resultado foi positivo, pois relata a composição de equipe multidisciplinar em sua atuação. Com isso, aproxima-se o trabalho integrado entre profissionais da saúde e da educação.

5.2.2.3. A Equipe Técnica das Ações Educativas de Lazer

A presença de equipe multidisciplinar aparece em pouco mais da metade das ações de lazer (60%), todavia, dos 40% restantes, 20% não citaram a equipe técnica responsável pelo desenvolvimento das ações. Segue demonstração abaixo:

Gráfico 12 - Equipe Multidisciplinar nas Ações de Lazer



5.2.2.4. A Equipe Técnica da Elaboração de Material Didático

Nessa categoria de análise comprovou-se a ocorrência de equipe multidisciplinar no total de suas ações, o que permite diversos campos de atuação oferecendo apoio educativo ao usuário.

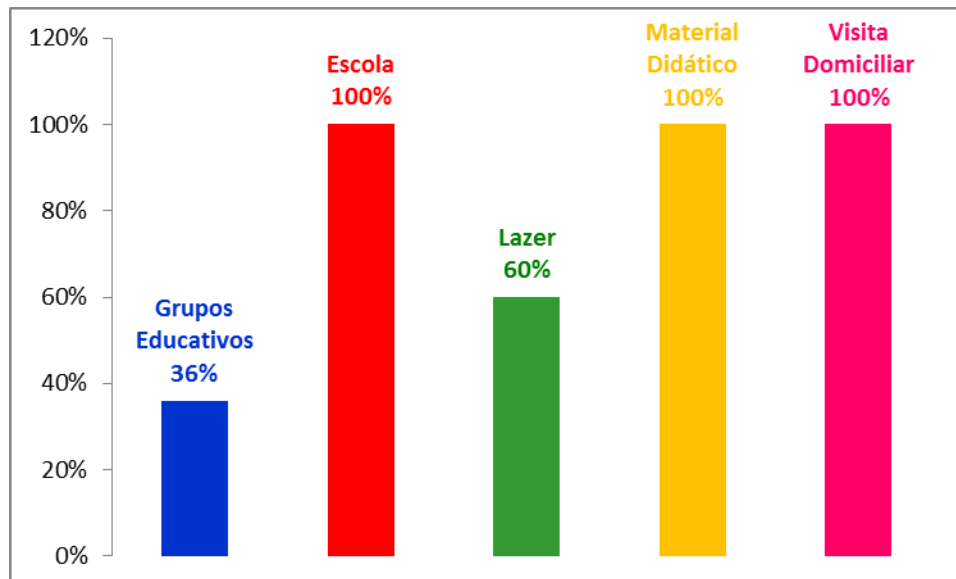
5.2.2.5. A Equipe Técnica das Visitas Domiciliares

Contar com a composição de equipes multidisciplinares na totalidade das visitas domiciliares contribui significativamente para o usuário, mas também para os profissionais envolvidos devido à experiência com o processo saúde doença sob um novo ângulo de visão, permitindo a aproximação com aspectos de difícil percepção nos atendimentos institucionalizados.

5.2.3 Abordagem Integral nas Ações Educativas em DM1

Positivamente, constatou-se a realização de uma abordagem integral que considera o paciente e sua família para o ato educativo em saúde, o que se expressa nos dados pesquisados através de uma média composta por 79% das ações educativas, representada por 36% na categoria grupos educativos, 100% escola, 60% lazer, 100% material didático e 100% visita domiciliar. Verificam-se esses números no gráfico a seguir:

Gráfico 13 – Abordagem Integral por Ações Educativas



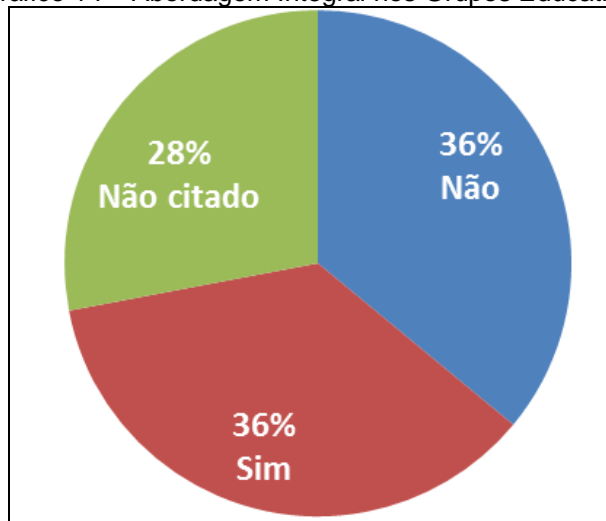
O apoio familiar colabora para a adesão do paciente ao tratamento, independente da idade em que ele se encontre, afinal, a influência familiar se faz presente na vida de todos. Cabe lembrar que o atual conceito de família não limita

a classificação de seus membros como somente aqueles de laço sanguíneo, mas permite a inclusão daqueles com laços afetivos e de convivência. Obviamente, existem dificuldades para ações como essas, seja pelo maior tempo dispensado à execução da ação educativa ou pela resistência dos usuários quanto à necessidade dessa abordagem. Importa, também, esclarecer que a proposta não se refere à exclusão dos atendimentos destinados somente a pacientes, pois os mesmos configuram um espaço de livres trocas de experiências. Pensa-se, no entanto, na possibilidade de criação de ambientes paralelos que possam dar conta da inserção familiar no trabalho educativo.

5.2.3.1 Abordagem Integral nos Grupos Educativos

A minoria dos grupos educativos em DM1 (36%) envolve o paciente e sua família nas ações educativas pesquisadas. O restante subdivide-se entre 36% que não realizam uma abordagem integral e 28% que não citam a metodologia utilizada. Verificam-se esses números abaixo:

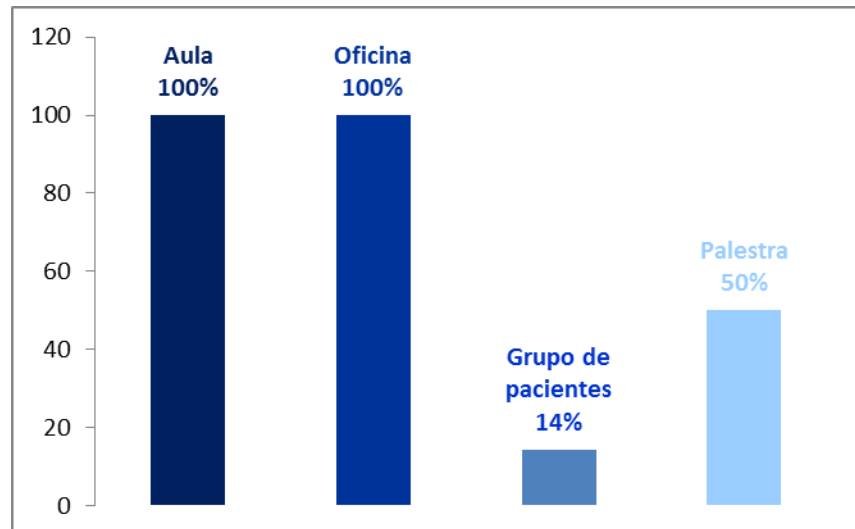
Gráfico 14 – Abordagem Integral nos Grupos Educativos



A presença de uma abordagem integral pode ser percebida em 100% dos itens aula e oficina, em 14% dos grupos de pacientes (57% não utiliza tal abordagem e 29% não descreve como desenvolve o grupo) e em 50% das palestras (a outra metade não relata a metodologia utilizada). Percebe-se uma

prevalência de grupos educativos que atendem o paciente de forma isolada, como explicitado adiante:

Gráfico 15 – Abordagem Integral nos Itens dos Grupos Educativos



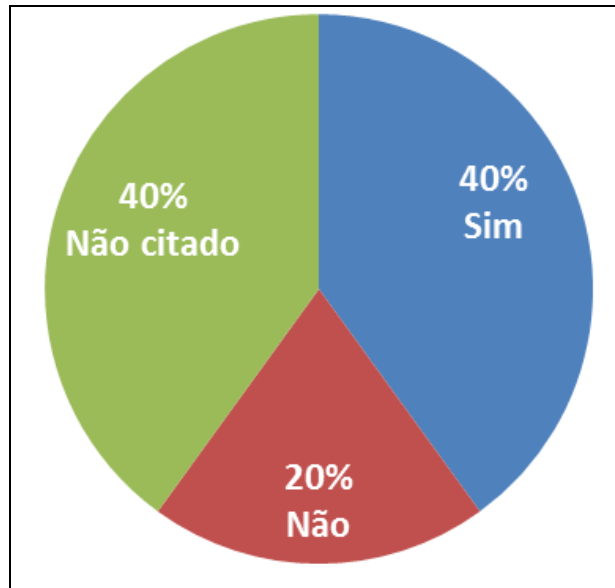
5.2.3.2 Abordagem Integral na Ação Educativa Escolar

Identifica-se a utilização da abordagem integral na educação em saúde destinada ao espaço escolar, embora essa seja mencionada somente durante a cerimônia final das mesmas. Cabe ressaltar a importância do diferencial dessa ação pela inclusão de outros “familiares” como amigos e professores, reconhecendo a influência dessas pessoas na vida dos pacientes.

5.2.3.3 Abordagem Integral nas Ações Educativas de Lazer

O uso do lazer não agrada somente crianças e adolescentes, mas também adultos dispostos a aprender através do lúdico, uma maneira leve de se adquirir conhecimentos. Apesar disso, apenas 40% das ações utilizam o lazer para a educação em DM1, 20% não a utilizam e 40% não citam como desenvolvem suas ações impossibilitando a identificação de tal informação. Esse percentual pode ser consultado no gráfico adiante:

Gráfico 16 – Abordagem Integral nas Ações de Lazer



5.2.3.4 Abordagem Integral na Elaboração de Material Didático

A abordagem integral constitui uma das vantagens do uso de materiais didáticos para a educação em saúde, pois mesmo que entregue somente ao paciente, possui a capacidade de promover a disseminação da informação para além do indivíduo, chegando até familiares, amigos e conhecidos. O artigo que mencionou os dois materiais didáticos (ilustração para aplicação de insulina e registro da glicemia; imã de geladeira para controle de consultas e glicemias) mostra esse ato como resultado das reflexões realizadas durante as visitas domiciliares às pessoas com diabetes. A proposta foi efetuada por alunas de enfermagem em desenvolvimento de estágio, o que comprova a riqueza proporcionada pela interação entre academia e campo de atuação prática.

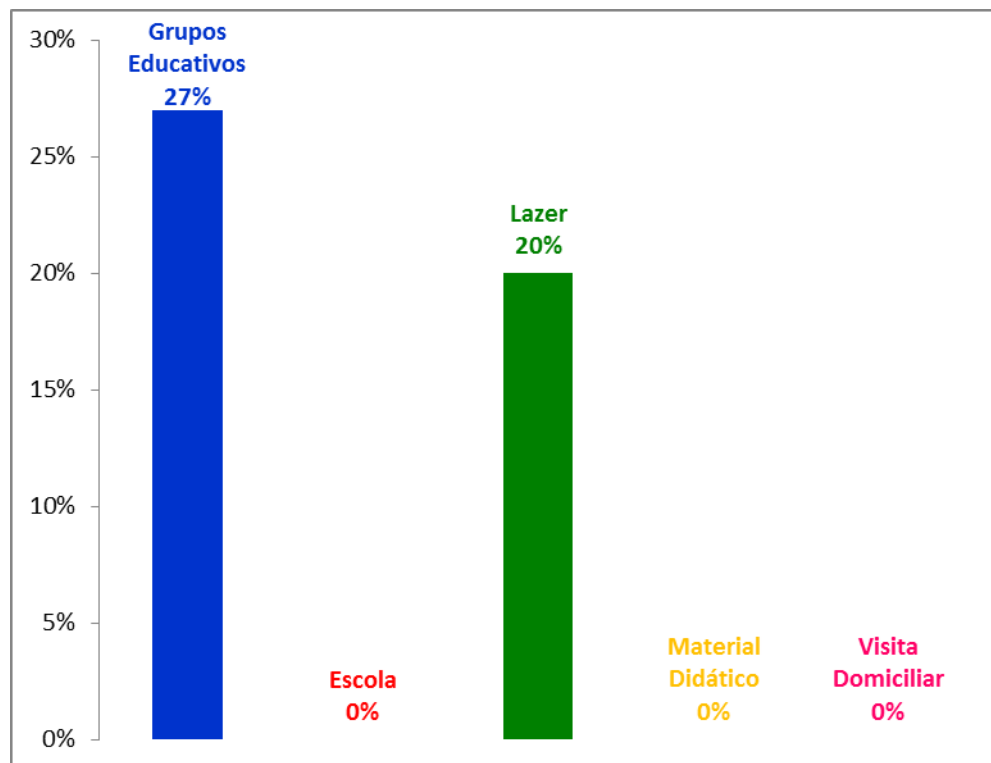
5.2.3.5 Abordagem Integral nas Visitas Domiciliares

As visitas domiciliares têm como propósito ir ao encontro do universo particular do paciente, através do local em que se manifesta a sua forma de viver. Nesse momento é bastante provável o encontro com familiares, mesmo que isso não constitua parte do planejamento inicial da ação, mas ainda que não ocorra, o ambiente por si só é capaz de transmitir muitas informações a respeito da organização familiar ali presente. Por esses motivos, considera-se muito relevante a realização desse instrumento de trabalho como método educativo em DM1.

5.2.4 Participação do Usuário no Planejamento das Ações Educativas em DM1

Evidencia-se a baixa inserção dos usuários no planejamento das ações educativas, correspondendo a uma média de 9% das categorias analíticas aqui estudadas. A participação do usuário ocorreu somente em 27% dos grupos educativos (palestras, atendimento psicológico grupal, atendimento de enfermagem grupal) e em 20% das ações de lazer (comemoração de datas festivas), sendo essas executadas por uma mesma instituição que refere a realização de uma pesquisa de satisfação com os pacientes e a colaboração deles nas decisões sobre as modificações dos atendimentos em saúde oferecidos, embora não descreva detalhadamente como isso ocorre. O gráfico abaixo expõe os números citados anteriormente:

Gráfico 17 – Participação do Usuário no Planejamento das Ações

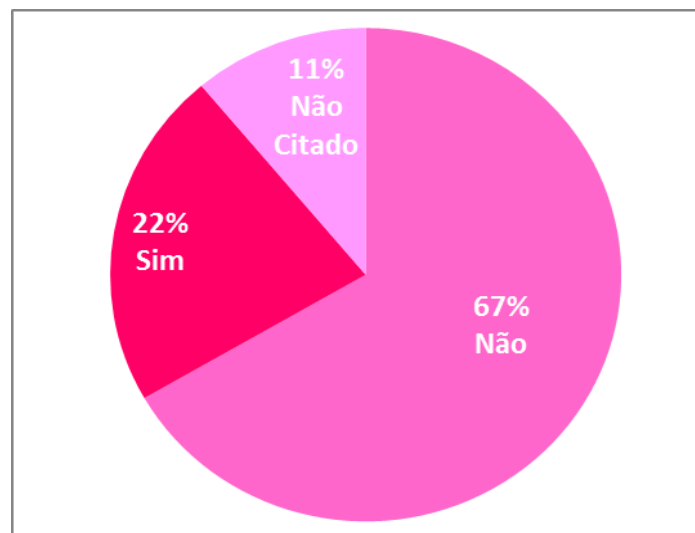


A ideia de inclusão dos usuários no planejamento das ações é algo que ainda necessita romper com inúmeras amarras culturais, pela necessária mudança comportamental entre os “detentores do saber” (profissionais) e os “receptores passivos do conhecimento” (usuários). Vale explicar que não se atribui aos profissionais o papel de vilões dessa situação, pois se percebe que tal posicionamento é corroborado pelos usuários através da aceitação dessa conduta em diversos espaços sociais e da ausência de inserção nos locais existentes de participação popular (ex. conselhos de saúde, entre outros). Não cabe aqui refletir profundamente sobre os motivos de tal afirmação, somente perceber um campo importante de atuação que requer um maior investimento intelectual, tendo em vista a riqueza proporcionada pela união de ambas as partes no processo educativo em saúde.

5.3 O SERVIÇO SOCIAL NAS AÇÕES EDUCATIVAS EM DM1

Apesar do reconhecimento da dimensão pedagógica presente na formação em Serviço Social, que pode contribuir significativamente para a elaboração e execução de ações educativas em DM1, identifica-se sua baixa inserção no referido espaço profissional, quando: 67% dos artigos coletados mencionam a inexistência do assistente social; 11% não mencionam a composição da equipe técnica; e apenas 22% possuem a contribuição do assistente social em suas ações educativas (Instituto da Criança com Diabetes e Ambulatório Interdisciplinar de Atendimento ao Diabético do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná). Esses dados podem ser visualizados no gráfico abaixo:

Gráfico 18 – Inserção do Assistente Social



Dentre os espaços que possuem o Serviço Social na composição da equipe multidisciplinar, apenas metade (11% - artigo do Instituto da Criança com Diabetes) explica qual a sua atuação, contudo, não refere as especificidades desse profissional. Tal fato pode ser considerado compreensível tendo em vista as produções não possuem como foco principal relatar o trabalho educativo em caráter detalhado. Essa afirmação pode ser verificada no quadro a seguir:

Quadro 5 – Atuação do Assistente Social

Ação Educativa	Atuação do Assistente Social
Aulas	Elaboração e execução das aulas, juntamente com o restante da equipe multidisciplinar.
Programa aluno cidadão e professor cidadão.	Orientações aos alunos e professores, juntamente com o restante da equipe multidisciplinar.
Dia de educação e lazer	Integração com os pacientes, juntamente com o restante da equipe multidisciplinar.

Promover saúde requer um olhar que vá ao encontro da realidade dos usuários, indo além dos aspectos físicos da doença, através de intervenções em suas relações sociais e familiares. Conclui-se, assim, que as competências do Serviço Social podem contribuir significativamente na busca pela cidadania das pessoas com diabetes e seus familiares, sendo essa temática de extrema relevância para a educação em saúde. Apesar disso, esse profissional ainda precisa obter maior inserção nas ações educativas em DM1 do Brasil.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento adequado sobre o diabetes propõe o desmanche de mitos e a melhora na qualidade de vida dos usuários. Atribui à doença aquilo que lhe pertence no que se refere às limitações por ela impostas, deixando espaço para a análise de outras pautas (como relacionamento familiar, questões subjetivas e comportamentais, formação adequada para inserção no mercado de trabalho, etc.) que possam impedir a convivência desejada, mas que não são de responsabilidade única da doença. Isso se torna importante para o paciente devido à construção de uma imagem menos fragilizada de si mesmo, e para as demais pessoas pela ruptura com preconceitos e estigmas, principalmente ao falarmos sobre o DM1 que tem seu diagnóstico em indivíduos jovens, em fase de maturação da sua personalidade, no qual as experiências vivenciadas tem grande colaboração em sua saúde presente e futura.

Percebe-se, aqui, a necessária atuação da educação em saúde para pessoas com DM1, suas famílias e comunidade em geral. Apesar dessa afirmação estar bastante difundida em artigos que abordam o tratamento da doença, a presente pesquisa constatou a difícil localização de produções científicas que descrevam ações educativas destinadas a tal público, mesmo que conjuntamente com outros tipos de diabetes. Foram encontrados apenas dois artigos²⁷ com enfoque específico nessa temática, desse modo, para o alcance dos resultados propostos, utilizaram-se as produções que faziam referência ao assunto em sua transcrição, o que proporcionou uma aproximação com a realidade estudada, embora com algumas limitações impostas pela carência de informações sobre as características das ações educativas. Cabe considerar a possibilidade da omissão

²⁷ Artigos:

MATSUMOTO, Pamela et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, set 2011. p. 761-765. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300031&script=sci_arttext> Acesso em: 29 set. 2013.

SANTOS, Manoel Antônio et al. Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, jun 2007. p. 242-247. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a14.pdf>> Acesso em: 29 set. 2013.

de informações pertinentes ao atual problema de pesquisa, já que o foco dos artigos estudados não se destina exclusivamente a descrição de ações educativas. Essas lacunas deixam vieses para a contestação de determinados resultados encontrados, porém não desconsideram a análise de dados realizada e a efetiva aproximação com a realidade presente nas publicações científicas, mesmo que seja evidenciada a necessidade de maior atenção para a produção escrita desse assunto. Assim, o respectivo estudo pode se configurar como um estímulo para pesquisas subsequentes a fim de corroborar os dados aqui encontrados, seja através de bibliografias ou pesquisas de campo.

Quanto aos objetivos propostos pela pesquisa, que buscaram o conhecimento de como nossas produções bibliográficas têm tratado o tema ações educativas em DM1, constatou-se os seguintes aspectos: a identificação dos métodos que compõe as ações de educação em DM1 (grupos educativos, atividades de lazer, educação escolar, material didático e visitas domiciliares), entretanto foi limitado o conhecimento sobre sua aplicabilidade devido à carência das informações transcritas; a baixa inserção do assistente social nas equipes de saúde participantes dessas ações; a percepção de uma centralização regional (Sul e Sudeste) no que se refere aos locais responsáveis pelas ações publicadas, sendo esses compostos por estabelecimentos diversos, com predominância do sistema público (terceiro setor e SUS) e de enfoque em todos os tipos de diabetes e faixas etárias; a prevalência de ações que consideram as recomendações oficiais para o tratamento do DM1 quanto à composição de equipes multidisciplinares e a realização de uma abordagem integral, no entanto, o necessário aprimoramento da participação do usuário no planejamento das ações.

Conforme exposto em nossas legislações, a educação mostra-se presente e relevante, principalmente na Lei 11.347/2006 que vincula o acesso ao tratamento (direito do cidadão) à participação do paciente em programas de educação em diabetes (dever do Estado). Percebe-se a consciência pública sobre a importância da educação em diabetes, havendo o entrelaçamento teórico das políticas de saúde e de educação, fato esse que aumenta nossa responsabilidade, enquanto gestores e funcionários do SUS, de oferecer serviços que atendam as

demandas dos usuários. Atuar em processos educativos torna-se uma importante ferramenta para a melhora da qualidade de vida dos usuários, quando a educação em diabetes é vista como sinônimo de liberdade. Por isso é importante que o paciente e sua família recebam as orientações necessárias a sua autonomia na gestão da doença e se mobilizem em busca disso. O papel do profissional da saúde nesse sentido é o mesmo da mãe águia (símbolo do ICD), que apesar de todas as dificuldades empurra gentilmente seus filhotes para fora do ninho localizado no alto de um morro, com o objetivo de que eles aprendam a voar sozinhos.

“Enquanto os filhotes não descobrirem suas asas, não haverá propósito para sua vida. Enquanto não aprenderem a voar, não compreenderão o privilégio que é nascer uma águia. O empurrão era o maior presente que ela podia oferecer-lhes. Era seu supremo ato de amor. E então, um a um, ela os precipitou para o abismo... e eles voaram!”. (ICD, 2013)

REFERÊNCIAS

ABORDAGEM. In: FERREIRA, Aurélio. **Novo Aurélio XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 13

ABREU, Marina; CARDOSO, Franci. Mobilização social e práticas educativas. In BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 593-608

AÇÃO. In: FERREIRA, Aurélio. **Novo Aurélio XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 24

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2013. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 36, supplement 1, jan. 2013. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full.pdf+html> Acesso em: 29 set. 2013.

BIREME. OPAS. OMS. Biblioteca Virtual em Saúde. [base de dados na internet]. São Paulo, 1982. Disponível em: <<http://www.scielo.org/php/index.php>> Acesso em: 29 set. 2013.

_____. _____. _____. Biblioteca Virtual em Saúde. [base de dados na internet]. São Paulo, 1982. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org>> Acesso em: 29 set. 2013.

_____. _____. _____. Biblioteca Virtual em Saúde. [base de dados na internet]. São Paulo, 1982. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>> Acesso em: 29 set. 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso em 01 ago. 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 01 ago. 2013.

BRASIL. **Lei n 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em 01 ago. 2013.

BRASIL. **Lei n 11.347 de 27 de setembro de 2006**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm>. Acesso em 01 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual para elaboração de relatório científico**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus: **Cadernos de Atenção Básica n° 16**. Brasília – DF: Editora MS, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF> Acesso em: 29 set. 2013.

BURD, Miriam. Diabetes Mellitus e família. In: FILHO, Julio; BURD, Miriam. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 311-321.

CASTRO, Elisa; PICCININI, Cesar. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 625-635, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a16v15n3.pdf>> Acesso em: 29 set. 2013.

CECCIM, Ricardo. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.

CECCIM, Ricardo; FERLA, Alcindo. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2009.

FACULDADE BARRETOS. SILVEIRA, Jorge. **Dicas de estudo - estilos de aprendizagem**. [São Paulo]: [201-?]. Disponível em: <<http://www.unibarretos.edu.br/v3/faculdade/imagens/nucleo-apoio-docente/ESTILOS%20DE%20APRENDIZAGEM%203.pdf>>. Acesso em: 16/12/2013.

GAZZINELLI, Maria et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21 n.1 p. 200-206, jan-fev, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Gislaine; HADDAD Maria do Carmo; GUARIENSE, Maria Helena. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, v. 29, dez 2008. p. 141-154. Disponível em: <http://www.uel.br/proppg/portal/pages/arquivos/pesquisa/semina/pdf/semina_29_2_20_30.pdf> Acesso em: 29 set. 2013.

HELENO, Maria Geralda et al. Acampamento de férias para jovens com Diabetes Mellitus Tipo I: achados da abordagem psicológica. **Boletim de Psicologia**. v. LIX, São Paulo, 2009, p. 1-14. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000100007> Acesso em: 29 set. 2013.

INSTITUTO DA CRIANÇA COM DIABETES. **A história da águia**. Disponível em: <http://www.icdrs.org.br/historia_aguia.php> Acesso em 29 set. 2013.

_____. **Missão, visão e princípios**. Disponível em: <<http://www.icdrs.org.br/missao.php>> Acesso em 29 set. 2013.

_____. **Sobre a doença: o que é diabetes?** Disponível em: http://www.icdrs.org.br/sobre_a_doenca.php> Acesso em 29 set. 2013.

LEITE, Silmara et. al. Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 52, p. 233-242. fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/10.pdf>> Acesso em: 29 set. 2013.

MARCELINO, Daniela; CARVALHO, Maria Dalva. Aspectos emocionais de crianças diabéticas, experiência de atendimento em grupo. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.13, jun 2008. p. 345-350. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a17v13n2.pdf>> Acesso em: 29 set. 2013.

MARTINS, Priscila; GOULART, Rafael; ROSENDO, Alexandre. Importância da Associação Tubaronense de Diabete Infanto-juvenil no perfil dos pacientes com diabete melito tipo 1. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina, v. 37, 2008, p. 81-87. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/617.pdf>> Acesso em: 29 set. 2013.

MATSUMOTO, Pamela et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, set 2011. p. 761-765. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300031&script=sci_arttext> Acesso em: 29 set. 2013.

MÉTODO. In: FERREIRA, Aurélio. **Novo Aurélio XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 1328

MINANNI, Carlos et. al. Abordagem integral do adolescente com diabetes. **Adolescência & Saúde**, São Paulo, v. 7, p. 45-52, 2010. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=181> Acesso em: 29 set. 2013.

MOROSINI, Marcia et al. Educação em saúde. In: PEREIRA, Isabel; LIMA, Julio Cesar (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 155-161.

PINTO, Esther (Org.). **Diabetes mellitus**: Ferramentas educativas: uma visão multidisciplinar para equipes de saúde. 1. Ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2013.

RIBAS, Camila et al. Expectativas de mulheres com diabetes em relação a um programa de educação em saúde. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio Janeiro, jun 2009. p. 203-208. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a11.pdf>> Acesso em: 29 set. 2013.

SANTOS, Manoel Antônio et al. Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, jun 2007. p. 242-247. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a14.pdf>> Acesso em: 29 set. 2013.

SPARAPANI, Valéria. **O manejo do diabetes mellitus tipo 1 na perspectiva de crianças**. 2010. 131f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-26042010-103536/pt-br.php>> Acesso em: 29 set. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Classificação etiológica do diabetes mellitus. In: _____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013. p. 248-254

_____. Diretrizes para educação do paciente com diabetes mellitus. In: _____. _____. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013. p. 5-9

_____. Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus. In: _____. _____. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013. p. 1-4

_____. Tratamento de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. In: _____. _____. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013. p. 91-103

TSCHIEDEL, Balduino et al. Organização de um serviço de assistência ao paciente com Diabetes Melito Tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 52, mar. 2008, p. 219-232. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000200009&lng=pt&nrm=isso> Acesso em: 29 set. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. FERREIRA, Ana Gabriela et al (Org). **Orientações para elaboração de trabalhos acadêmicos:** dissertações, teses, TCG de pedagogia, TCE de especialização. Porto Alegre: 2013.

ZANETTI, Maria Lúcia et al. Satisfação do paciente diabético em seguimento em um programa de educação em diabetes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, ago 2007, v.15, p 1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a10.pdf> Acesso em: 29 set. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS DA ANÁLISE

Artigo	Nome	Objetivos	Metodologia	Resultados	Referência
1	Organização de um serviço de assistência ao paciente com diabetes melito tipo 1.	Apresentar as bases para a organização de um serviço especializado em diabetes na infância e na adolescência.	Relato de experiência	Descrição da assistência prestada aos pacientes do Instituto da Criança com Diabetes do Rio Grande do Sul.	TSCHIEDEL, Balduino et al. Organização de um serviço de assistência ao paciente com Diabetes Melito Tipo 1. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia , São Paulo, v. 52, mar. 2008. p. 219-232
2	Importância da Associação Tubaronense de Diabete Infanto-juvenil no perfil dos pacientes com diabete melito tipo 1	Conhecer a importância da Associação Tubaronense de Diabete Infanto-juvenil no perfil de uma amostra dos pacientes com DM1 participantes do local, em comparação com um grupo controle.	Estudo Observacional	Descrição do perfil dos pacientes DM1 da amostra, concluindo que fazer parte da referida associação faz com que apresentem menor número de complicações agudas, melhor manejo da doença, com valores de hemoglobina glicosilada possivelmente menores.	MARTINS, Priscila; GOULART, Rafael; ROSENDO, Alexandre. Importância da Associação Tubaronense de Diabete Infanto-juvenil no perfil dos pacientes com diabete melito tipo 1. Arquivos Catarinenses de Medicina . Santa Catarina, v. 37, 2008, p. 81-87

3	Aspectos emocionais de crianças diabéticas, experiência de atendimento em grupo.	Avaliar os aspectos emocionais de crianças diabéticas através de teste e técnicas projetivas.	Relato de Experiência	Várias projeções estavam relacionadas aos sentimentos de medo, preocupação e dor trazidos pela doença, sendo que o acompanhamento psicológico em grupo contribui para a elaboração desses sentimentos.	MARCELINO, Daniela; CARVALHO, Maria Dalva. Aspectos emocionais de crianças diabéticas, experiência de atendimento em grupo. Psicologia em Estudo . Maringá, v.13, jun 2008. p. 345-350
4	Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético	Descrever a importância do apoio psicológico em um programa de atendimento a paciente diabético, fundamentado na Teoria de Grupo Operativo de Pichon Rivière.	Estudo descritivo	A análise do processo grupal indicou que houve melhora expressiva na comunicação estabelecida para os 54 participantes diabéticos. A intervenção em grupo se mostrou uma valiosa estratégia para o alcance dos objetivos educativos do programa.	SANTOS, Manoel Antônio et al. Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético. Revista Enfermagem UERJ . Rio de Janeiro, jun 2007. p. 242-247

5	Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público.	Avaliar os conhecimentos sobre DM adquiridos por diabéticos atendidos em um ambulatório interdisciplinar, e comparar com estudo com mesmo objetivo realizado em 1995, cujos resultados foram desanimadores e resultaram em reformulação metodológica.	Estudo descritivo	O conhecimento dos participantes sobre a temática foi superior ao do estudo anterior. A reformulação da atividade educativa evidenciou a importância da educação em diabetes.	GIL, Gislaine; HADDAD Maria do Carmo; GUARIENSE, Maria Helena. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde . Londrina, v. 29, dez 2008. p. 141-154
6	A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico.	Melhorar a adesão de pessoas com diabetes e insulino dependentes de uma Unidade de Saúde ao Programa Automonitoramento Glicêmico.	Relato de Experiência	Grupos educativos, visitas domiciliares e organização dos dados dos pacientes, com o intuito de contribuir para um cuidado mais integral.	MATSUMOTO, Pamela et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. Revista da Escola de Enfermagem da USP . São Paulo, set 2011. p. 761-765

7	Expectativas de mulheres com diabetes em relação a um programa de educação em saúde.	Conhecer as expectativas das mulheres diabéticas assistidas em um programa de educação em diabetes.	Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa.	Expectativas: aprendizagem sobre o manejo do diabetes; apoio, ânimo e esperança; superação do temor da insulina; qualidade de vida; troca de experiências.	RIBAS, Camila et al. Expectativas de mulheres com diabetes em relação a um programa de educação em saúde. Revista Enfermagem UERJ . Rio janeiro, jun 2009. p. 203-208
8	Satisfação do paciente diabético em seguimento em um programa de educação em diabetes.	Caracterizar os pacientes atendidos no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos, e descrever sua satisfação em relação ao programa de educação em diabetes.	Estudo descritivo transversal	Descrição do perfil dos pacientes e retorno positivo sobre as informações recebidas no programa.	ZANETTI, Maria Lúcia et al. Satisfação do paciente diabético em seguimento em um programa de educação em diabetes. Revista Latino Americana de Enfermagem . São Paulo, ago 2007, v.15, p 1-8.
9	Acampamento de férias para jovens com Diabetes Mellitus Tipo I: achados da abordagem psicológica	Descrever como crianças e adolescentes participantes de um acampamento de férias, percebem sua condição diabética e o tratamento.	Pesquisa qualitativa	Os jovens consideram o diagnóstico difícil, sendo o suporte excessivo da família e amigos algo prejudicial. Consideram o ambiente do acampamento propício para aprender sobre a doença e promover independência afetiva.	HELENO, Maria Geralda et al. Acampamento de férias para jovens com Diabetes Mellitus Tipo I: achados da abordagem psicológica. Boletim de Psicologia . v. LIX, São Paulo, 2009, p. 1-14

APÊNDICE 2 – AÇÕES EDUCATIVAS POR INSTITUIÇÃO

1 - INSTITUTO DA CRIANÇA COM DIABETES – ICD (RS)				
Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
Aulas	Incentivar o paciente e sua família ao melhor manejo e entendimento de sua doença.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração pela equipe técnica do ICD, com o apoio de - Aulas integradas ao atendimento, com duração de 45 minutos, sobre noções gerais de diabetes, hipoglicemias, cetoacidose, dias de doença, aplicação de insulinas, emoções, automonitorização, terapia nutricional, mitos, contagem de carboidratos, escola, atividade física, avanços terapêuticos. - Calendário mensal de aulas. 	<ul style="list-style-type: none"> Pediatra Endocrinologista Oftalmologista Nefrologista Cirurgião Ginecologista Dentista Enfermeiro Assistente Social Nutricionista Psicólogo Educador físico Educadores do curso de Pós Graduação em Educação da PUCRS. 	Elaboração e aplicação das aulas, juntamente com o restante da equipe técnica.
Oficinas de nutrição	-Orientações teórico práticas sobre alimentação saudável, preparo de diferentes alimentos e contagem de carboidratos.	- Duas oficinas por mês, com duas horas de duração, para pacientes, familiares e interessados.	Nutricionista	Não

Grupos de pacientes em atividade física.	Estimular, orientar e supervisionar a prática de exercício físico aos pacientes, e, em longo prazo, formar equipes para competições.	Formar grupos de pacientes, dentro do ICD, para atividade orientada de basquetebol, caminhadas, alongamento, ginástica, futebol, voleibol e pilates.	Educador Físico	Não
Brinquedoteca	Atividades lúdico educacionais desenvolvidas as crianças, adolescentes e seus responsáveis, durante o atendimento interdisciplinar, visando auxiliar no atendimento clínico e na aceitação da doença.	- Espaço específico e brinquedoteca itinerante (direcionado aos locais em que haja pacientes aguardando atendimento na instituição) contendo brinquedos, jogos, livros, teatro e materiais didáticos para atividades livres (desenho, pintura, teatro, etc.) e atividades vinculadas a datas comemorativas (Natal, Dia da Criança, etc.).	Profissionais em formação no curso de Pedagogia	Não citado
Programa aluno cidadão e professor cidadão.	Capacitar multiplicadores, sensibilizar e fornecer informações sobre diabetes a alunos e professores do ensino fundamental e médio da grande Porto Alegre.	Semanalmente, em turno integral, até seis estudantes e professores de escolas previamente inscritas acompanham e recebem instruções sobre as atividades do ICD.	Equipe técnica interdisciplinar.	Orientações aos alunos e professores, juntamente com o restante da equipe técnica.
Dia de educação e lazer	Promover, ao final de cada ano, um dia de educação e lazer aos pacientes, sem a presença dos pais.	Brincadeiras ao ar livre, atividades esportivas, oficinas de dança e equitação, entremeadas de aspectos lúdico pedagógicos do dia a dia do diabetes, em parceria com outras instituições.	Equipe técnica interdisciplinar.	Integração com os pacientes, juntamente com o restante da equipe técnica.

2 - ASSOCIAÇÃO TUBARONENSE DE DIABETES INFANTO JUVENIL (SC)

Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
Programas de lazer	Ajudar o paciente e seus familiares na convivência harmoniosa com a doença.	Programas de lazer em que há conscientização e troca de ideias e experiências.	Não citado	Não citado
Palestras educativas	Ajudar o paciente e seus familiares na convivência harmoniosa com a doença.	Palestras educativas sobre diabetes, ministradas por profissionais de diversas áreas da saúde.	Não citado	Não citado

3 - PROJETO DOCE (DIABETES OBJETIVANDO CONTROLE E EDUCAÇÃO) - PR

Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
Grupos	Diminuir ou retardar o aparecimento de complicações crônicas do diabetes tipo 1.	Grupos quinzenais, com duração de uma hora, por até seis meses, destinados a crianças, adolescentes e familiares. A psicologia refere separar os grupos por categorias: pacientes infantis (uso de técnicas projetivas), pacientes adultos e familiares.	Endocrinologista Nutricionista Psicólogo	Não

4 – GRUPO DE EDUCAÇÃO EM DIABETES DO CENTRO EDUCATIVO DE ENFERMAGEM PARA ADULTOS E IDOSOS – CEAI (SP)				
Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
Palestras educativas	Não citado	Não citado	Enfermeiro Médico Psicólogo Nutricionista Educador Físico Alunos de iniciação científica, mestrado e doutorado.	Não
Comemoração de datas festivas	Não citado	Não citado	Enfermeiro Médico Psicólogo Nutricionista Educador Físico Alunos de iniciação científica, mestrado e doutorado.	Não
Atendimento psicológico grupal	Não citado	Não citado	Psicólogo	Não

**5 – AMBULATÓRIO INTERDISCIPLINAR DE ATENDIMENTO AO DIABÉTICO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ – PR**
Exclusivo SUS

Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
Atividades educacionais grupais	Esclarecer os conhecimentos necessários para a vida do diabético.	Não citado	Médico Enfermeiro Nutricionista Psicólogo Assistente Social	Não citado.

6 - PROGRAMA AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – SP

Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
Grupo educativo	Melhorar a adesão ao tratamento.	Encontros grupais, semanais, na Unidade de Saúde; Convite e busca de faltosos realizado por contato telefônico, visita domiciliar ou agentes comunitários.	Equipe Saúde da Família Enfermagem Agentes comunitários de saúde Alunos de enfermagem	Não.
Ilustração para aplicação de insulina e registro da glicemia.	Facilitar a compreensão dos usuários com dificuldade de leitura.	Instrumento ilustrativo elaborado durante as visitas domiciliares, para visualização dos horários das aplicações de insulina e registro da glicemia capilar, conforme receita médica.	Agentes comunitários Alunos de enfermagem.	Não
Imã de geladeira para controle de consultas e glicemias.	Otimizar o cuidado dos usuários.	Imã de geladeira que agrega o cartão de agendamento de consultas ao registro das glicemias capilares.	Alunos de enfermagem.	Não

7 – CENTRO DE PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA - SP

Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
Encontros em grupo	Apoio mútuo, troca de experiências e informações.		Enfermeiro Nutricionista Psicólogo Educador Físico Aluno de enfermagem e psicologia.	Não

**8 - PROJETO ATENDIMENTO SISTEMATIZADO AO PACIENTE DIABÉTICO
CENTRO EDUCATIVO DE ENFERMAGEM PARA ADULTOS E IDOSOS – CEEAI (SP)**

Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
Atendimento de enfermagem grupal	Não citado	Não citado	Enfermeiro Médico Psicólogo Nutricionista Educador Físico Alunos de iniciação científica, mestrado e doutorado.	Não

**9 – ASSOCIAÇÃO DE DIABETES JUVENIL DE SÃO PAULO - ADJ/SP E
CENTRO DE DIABETES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP**

Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
Acampamento de férias.	Proporcionar experiência de autonomia aos jovens.	Atividades esportivas, recreativas, culturais e educativas; Reuniões com familiares, apoio aos pais antes e durante o acampamento; Realizado em Minas Gerais, com duração de uma semana.	Médicos Enfermeiros Nutricionistas Psicólogos Monitores de recreação (pessoas com DM1) Coordenador da área médica com experiência em acampamento de férias.	Não

QUADRO DE INFORMAÇÕES NÃO CITADAS

Artigo	Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
1					
2				X	X
3					
4		X	X		
5			X		
6					
7			X		
8		X	X		
9					

APÊNDICE 3 – AÇÕES EDUCATIVAS POR CATEGORIA DE ANÁLISE

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM DM1					
CATEGORIA: ATIVIDADES EM GRUPO EDUCATIVOS					
Artigos	Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
1	Aulas	Incentivar o paciente e sua família ao melhor manejo e entendimento de sua doença.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração pela equipe técnica do ICD, com o apoio de - Aulas integradas ao atendimento, com duração de 45 minutos, sobre noções gerais de diabetes, hipoglicemias, cetoacidose, dias de doença, aplicação de insulinas, emoções, automonitorização, terapia nutricional, mitos, contagem de carboidratos, escola, atividade física, avanços terapêuticos. - Calendário mensal de aulas. 	Pediatra Endocrinologista Oftalmologista Nefrologista Cirurgião Ginecologista Dentista Enfermeiro Assistente Social Nutricionista Psicólogo Educador físico Educadores do curso de Pós Graduação em Educação da PUCRS.	Elaboração e aplicação das aulas, juntamente com o restante da equipe técnica.

1	Oficinas de nutrição	-Orientações teórico práticas sobre alimentação saudável, preparo de diferentes alimentos e contagem de carboidratos.	- Duas oficinas por mês, com duas horas de duração, para pacientes, familiares.	Nutricionista	Não
1	Grupos de pacientes em atividade física.	Estimular, orientar e supervisionar a prática de exercício físico aos pacientes, e, em longo prazo, formar equipes para competições.	Formar grupos de pacientes, dentro do ICD, para atividade orientada de basquetebol, caminhadas, alongamento, ginástica, futebol, voleibol e pilates.	Educador Físico	Não
2	Palestras educativas	Ajudar o paciente e seus familiares na convivência harmoniosa com a doença.	Palestras educativas sobre diabetes, ministradas por profissionais de diversas áreas da saúde.	Não citado	Não citado
3	Grupos Quinzenais	Diminuir ou retardar o aparecimento de complicações crônicas do diabetes tipo 1.	Grupos quinzenais, com duração de uma hora, por até seis meses, destinados a crianças, adolescentes e familiares. A psicologia refere separar os grupos por categorias: pacientes infantis (uso de técnicas projetivas), pacientes adultos e familiares.	Endocrinologista Nutricionista Psicólogo	Não

4	Palestras educativas	Não citado	Não citado	Enfermeiro Médico Psicólogo Nutricionista Educador Físico Alunos de iniciação científica, mestrado e doutorado.	Não
4	Atendimento psicológico grupal	Não citado	Não citado	Psicólogo	Não
5	Atividades educacionais grupais	Esclarecer os conhecimentos necessários para a vida do diabético.	Não citado	Médico Enfermeiro Nutricionista Assistente Social	Não citado.
6	Grupo educativo	Melhorar a adesão ao tratamento.	Encontros grupais, semanais, na Unidade de Saúde. Convite e busca de faltosos realizado por contato telefônico, visita domiciliar ou agentes comunitários.	Equipe Saúde da Família Enfermagem Agentes comunitários de saúde Alunos de enfermagem	Não.

7	Encontros em grupo	Apoio mútuo, troca de experiências e informações.		Enfermeiro Nutricionista Psicólogo Educador Físico Aluno de enfermagem e psicologia.	Não
8	Atendimento de enfermagem grupal	Não citado	Não citado	Enfermeiro Médico Psicólogo Nutricionista Educador Físico Alunos de iniciação científica, mestrado e doutorado.	Não

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM DM1

CATEGORIA: ESCOLA

Artigos	Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
1	Programa aluno cidadão e professor cidadão.	Capacitar multiplicadores, sensibilizar e fornecer informações sobre diabetes a alunos e professores do ensino fundamental e médio da grande Porto Alegre.	Semanalmente, em turno integral, até seis estudantes e professores de escolas previamente inscritas acompanham e recebem instruções sobre as atividades do ICD.	Equipe técnica interdisciplinar.	Orientações aos alunos e professores, juntamente com o restante da equipe técnica.

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM DM1

79

CATEGORIA: LAZER

Artigos	Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
1	Brinquedoteca	Atividades lúdico educacionais desenvolvidas as crianças, adolescentes e seus responsáveis, durante o atendimento interdisciplinar, visando auxiliar no atendimento clínico e na aceitação da doença.	Espaço específico e brinquedoteca itinerante (direcionado aos locais em que haja pacientes aguardando atendimento na instituição) contendo brinquedos, jogos, livros, teatro e materiais didáticos para atividades livres (desenho, pintura, teatro, etc.) e atividades vinculadas a datas comemorativas (Natal, Dia da Criança, etc.).	Profissionais em formação no curso de Pedagogia	Não citado
1	Dia de educação e lazer	Promover, ao final de cada ano, um dia de educação e lazer aos pacientes, sem a presença dos pais.	Brincadeiras ao ar livre, atividades esportivas, oficinas de dança e equitação, entremeadas de aspectos lúdico pedagógicos do dia a dia do diabetes, em parceria com outras instituições.	Equipe técnica interdisciplinar.	Integração com os pacientes, juntamente com o restante da equipe técnica.
2	Programas de lazer	Ajudar o paciente e seus familiares na convivência harmoniosa com a doença.	Programas de lazer em que há conscientização e troca de ideias e experiências.	Não citado	Não citado

4	Comemoração de datas festivas	Não citado	Não citado	Enfermeiro Médico Psicólogo Nutricionista Educador Físico Alunos de iniciação científica, mestrado e doutorado.	Não	80
9	Acampamento de férias.	Proporcionar experiência de autonomia aos jovens.	Atividades esportivas, recreativas, culturais e educativas. Reuniões com familiares, apoio aos pais antes e durante o acampamento. Realizado em Minas Gerais, com duração de uma semana.	Médicos Enfermeiros Nutricionistas Psicólogos Monitores de recreação (pessoas com DM1); Coordenador da área médica com experiência em acampamento de férias.	Não	

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM DM1
CATEGORIA: VISITA DOMICILIAR

Artigos	Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
6	Visitas domiciliares (VD)	Buscar uma aproximação com o usuário em sua forma de cuidado com o DM; Promover orientações e esclarecimento de dúvidas; Convidar para o grupo educativo da UBS.	Inicialmente elegeu-se os pacientes faltosos para as VDs. Essas eram agendadas previamente por telefone.	Agentes comunitários Alunos de enfermagem.	Não

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM DM1					
CATEGORIA: MATERIAL DIDÁTICO					
Artigos	Ações de Educação	Objetivos	Metodologia	Profissionais	Atuação do Assistente Social
6	Ilustração para aplicação de insulina e registro da glicemia.	Facilitar a compreensão dos usuários com dificuldade de leitura (situações evidenciadas após VD).	Instrumento ilustrativo elaborado durante as visitas domiciliares, para visualização dos horários das aplicações de insulina e registro da glicemia capilar, conforme receita médica.	Agentes comunitários Alunos de enfermagem.	Não
6	Imã de geladeira para controle de consultas e glicemias.	Otimizar o cuidado dos usuários (situações evidenciadas após VD).	Imã de geladeira que agrega o cartão de agendamento de consultas ao registro das glicemias capilares.	Alunos de enfermagem.	Não

APÊNDICE 4 – PÚBLICO ALVO DAS AÇÕES

QUADRO PÚBLICO ALVO DAS AÇÕES				
Artigo	Público alvo	Sistema de Saúde	Instituição	Local
1	Crianças e adolescentes com diabetes	Público SUS/terceiro setor	Instituto da Criança com Diabetes (ICD) Grupo Hospitalar Conceição	Porto Alegre, Rio Grande do Sul
2	Pessoa com diabetes.	Público terceiro setor	Associação de Diabete Infanto-juvenil (ADIJ)	Tubarão, Santa Catarina
3	DM1	Não citado	Projeto Doce - ????	Maringá, Paraná
4	Adultos e Idosos com diabetes	Não citado	Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos (CEEAI) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	????? São Paulo
5	Pessoas com diabetes	Público - SUS	Ambulatório Interdisciplinar de Atendimento ao Diabético. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP). Universidade Estadual de Londrina	Londrina, Paraná
6	Pessoas com diabetes insulino dependentes	Público - SUS	Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	São Paulo, São Paulo
7	Pessoa com diabetes	Não citado	Centro de Pesquisa e Extensão Universitária	Interior, São Paulo
8	Pacientes com diabetes	Não citado	Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos (CEEAI). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	???? , São Paulo
9	Crianças e jovens com diabetes	Não citado	Associação de Diabetes Juvenil de São Paulo (ADJ/SP) e Centro de Diabetes da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP	São Paulo

GRUPOS EDUCATIVOS				ABORDAGEM INTEGRAL			
Aula	sim						
Oficina	sim						
Grupo de pacientes	não	sim	não citado	nao	nao	nao	nao citado
Palestra	sim	não citado					

* Usa-se não citado quando a metodologia não é descrita no artigo

GRUPOS EDUCATIVOS				PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO			
Aula	não						
Oficina	não						
Grupo de pacientes	não	não	sim	nao	nao	nao	sim
Palestra	não	sim					

* O artigo 4 e 8 falam do mesmo programa e instituição, portanto as informações foram consideradas complementares

grUPOS EDUCATIVOS

artigos:	9	8	88,88889	dos artigos citam realizar atividades em			
	100	X	89%	grupo na instituição, desses:			
aula:	9	1	citações	de realização		11,11111	
	100	x					
oficina:	9	1	citações	de realização		11,11111	
	100	x					

grupo de pacientes:	9	7	citações	de realização		77,77778
	100	x				

palestra:	9	2	citações	de realização		22,22222
	100	x				

ações:	11	8	72,72727	dos artigos citam realizar atividades em			
	100	X	89%	grupo na instituição, desses:			

aula:	11	1	citações	de realização		9,090909
	100	x				

oficina:	11	1	citações	de realização		9,090909
	100	x				

grupo de pacientes:	11	7	citações	de realização		63,63636
	100	x				

palestra:	11	2	citações	de realização		18,18182
	100	x				

				das ações citam equipe multi			
ações	11	8	72,72727				
	100	X					
		equipe multi					
aula:	1	1	100				
	100	x					
oficina:	1	0	0				
	100	x					
grupo de pacientes:	7	5	71,42857				
	100	x					
palestra:	2	2	100				
	100	x					

	11	4	nao	11	3	nao citado
	100	X	36,36364	100	X	27,27273
ações	11	4	36,36364	das ações		abordag

			citam		integral	
	100	X				
aula:	1	1				100
	100	x				
oficina:	1	1				100
	100	x				
grupo de pacientes:	7	1	28,57143	57,14286	14,28571	
	100	x	nao cita	nao	sim	
palestra:	2	2		50	50	
	100	x		nao cita	sim	

7	4
100	x

7	2
100	x

ações	11	3	27,27273	27%	73%	PARTICIP USUARIO
	100	x		Sim	Não	

aula:	1	0				0
	100	x				
oficina:	1	0				0
	100	x				
grupo de pacientes:	7	2	5		71%	71,42857 28,57143

	100	x	x	nao	sim	29
palestra:	2	1		50	50	
	100	x		nao	sim	

ESCOLA	NUMERO DO ARTIGO		Multi?	Ab Integl	Part Usua.	
	1		Sim	100%	Sim	100% Não 0%

artigos:	9	1	11,11111	dos artigos citam realizar atividades destinadas a escola.
	100	X	11%	

LAZER	%	ARTIGOS
Brinquedoteca	11%	1
Dia de educação e lazer	11%	1
Programas de lazer	11%	2
Comemoração de datas festivas	11%	4
Acampamento de férias	11%	9
TOTAL 5 AÇÕES		

artigos:	9	4
	100	X

44,44444 dos artigos citam realizar 44% atividades de lazer, desses:

LAZER	%	Multi
Brinquedoteca		Não
Dia de educação e lazer		Sim
Programas de lazer		não citado
Comemoração de datas festivas		Sim
Acampamento de férias		Sim

multi:

5	3
100	X

60 sim

multi:

5	1
100	X

20 não

multi:

5	1
100	X

20 não citado

Ab Integl	Part Usua.		
sim	não		
não	não		
não citado	não		
não citado	sim		
sim	não		

abord int

5	2
100	X

40 sim

5	1
100	X

20 não

5	2
100	X

40 não citado

part usua

5	1
100	x

sim

20%

5	4
100	x

não 80%

MATERIAL DIDÁTICO	ARTIGOS	Multi?
Ilustração	6	sim
Imã de geladeira	6	sim

100%	Ab Integl		Part Usua.	
	sim	100%	não	0%

artigos:	9	1
	100	X

11,11111 dos artigos citam utilizar material didático desses:
11%

VISITA DOMICILIAR		Multi?	sim
	1		

100%

Ab Integl		Part Usua.	
sim	100%	não	0%

artigos:	9	1
	100	X

11,11111 dos artigos citam utilizar visitas domiciliares
11%

APÊNDICE 6 – PERCENTUAL DO PÚBLICO ALVO DAS AÇÕES

PÚBLICO ALVO		ARTIGOS				%
Crianças e adolescentes com diabetes	1	9				22,222222
Pessoa com diabetes	2	5	8	7	3	55,555556
Adultos e Idosos com diabetes	4					11,111111
Pessoa com diabetes insulino dependente	6					11,111111

9	1
100	x

9	5
100	x

9	2
100	x

TIPO DM		ARTIGOS				%	
DM1	3	9					
DM2							
DM	1	2	4	5	6	7	8

9	2
100	x

9	7
100	x

22,22222

77,77778

SISTEMA DE SAÚDE		ARTIGOS				%
Público - parceria SUS / terceiro setor	1					11,111111
Público - terceiro setor	2					11,111111
Não citado	3	4	7	8	9	55,55556

Público - SUS	5	6			22,22222
---------------	---	---	--	--	----------

9	1	11,11111	9	2	22,22222
100	x		100	x	

9	5	55,55556
100	x	

ESTABELECIMENTO		ARTIGOS	%
Instituto da Criança com Diabetes	1		
Associação de Diabetes Infanto-Juvenil	2		
Não citado	3		
Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos	4	8	
Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	5		
Unidade Básica de Saúde	6		
Centro de Pesquisa e Extensão Universitária	7		
Associação de Diabetes Juvenil de São Paulo	9		

Instituto	1		11,11111
Associação	2	9	22,22222
Não citado	3		11,11111
Centro Educativo	4	8	22,22222
Hospital Universitário	5		11,11111
Unidade Básica de Saúde	6		11,11111
Centro de Pesquisa e Extensão Universitária	7		11,11111

9	1	11,11111
100	x	

9	2	22,22222
100	x	

ESTADO		ARTIGOS				%
Rio Grande do Sul	1					11,111111
Santa Catarina	2					11,111111
Paraná	3	5				22,222222
São Paulo	4	6	7	8	9	55,555556

9	1	11,111111
100	X	

9	2	22,222222
100	X	

9	5	55,555556
100	X	

APÊNDICE 7 –INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS AÇÕES EDUCATIVAS EM DM1

Instituição	Ação Educativa	Atuação do AS
1	Aulas	Elaboração e execução das aulas, juntamente com o restante da equipe multidisciplinar.
	Programa aluno cidadão e professor cidadão.	Orientações aos alunos e professores, juntamente com o restante da equipe multidisciplinar.
	Dia de educação e lazer	Integração com os pacientes, juntamente com o restante da equipe multidisciplinar.
5	Atividades educacionais grupais	Nao citado

Artigo	Inserção do Serviço Social nas Ações			ICD
	Não	Não citado	Sim	
1			x	
2		x		
3	x			
4	x			
5			x	
6	x			
7	x			
8	x			
9	x			
Total de artigos	6	1	2	

Ambulatório Interdisciplinar de Atendimento ao Diabético

9	6
100	x

66,66667

9	2
100	x

22,22222

9	1
100	x

11,11111

ANEXOS

ANEXO 1 – AÇÃO EDUCATIVA: ACERTE O ALVO

2. ACERTE O ALVO

Esther Pinto

APRESENTAÇÃO

Público-alvo: crianças acima de 6 anos com diabetes tipo 1 e seus responsáveis.

Profissional: educador em diabetes e equipe multidisciplinar.

Duração da atividade: 120 minutos

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Aprender a correta técnica da monitorização glicêmica.

Objetivos específicos

- Informar sobre as recomendações para a automonitorização e para o bom controle glicêmico.
- Sociabilizar e sensibilizar pais.

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE – METODOLOGIA

Dividir os participantes em grupos de pais e crianças.

Dinâmica com as crianças

Em roda, todos deverão mostrar seus glicosímetros e como o utilizam no dia a dia. O mediador deve auxiliar as crianças fazendo perguntas que as ajudem na apresentação. Outros do grupo poderão opinar e fazer colocações apropriadas.

Jogo

Todos deverão anotar no papel seu nome e quanto acham que está sua glicemia no momento e entregar o papel ao mediador.

Em dupla, deverão executar um teste glicêmico, um de cada vez, com seu próprio glicosímetro. O parceiro da dupla analisará se seu companheiro realizou todos os passos recomendados e o auxiliará.

6 Esther Pinto

Anotarão seus nomes novamente em um papel com o resultado da glicemia e entregarão ao mediador.

Ganhará o jogo aquele que chutar o mais próximo possível o valor de sua glicemia.

Dinâmica com os pais

O mediador demonstrará aos pais o passo a passo da monitorização glicêmica. Os seguintes itens devem ser abordados: meta glicêmica, como utilizar o glicosímetro, configurar data e hora e codificação (caso haja), utilização do lancetador, locais apropriados para a punção e assepsia, descarte adequado.

Ao final, todos farão um teste glicêmico na frente de seus filhos, e estes analisarão se os pais acertaram todos os passos corretos de teste.

RECURSOS

- Glicosímetro.
- Tira de teste.
- Lancetas.
- Lancetador.
- Algodão e álcool.
- Descartável.
- Papel e caneta.

AValiação

Avaliação do desempenho de todos, inclusive dos pais, na execução do monitoramento da glicemia.

ANEXO 2 – AÇÃO EDUCATIVA: O MICKEY FICOU DIABÉTICO

6. O MICKEY FICOU DIABÉTICO

Esther Pinto

APRESENTAÇÃO

Público-alvo: crianças com mais de 7 anos com diabetes tipo 1 e seus responsáveis.

Profissionais: educador em diabetes e enfermeiro.

Duração da atividade: 120 minutos.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Informar sobre as técnicas de aplicação de insulina.

Objetivos específicos

- Incentivar a autoaplicação da insulina.
- Sociabilizar.
- Ensinar o manejo dos descartáveis utilizados no tratamento do diabetes.

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE – METODOLOGIA

O mediador apresenta um teatrinho com bonecos de pano para as crianças e seus pais. A história consiste na abertura do diagnóstico do diabetes de um dos personagens (Mickey). Na narração, devem constar as dificuldades desse momento, em que o mediador poderá criar um texto para a atividade.

Após o breve teatro, a prática consistirá na aplicação de insulina no Mickey. O mediador demonstra a técnica correta rapidamente e, em duplas, distribui seringas apenas para aqueles com mais de 7 anos. Os menores devem ser acompanhados de seus pais. Será criada uma situação em que o Mickey necessitará de X unidades de insulina e as crianças deverão preparar essa dose, mostrar à sua dupla e aplicar, com a técnica correta, no boneco. O mesmo deve ser realizado com canetas de insulina, caso esta seja a realidade do grupo.

14 Esther Pinto

Os pais serão separados das crianças e terão o enfermeiro e o educador em diabetes como mediadores. Aprenderão a técnica adequada da aplicação de insulina e farão uma prática com soro para uma aplicação efetiva nos que se predispuserem.

É importante que os pais vivenciem o que seu filho sente.

Durante a atividade, podem ser abordados os tópicos: tipos de insulinas e sua ação, esquemas terapêuticos, formas de aplicação (caneta, bomba de insulina, seringas etc.), lipodistrofias, transporte e armazenamento, novidades sobre as insulinas etc.

RECURSOS

- Bonecos de espuma.
- Teatrinho adaptado.
- Texto da história.
- Seringa.
- Frasco de insulina preenchido com água.
- Algodão.

AValiação

O mediador avaliará se as crianças utilizaram a técnica adequada para aplicação de insulina nos bonecos.

ANEXO 3 – AÇÃO EDUCATIVA: GLICEMIA EM MOVIMENTO

19. GLICEMIA EM MOVIMENTO

Flavio Aguiar

APRESENTAÇÃO

Público-alvo: portadores de diabetes e familiares.

Profissional: educador físico, com experiência em treinamento de corrida.

Duração da atividade: 3 (ou mais) sessões de 15 minutos.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Incentivar a automonitorização da glicemia em situações específicas.

Objetivos específicos

- Desenvolver a capacidade de medir a glicemia em pé, sem apoio de mesa, em movimento e correndo.
- Selecionar equipamentos pessoais de medição de glicemia; verificar e ajustar os melhores movimentos que permitam a realização da medição sem apoio.
- Treinar a sequência de movimentos ideal para cada caso, nas três situações sem apoio propostas: em pé e parado, andando e correndo.
- Transformar um obstáculo ao controle glicêmico em habilidade para uso, principalmente, mas não apenas, nas atividades físicas.
- Permitir que o diabetes mantenha estáveis seus níveis glicêmicos antes, durante e após os exercícios.

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE – METODOLOGIA

O mediador dará início ao trabalho propondo um desafio aos participantes: a realização de testes de medição de glicemia fora da posição sentada e com uma mesa à frente. Para isso, ele deverá verificar a que ponto o candidato quer chegar. Se é um caminhante, este deve ser seu último estágio; os corredores devem cumprir os três passos. O estágio inicial deverá ser o mesmo para todos os participantes.

48 Flavio Aguiar

1º passo: Manter consigo apenas a parte essencial dos glicosímetros, fora dos estojos e acondicionados nos bolsos ou cintos, de maneira que seja eliminada a necessidade de se abrir e fechar o zíper dos estojos a cada teste realizado.

2º passo: Como segurar o equipamento? Devemos segurar o glicosímetro com a mão dominante (mais habilidosa), entre o polegar e o dedo indicador; o lancetador ficará entre os dedos médio e anelar (os dois mais longos) da mesma mão; colocar de volta no bolso em que estavam inicialmente. Repetir o processo cinco vezes ou até sentir que tem firmeza no movimento e não deixará o equipamento cair desta mão ao se utilizar a outra para próximo passo.

3º passo: Necessário estar com as mãos 100% secas. Remover a tira do envelope ou pote e colocá-la no aparelho. As mãos podem estar suadas. Se for o caso, prenda a borda lateral entre os dentes, rasgue-a, remova a tira e coloque-a no aparelho.

Se estiver removendo a tira do pote, será necessário deixar o lancetador ainda no bolso, abrir o pote, pegá-la, colocá-la no aparelho e, por último, pegar o lancetador.

4º passo: É o “pulo do gato”. Encostar o lancetador no dedo vai precisar do mesmo cuidado especial que colocar a gota de sangue na tira. O tremor de uma mão em relação à outra vai dar quase a mesma dificuldade para um caminhante e um corredor. Como colocar a gota no local certo, apesar do balanço descontraído entre os braços e as mãos? O truque é criar dois pontos de união entre as mãos, da seguinte forma: os dedos mínimos se encostam, assim como a parte dura das mãos (junção entre a palma e o punho). O manuseio do aparelho e o ato de encostar a gota na tira serão feitos com o polegar e o indicador. Com isso, ambas as mãos passam a balançar em uma milimétrica sintonia, tornando as tarefas deste último passo bem simples, mesmo para corredores velozes de 10 km.

A cada tentativa, a verificação de cada passo vai confirmar o sucesso das etapas e nada precisará ser refeito.

Apenas experimentando é possível ver o valor dessas dicas. A maior velocidade que já pude experimentar o teste foi de 4h20min/km, o que é bem rápido, sem perda de performance.

Boas caminhadas e corridas! Controladas!

ANEXO 4 – AÇÃO EDUCATIVA: BATE PAPO INFANTIL

23. BATE-PAPO INFANTIL

Mirian Burd

APRESENTAÇÃO

Público-alvo: crianças diabéticas e seus convidados (irmãos, amigos, vizinhos etc.).

Profissional: um psicólogo e um médico (ou outro profissional da área de saúde).

Duração da atividade: 45 a 60 minutos.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Possibilitar que cada criança crie sua história, constituindo, assim, sua singularidade na doença com a ajuda de seus iguais.

Objetivos específicos

- Falar da realidade de cada criança no diabetes.
- Vivenciar a construção da verdade do sujeito em cada situação.
- Conversar com as crianças, de forma lúdica, sobre a dieta, os testes de glicemia, os exercícios físicos e o uso da insulina.
- Possibilitar à criança com diabetes expressar livremente suas emoções, tanto as positivas quanto as negativas.
- Possibilitar à criança com diabetes chegar à conclusão de que a melhora no controle da glicemia é o mais importante do tratamento.
- Ajudar a criança com diabetes a entender o que se passa com ela.
- Valorizar hábitos saudáveis, que promovam uma melhor qualidade de vida.
- Possibilitar às crianças um entendimento da doença.
- Promover o convívio e a ajuda mútua entre as crianças.
- Sensibilizar o profissional de saúde a outra abordagem, diferente do enfoque médico, por meio das vivências das crianças no grupo e os apontamentos do profissional *psi*.

64 Mirian Burd

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE – METODOLOGIA

O coordenador do grupo (geralmente o psicólogo) inicia a atividade propondo às crianças que se apresentem, dizendo se têm ou não diabetes, sua idade e qual a ligação com a criança diabética que as convidou a participar do grupo.

É oferecido material de expressão plástica, como papel, lápis, borracha e giz de cera, e à medida que as crianças começam a desenhar é proposto que se converse sobre os seus desenhos.

O enfoque do grupo é dar livre expressão à forma de desenhar e de falar sobre sua doença. Não existem verdades, causas, efeitos e regras.

As crianças podem contar histórias, casos verdadeiros ou criados a partir da imaginação. Os coordenadores do grupo podem fazer apontamentos.

Como o médico (ou qualquer profissional de saúde) participa do grupo, ele se torna sensível a outra abordagem da doença, sem cobranças ou regras preestabelecidas, diferente do modelo médico. *→ cada um um profº*

Podem-se assinalar as relações intragrupais por trás das quais estão as formas de se relacionar de cada um com os demais e com o todo. Assinalar não é interpretar, mas apenas mostrar algo importante para um membro e para o grupo.

Procura-se dar um fechamento à sessão do grupo, colocando as ocorrências principais daquele dia.

Há uma despedida e um convite ao próximo grupo, distribuindo-se um cartão-convite com os seguintes dados: data, hora e local de realização. Esse cartão pode ser impresso, e os dados, escritos à mão.

As crianças poderão levar seus desenhos ou deixá-los com os coordenadores.

Os dois coordenadores se revezam nos apontamentos e devem ficar equidistantes, em situação de fácil observação do grupo, de modo que possam se ver de frente.

RECURSOS

- Sala/ambiente com mesas e cadeiras (ou uma mesa grande) dispostas em círculo ou meio-círculo e acessíveis às crianças.

ANEXO 5 – AÇÃO EDUCATIVA: BRINCAR COM O GLICOSÍMETRO FAZ BEM

33. BRINCAR COM O GLICOSÍMETRO FAZ BEM

Winston Boff

APRESENTAÇÃO

Público-alvo: crianças (4 a 12 anos) com diabetes e familiares.

Profissional: educador físico com experiência em atendimento multidisciplinar em diabetes.

Duração da atividade: sete sessões com duração de 45 a 60 minutos.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que crianças façam um mínimo de uma hora de atividade física diária, pelo menos cinco vezes na semana.

A atividade física na criança não é necessariamente inscrevê-la na academia ou clube, e sim brincar muito, mas de forma que se movimente bastante: pular, correr, abaixar e levantar.

Como infelizmente, hoje em dia, não se pode mais brincar na rua, é necessário que se deem opções para que elas possam brincar em casa. Boas brincadeiras que ocupam pouco espaço são: pular corda, estourar balões, manter uma bexiga no ar pelo maior tempo possível, pula-pula, minicama elástica, dança etc. Essas atividades são viáveis até para quem mora em um pequeno apartamento.

Atividades sedentárias, como ver TV, jogar videogames e ouvir música, devem ser limitadas a no máximo duas horas por dia.

Combater o sedentarismo nas crianças com diabetes é de fundamental importância, pois assim evitam-se o mau controle metabólico e as doenças graves relacionadas a ele, como problemas cardiovasculares, asma, distúrbios do sono e ansiedade infantil.

Vale lembrar que os pais têm grande influência sobre o nível de atividade física dos filhos, pois estudos já comprovaram que quando a mãe é ativa, o filho tende a ser duas vezes mais ativo; e se o pai for ativo, esse valor sobe para 3,5.

102 Winston Boff

Se pai e mãe forem ativos, os filhos tendem a ser seis vezes mais ativos que crianças de pais sedentários.

A criança expressa sua criatividade por meio da brincadeira. E essa atividade criativa, somada à descontração, que é fruto de experiências de cuidados constantes em que a criança constrói uma relação de confiança, promove a experiência do sentimento do "eu". É importante enfatizar o papel do brincar nos atendimentos de profissionais da área da saúde. A criança que encontra a possibilidade de brincar durante o contato com esses profissionais consegue se apropriar da situação vivenciada e do tratamento pelo qual está passando, elaborando suas dificuldades. O que ocorre é o reconhecimento de si como sujeito da ação e não como mero objeto.

Como a criança se relaciona com o mundo por meio do brincar, torna-se de fundamental importância considerar que esse ato é carregado de sentidos. O brincar da criança com diabetes comunica algo sobre o seu psiquismo, e é por meio da investigação do brincar que esse capítulo foi elaborado. O campo do brincar prolonga-se por toda a vida, da infância até a idade adulta. No caso dos adultos, as atividades culturais, como o cinema, a literatura, a música e as artes plásticas, ocupam esse espaço. Em casa, o ambiente pode ser facilitador ou pode dificultar o brincar da criança com diabetes. Desse modo, investigar o brincar de crianças engloba a investigação da relação que os pais mantêm com essa atividade e o diabetes, se eles promovem brincadeiras com os filhos, se estão disponíveis, se gostam de brincar e se os mesmos se engajam em atividades culturais e criativas ou se, para eles, o brincar é sinônimo de complicações agudas do diabetes, como uma hipoglicemia.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Incentivar o brincar e a automonitorização da glicemia em crianças com diabetes.

Objetivos específicos

- Observar o controle glicêmico de crianças com diabetes durante brincadeiras de sessão lúdica.
- Avaliar o comportamento familiar de crianças com diabetes em relação ao controle glicêmico e à estimulação do brincar.

- Investigar o comportamento glicêmico em relação às atividades culturais e de lazer em crianças com diabetes.

☒ DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE – METODOLOGIA

Os brinquedos devem possibilitar as mais diversas manifestações do brincar, seguindo a classificação da International Council for Children's Play (ICCP), criada em 1981, a partir de um estudo sobre as contribuições de brinquedos e jogos no desenvolvimento da criança. Os brinquedos devem então ser divididos pela ICCP em sete categorias, de acordo com o tipo de atividade que cada um privilegia:

1. Atividades físicas.
2. Atividades sensório-motoras.
3. Atividades intelectuais.
4. Representação do mundo técnico.
5. Afetividade.
6. Atividades criativas.
7. Relações sociais.

Os brinquedos selecionados devem ser agrupados de acordo com a área do desenvolvimento que priorizam: peças para encaixar (desenvolvem a habilidade sensório-motora); peteca, corda e bola (são brinquedos que envolvem atividade física); jogo de damas, pega-varetas e dominó (estão relacionados ao desenvolvimento do raciocínio lógico, sendo atividades intelectuais que também envolvem habilidades sociais); carrinhos, carrinhos que se transformam em bonecos-robôs, caminhão com carreta, kit ferramentas (são brinquedos que representam o mundo técnico); animais, bonecas, kit de miniutensílios de cozinha, família de fantoches (são brinquedos que promovem a expressão da afetividade); massinha, material gráfico composto por folhas de papel sulfite, lápis de cor, lápis grafite, canetinhas coloridas, giz de cera colorido, tintas guache, pincel, tesoura e cola (são materiais que promovem a atividade criativa e que permitem observar o desenvolvimento intelectual).

Aos pais ou aos responsáveis pela criança (cuidadores), o glicosímetro dará início à sessão de brincadeiras, e será proposto um desafio às crianças: realizar os testes de medição de glicemia sozinhas, sem o auxílio dos pais, antes, durante e após as brincadeiras; esse acordo deve ser feito pelo cuidador antes de cada sessão de brincadeira.

Cada área de desenvolvimento deverá ser relacionada a um dia da semana.

Exemplo: na segunda-feira, realizar as atividades intelectuais; na terça-feira, as atividades de afetividade, e assim por diante, conforme a disponibilidade dos cuidadores. Recomenda-se escolher o final de semana para a atividade física.

☒ RECURSOS

- Glicosímetro.
- Tiras de medição de glicemia.
- Lancetador.
- Brinquedos diversos subdivididos para cada área de desenvolvimento.

☒ AVALIAÇÃO

Uma forte característica desse grupo de crianças é a comparação do comportamento dos cuidadores entre o antes e o depois da descoberta do diabetes. O enfoque é a falta de liberdade da criança de comer o que tem vontade, de sair de casa sem ter que se preocupar com a insulina ou sem ter medo de passar mal, de correr e de brincar. Ela, aos poucos, vai percebendo que seu corpo não é mais o mesmo; a vivência com o diabetes provoca profunda transformação no mundo da criança e nos cuidadores, sendo necessário que aprendam a conviver com certas limitações, situações e novas rotinas. A criança com diabetes tem seu cotidiano modificado, e cada fase da convivência com o diabetes tem características próprias, que requerem força, mudança de comportamento e atitudes de adaptação. Assim, a adaptação a uma doença crônica na infância é um processo complexo e que envolve fatores externos e internos, influenciados também pela idade e pelo desenvolvimento.

Dessa forma, a criança e seus cuidadores saberão como se comporta o controle glicêmico em diversas circunstâncias lúdicas, desde o simples desenhar numa folha de papel a pular corda ou brincar de carrinho.

À luz do interacionismo simbólico, percebe-se que a experiência da convivência com o diabetes depende também das interações sociais que fazem parte da vida da criança. Por exemplo, a restrição do brincar fica muito mais difícil quando a criança está interagindo com pessoas que não compartilham dessa situação.

