

MAPA DE CONVERSAÇÃO EM DIABETES: ESTRATÉGIA EDUCATIVA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

CONVERSATION MAP ON DIABETES: EDUCATION STRATEGY IN VIEW OF HEALTH PROFESSIONALS

MAPA DE CONVERSACIONES SOBRE DIABETES: ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Fernanda Figueredo Chaves¹

Fernanda Azeredo Chaves²

Sumaya Giarola Cecílio¹

Marta Araújo Amaral³

Heloísa de Carvalho Torres⁴

¹ Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Enfermeira. Doutorado em Enfermagem. Professor titular da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Enfermeira. Pós-Doutorado. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Fernanda Figueredo Chaves. E-mail: fernandafchaves@ufmg.br

Submetido em: 01/06/2015

Aprovado em: 09/10/2015

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi verificar a visão dos profissionais da saúde sobre o Mapa de Conversação em Diabetes como estratégia educativa. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizado com 14 profissionais da saúde inseridos em unidades básicas de saúde da regional leste do município de Belo Horizonte, Minas Gerais (Brasil). Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada guiada pelas seguintes questões: “quais as práticas educativas que vêm sendo utilizadas na atenção primária?”; “de que modo vêm sendo utilizadas?”; e “quais os seus fundamentos?” Em seguida, foram realizados grupos focais por meio das questões norteadoras: “como você acha que é ter o diagnóstico de diabetes?”; “como você acha que é ter que seguir um plano de cuidados diários para a saúde?”; e “qual é a sua visão do Mapa de Conversação em Diabetes?” Os dados foram analisados com base no referencial de análise de conteúdo de Bardin, do qual emergiram duas categorias: a) o Mapa de Conversação como uma estratégia de aprendizagem participativa; b) fatores que interferem na prática educativa para o autocuidado. A utilização do Mapa de Conversação em Diabetes permitiu verificar a visão dos profissionais sobre uma nova estratégia para a construção do autocuidado em diabetes, reconhecendo-o, assim, como uma ferramenta apropriada para a condução das práticas educativas.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Autocuidado; Educação em Saúde; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to assess how health professionals view the Diabetes Conversation Map as an educational strategy. It is a qualitative, exploratory and descriptive research conducted with 14 health professionals from Primary Health Care Units located in the eastern district of the city of Belo Horizonte, Minas Gerais (Brazil). Data were collected using a semi-structured interview, guided by the following questions: “Which educational practices are being used in primary care?”; “How are they being used?”; and “What are their foundations?”. Focus groups were then carried out with the following guiding questions: “What do you think it is like to be diagnosed with diabetes?”; “What do you think it is like to have to follow health plan of daily care?”; and “What is your view of the Diabetes Conversation Map?”. Data were analyzed following Bardin's content analysis framework, from which two categories emerged: a) the Conversation Map as a participative learning strategy; b) factors that affect the educational practice of self-care. The use of the Diabetes Conversation Map has allowed us to know how professionals view this new strategy for diabetes self-care, thus establishing the map as a suitable tool for educational practices.

Keywords: Diabetes Mellitus; Self Care; Health Education; Health Personnel.

RESUMEN

El objetivo de este estudio ha sido evaluar la opinión de los profesionales de la salud del mapa de conversaciones sobre diabetes como estrategia educativa. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva realizada con 14 profesionales de la salud de las unidades básicas de salud de la regional este de la ciudad de Belo Horizonte, Minas Gerais (Brasil). Para la recogida de datos se utilizó una entrevista semiestruturada guiada por las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las prácticas educativas que se utilizan en la atención primaria? ¿Cómo se utilizan? y ¿Cuáles son sus fundamentos? Luego se organizaron grupos focales a través de las preguntas orientadoras: ¿Cómo crees que es ser diabético? ¿Cómo crees que es tener que seguir un plan de cuidados diarios para la salud? y ¿Cuál es tu visión del mapa de conversaciones sobre diabetes? Los datos fueron analizados en base a las técnicas de análisis de contenido de Bardin, del que emergieron dos categorías: 1) mapa de conversaciones como estrategia de aprendizaje participativo y 2) factores que interfieren en la práctica educativa para el autocuidado. El uso del mapa de conversaciones sobre

diabetes ha confirmado que los profesionales reconocen que esta nueva estrategia para la construcción del autocuidado en diabetes es una herramienta adecuada para la conducción de las prácticas educativas.

Palabras clave: Diabetes Mellitus; Autocuidado; Educación en Salud; Personal de Salud.

INTRODUÇÃO

O Mapa de Conversação em Diabetes é uma estratégia educativa criada pela Federação Internacional de Diabetes, desenvolvido a partir de ilustrações lúdicas e interativas, contendo metáforas sobre a condição crônica do diabetes e situações cotidianas vividas pelos usuários dos serviços de saúde. Pode ser utilizado por meio do compartilhamento de experiências pessoais e englobar sentimentos, redes de apoio e práticas saudáveis de vida.¹⁻⁴

Tem a sua aplicabilidade comprovada em estudos realizados em diferentes países, sendo considerado uma ferramenta eficaz, de baixo custo e que viabiliza a interação entre os profissionais da saúde e os usuários durante a construção do autocuidado.⁵⁻⁸

Sendo assim, devido à necessidade de melhorar o cuidado em diabetes no Brasil, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com as Unidades Básicas de Saúde, buscou capacitar os profissionais da saúde para a utilização do Mapa de Conversação. O objetivo foi empregá-lo na discussão das práticas educativas e do contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde com diagnóstico de diabetes, a fim de explorar essa estratégia para o cuidado em saúde e controle da doença.

A partir do que foi exposto, o escopo do presente estudo foi verificar a visão dos profissionais da saúde sobre o Mapa de Conversação em Diabetes como estratégia educativa.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva proporciona uma visão geral de determinado fato e permite verificar a compreensão acerca dos significados das experiências vividas pelos indivíduos, especialmente quando é pouco explorado.⁹ O presente estudo seguiu dada vertente, sendo realizada com 14 profissionais da saúde inseridos em unidades básicas de saúde da regional leste do município de Belo Horizonte, Minas Gerais (Brasil). Os sujeitos foram selecionados por conveniência, segundo o critério de serem profissionais de saúde atuantes em práticas educativas para o diabetes na atenção primária à saúde e trabalharem nas unidades básicas de saúde.

Aqueles sujeitos que demonstraram interesse em participar, após serem esclarecidos sobre os objetivos do estudo, foram entrevistados individualmente pelos autores, em sala reservada, nas respectivas unidades básicas de saúde. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no mês de outubro de 2012 e a coleta das informações ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, guiada pelas seguintes questões:

“quais as práticas educativas que vêm sendo utilizadas na atenção primária?”; “de que modo vêm sendo utilizadas?”; e “quais os seus fundamentos?”. Cada entrevista teve duração média de uma hora e todas elas foram gravadas com a finalidade de serem posteriormente transcritas.

Utilizou-se um roteiro estruturado para a coleta dos dados sociodemográficos dos participantes, o qual continha questões como: identificação com iniciais, sexo, idade, tempo de atuação na atenção primária, formação e nível de especialização profissional.

Para a definição do limite de entrevistas, utilizou-se o critério de saturação dos dados, conforme similaridade e repetição das respostas obtidas. Em seguida, partiu-se para o segundo momento da coleta de dados, a qual ocorreu por meio de grupos focais.

A técnica de grupo focal é destinada à coleta de dados por meio de uma abordagem coletiva, a qual se propõe a investigar determinado tema por meio de momentos de interação entre os sujeitos da pesquisa.^{10,11} Totalizados em três grupos e com duração média de quatro horas/grupo, os sujeitos foram estimulados a falar sobre pontos de vista a respeito dos aspectos psicossociais de ter o diagnóstico de diabetes e foram apresentados à ferramenta educativa Mapa de Conversação em Diabetes, por meio das questões norteadoras: “como você acha que é ter o diagnóstico de diabetes?”; “como você acha que é ter que seguir um plano de cuidados diários para a saúde?”; e “qual é a sua visão sobre o Mapa de Conversação em Diabetes?”

Para operacionalização das sessões grupais, foram elaborados guias de temas: alimentação saudável, atividade física, medicação e apoio social. Tais guias funcionaram como roteiros para a condução e motivação das discussões.

O local dos grupos foi em uma sala cedida pelas próprias unidades básicas de saúde, com disposição das cadeiras em forma circular, com o intuito de promover mais interação entre os participantes. O moderador e o observador ocuparam lugares estratégicos, que não atribuíram posição de comando ou hierarquia.

Todo o material foi gravado e posteriormente transcrito, com o objetivo de compor o banco de dados. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin para a interpretação dos dados.¹² Para garantir o anonimato, os profissionais foram identificados pela letra “P” e códigos numéricos que os distinguiam de um a 14.

A partir da pré-análise e exploração do material, emergiram duas categorias:

- o Mapa de Conversação, como uma estratégia de aprendizagem participativa;

- fatores que interferem na prática educativa para o autocuidado.

Por fim, cumpre esclarecer que, previamente à coleta dos dados, os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento e foram informados sobre os objetivos do estudo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, mediante o Parecer nº 0024.0.410.203-09A, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 14 profissionais que participaram do estudo, havia: um médico, cinco enfermeiros, dois nutricionistas, dois fisioterapeutas, dois psicólogos, um educador físico e um farmacêutico. Destes, 100% eram do sexo feminino, estavam na faixa etária de 26 a 61 anos, com especialização em Saúde Coletiva e um ano de experiência em educação em diabetes.

A partir da análise das entrevistas, foi possível observar a insatisfação dos profissionais com a sua atuação como educador em saúde. Observou-se também a vontade de executarem abordagens diferentes e práticas educativas inovadoras, mas muitas vezes se sentem sobrecarregados pelo processo de trabalho. Podem-se notar esses argumentos nos trechos que se seguem:

[...] Reconheço, meu desempenho não é bom, por não saber sobre a doença, tanto é que eu estou interessada em me capacitar e ver a diferença [...] (P1).

[...] Sinto que falho na minha atividade educativa com relação ao diabetes e outras patologias também, porque aqui o que a gente chama de grupo acaba que é um local que a gente vai, encontra com os usuários, faz trocas de receitas, afere pressão e glicemia [...] (P4).

O momento seguinte foi destinado à capacitação profissional por meio do Mapa de Conversação em Diabetes e os grupos focais. As falas foram analisadas e, a partir delas, foi possível identificar duas categorias referentes ao reconhecimento da ferramenta pelos participantes do estudo.

O MAPA DE CONVERSAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM PARTICIPATIVA

Essa primeira categoria analítica apresenta a visão dos profissionais sobre a utilização do Mapa de Conversação em Diabetes em intervenções educativas. O mapa foi considerado pelos profissionais uma ferramenta facilitadora na condu-

ção das práticas e qualificado como um material lúdico, capaz de gerar reflexões acerca do autocuidado e das incertezas geradas pela doença.

A utilização de novas estratégias educativas, como o Mapa de Conversação, tem assumido importante papel na atenção ao diabetes, possibilitando a melhoria do conhecimento, da atitude e da habilidade dos profissionais na condução das práticas de autocuidado, ao mesmo tempo em que auxilia os indivíduos a se tornarem capazes de entenderem como as suas ações influenciam a sua saúde.⁵

Por meio do mapa, os profissionais atentaram para a importância do diálogo e da escuta qualificada no processo de superação das barreiras para o autocuidado do usuário. Sendo assim, percebe-se na comunicação um recurso simples que pode ser utilizada em toda e qualquer abordagem educativa, em especial o diabetes, uma vez que se trata de uma condição crônica envolta por dúvidas, dificuldades e sentimentos.¹³ Esse enfoque pode ser exemplificado a partir das seguintes falas:

[...] Às vezes o profissional não utiliza uma linguagem comum. Utiliza uma linguagem técnica e isso dificulta para o usuário o entendimento sobre o cuidar de si [...] (P6).

[...] A participação do usuário é muito importante, é só depois da sua participação que ele expõe sua experiência e isso fica mais claro, mais concreto [...] (P10).

É importante ressaltar que, ao desencadear o diálogo, o profissional deve certificar-se de que o usuário entende o conteúdo, considerando o seu nível de escolaridade e grau cognitivo, pois, caso isso não ocorra, a saúde do usuário pode ser colocada em risco, em razão do não estabelecimento do processo comunicativo.^{14,15} Além disso, o Mapa de Conversação contempla e favorece uma comunicação criativa e contextualizada, que permite o uso de um linguajar mais simples por parte dos profissionais, garantindo a compreensão dos usuários.¹⁶

Argumenta-se, ainda, que a estratégia educativa, apresentada neste estudo, contempla as nuances do perfil da população, considerando-se o baixo nível socioeconômico e cultural, tendo em vista, sobretudo, a realidade da população de países em desenvolvimento.⁷

A partir disso, também refletiram sobre as possibilidades de transformarem as suas abordagens com base nos seguintes passos: adequar as informações à realidade do usuário; acrescentar dinâmicas e figuras ilustrativas que estimulem a participação ativa; organizar a discussão do mapa por temas, como: fisiopatologia da doença, alimentação saudável e atividade física.

Considerando essa realidade, os profissionais perceberam a necessidade de valorizarem as questões supracitadas para a organização de novas práticas educativas, sejam elas individu-

ais ou coletivas. Independentemente da abordagem escolhida, particular ou grupal, a prática educativa demonstra resultados positivos para o controle do diabetes.¹⁷⁻²⁰

FATORES QUE INTERFEREM NA PRÁTICA EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO

Nessa categoria, por outro lado, foi possível identificar a visão dos profissionais da saúde acerca dos desafios enfrentados no processo de construção do autocuidado. As realidades associadas aos diferentes níveis socioeconômicos, como o analfabetismo e o déficit cognitivo, foram identificadas pelos profissionais como fatores dificultadores da realização das práticas educativas e da construção da autonomia do usuário.

Os profissionais também consideraram o baixo nível de conhecimento dos usuários sobre o diabetes como um dos principais fatores que interferem no processo de autocuidado, assim como as crenças errôneas relacionadas ao tratamento da doença. Outra questão discutida diz respeito aos sentimentos dos usuários, que são diferentes e mudam com o passar do tempo, isto é, variam desde o momento do diagnóstico da doença até a etapa da sua aceitação.

[...] Há uma falta de entendimento dos usuários em relação à doença [...] quando o usuário entende e adere ao tratamento a gente percebe uma melhoria. O próprio usuário chega e relata um bem-estar, uma melhoria, mas quando ele não adere ele volta com as mesmas queixas [...](P7).

[...] A grande falta de informação do usuário em relação à doença é um grande nó que a gente tem. Eles agem como se a insulina fosse uma sentença de morte [...](P12).

No entanto, estudo²¹ defende que, embora o conhecimento seja um pré-requisito para o autocuidado, ele não é o único e principal fator envolvido no processo educativo. Em outras palavras, o processo educativo deve ser combinado com questões relacionadas ao usuário, como a sua atitude, a sua percepção sobre os aspectos dificultadores do autocuidado e as suas motivações.

Outro ponto levantado pelos profissionais foi o fato de que o diagnóstico do diabetes pode vir acompanhado de vivências carregadas de sentimentos e que, geralmente, os usuários passam por cinco fases distintas, que vão desde o luto inicial até a aceitação da doença.^{22,23}

[...] Vejo que todo usuário sente todos esses sentimentos, nesta ordem aqui: primeiro ele recebe o diagnóstico, aí tem a fase da negação: o médico falou que eu tenho diabetes, mas eu não sinto nada. Depois ele começa

a ter raiva [...] não pode comer tal coisa. Até chegar na fase que ele aceita a doença e passa a colaborar [...](P9).

Ademais, o modo como cada usuário enfrenta a doença é influenciado por experiências pessoais, diretamente relacionadas a crenças e valores formados ao longo de suas vidas. Segundo os autores pesquisados, a crença é constituída por convicções que não são fundadas racionalmente e que modelam a conduta cotidiana. Logo, as crenças pessoais sobre a alimentação, especialmente em relação à existência de alimentos nocivos ou proibidos, são difíceis de serem modificadas, configurando como um fator que pode interferir no autocuidado da doença.¹⁵

No tocante à postura dos usuários, os profissionais destacaram a sua resistência em assumir os seus próprios cuidados e o fato de esperarem dos familiares e profissionais uma solução para os problemas vivenciados no seu cotidiano. Nesse cenário, estudos ressaltam o papel do profissional da saúde como um parceiro na construção do autocuidado e não apenas como um condutor de ações. Ao mesmo tempo, o estabelecimento das metas de autocuidado deve ser realizado de acordo com as prioridades do usuário, incentivando a sua autonomia e o seu poder de escolha, ainda que esse venha a ser um processo de transformação demorado.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do Mapa de Conversação em Diabetes permitiu verificar a visão dos profissionais sobre uma nova estratégia para a construção do autocuidado em diabetes, reconhecendo-o, assim, como uma ferramenta apropriada para a condução das práticas educativas. O estudo também possibilitou identificar a visão dos profissionais da saúde acerca dos desafios enfrentados pelos usuários no processo de construção do autocuidado.

Entre as limitações do estudo destaca-se o reduzido número de participantes. Entretanto, acredita-se que os resultados encontrados podem contribuir para o avanço do conhecimento em educação em saúde, considerando a carência de estudos, discussões e reflexões acerca desta temática. Sugere-se a realização de novas pesquisas que tenham como objetivo avaliar as práticas educativas em diabetes conduzidas por profissionais da saúde capacitados para a utilização do Mapa de Conversação em Diabetes.

REFERÊNCIAS

1. Salinero MAF, Pau ECS, Arrieta FJB, Abanades JCH, Martín CM, Rodés BS, et al. Effectiveness of procede model for health education on changes and level of control of HbA1c, blood pressure, lipids, and body mass index in patients with type 2 Diabetes Mellitus. BMC Public Health. 2011; 11(267):2-9.
2. Asimakopoulou K, Newton P, Sinclair AJ, Scambler. Health care professionals' understanding and day-to-day practice of patient empowerment in diabetes; time to pause to thought? Diabetes Res Clin Pract. 2012; 95(2):224-9.

3. Tol A, Shojaezadeh D, Sharifrad G, Alhani F, Tehrani MM. Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. *J Pak Med Assoc.* 2012; 62(1):16-20.
4. Omar DF, Worley AV, Sperl JH, Beaton SJ, Lavin JT, Glasrud P. Educator experience with the US Diabetes conversation map® education program in the journey for control of diabetes: the IDEA study. *Diabetes Spectr.* 2010; 23(3):194-8.
5. Velasco AC, Ponce ERR, Madrigal HGL, Magos GA. Impacto de un mapa conversacional como estrategia educativa para mejorar el control metabólico de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Atención Familiar.* 2014; 21(2):42-6.
6. Belton AB. Conversation maps in Canada: the first 2 years. *Diabetes Spectr.* 2008; 21(2):139-42.
7. Chinenye S, Young EE. Diabetes conversation map in Nigeria: a new socio-educational tool in diabetes care. *Indian J Endocr Metab.* 2013; 17(6): 1009-11.
8. Greci A. Applying new diabetes teaching tools in Health-Related Extension Programming. *J Extension.* 2010; 28(1):1-6.
9. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2008.
10. Shaha M, Wenzel J, Hill EE. Planning and conducting focus group research with nurses. *Nurse Res.* 2011; 18(2):77-87.
11. Sehnem GD, Alves CN, Wilhelm LS, Ressel LB. Utilização do grupo focal como técnica de coleta de dados em pesquisas: relato de experiência. *Ciênc Cuid Saude.* 2015; 14(2):1194-200.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Frederick ML, Johnson PJ, Duffe J, McCarthy BD. Coaching of physicians by RNS to improve diabetes care. *The Diabetes Educator.* 2013; 39(2):171-7.
14. Pimouguet C, Le Goff M, Thiébaud R, Dartigues JF, Helmer C. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. *Rev CMAJ.* 2011; 183(2):115-27.
15. Funnell MM, Anderson RM. Patient empowerment: from revolution to evolution, treatment strategies-diabetes. 2011; 3(1):98-105.
16. Rosal MC, Carbone ET, Goins KV. Use of cognitive interviewing to adapt measurement instruments for low-literate hispanics. *Diabetes Educ.* 2003; 29(6):1006-16.
17. Hill FB, Lazo M, Peyrot M, Doswell A, Chang YT, Hill MN, *et al.* Effect of problem-solving-based diabetes self-management training on diabetes control in a low income patient sample. *J Gen Intern Med.* 2011; 26(9):972-8.
18. Tol A, Shojaezadeh D, Sharifrad G, Alhani F, Tehrani MM. Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. *J Pak Med Assoc.* 2012; 62(1):16-20.
19. Clark ML, Utz SW. Social determinants of type 2 diabetes and health in the United States. *World J Diabetes.* 2014; 15(3):296-304.
20. Mette G, Tine C, Charlotte C, Charlotte D. Analysing group interaction in focus group research: impact on content and the role of the moderator. *Qualitative Studies.* 2011; 2(1):16-30.
21. Ünsal EA, Arkan B. Individual and Group education in diabetes and outcomes. *Aquichan.* 2014; 14(2):138-47.
22. Wong DR, Rieger FP. Health coaching in diabetes: empowering patients to self-manage. *Can J Diabetes.* 2013; 37(1):41-4.
23. Chen HY, Ruppert K, Charron DP, Noulet WV, Zgibor JC. Effects of depression and antidepressant use on goal setting and barrier identification among patients with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2011; 37(3):370-80.
24. Williams IC, Utz SW, Hinton I, Yan G, Jones R, Reid K. Enhancing diabetes self-care among rural african americans with diabetes: results of a two-year culturally tailored intervention. *Enhancing Diabetes Self-Care.* 2014; 40(2):231-9.